

GAZETA LEKARSKA

I. Z kazuistyki porażen urazowych ucha.

Podał

Andrzej Alfred Hejman.

I. PRZYPADEK ŚMIERTELNEGO KRWOTOKU Z UCHA.

Przed rozpoczęciem poboru rekrucckiego u nas dość często dają się spotykać bardzo ciężkie przypadki uszkodzeń narządu słuchowego. W tym okresie bowiem poborowi szukają porady lekarskiej, aby dowiedzieć się, czy stopień upośledzenia ich słuchu kwalifikuje ich do służby wojskowej lub nie.

Jak wiadomo, według ustawy wojskowej, między innymi, uwalnia od służby: częściowe lub całkowite zniszczenie błony bębenkowej, ropotok zależny od przewlekłego zapalenia ucha, jako też głuchota lub stopień słuchu. Otóż poborowi, będąc doskonale obeznani z tymi przepisami prawa, starają się podciągnąć pod jeden z nich cierpienie swoje. Przy tem odróżnić można 2 kategorie osób: jedni—ludzie zdrowi—wywołują sobie jakie bądź obrażenie, aby uwolnić się od służby wojskowej; inni, w istocie chorzy, chcąc zwrócić baczniejszą uwagę badającej ich komisji na „ciężkie“ swe cierpienie, uszkadzają jeszcze bardziej swe chore organa. A że zazwyczaj kaleczone bywają uszy, przypisać to należy nizkiemu poczęści poziomowi umysłowemu poborowych, którzy, nie zdając sobie sprawy z tego rodzaju uszkodzeń, uważają je za mniej poważne, niż uszkodzenia innych organów.

Zdarzało mi się np. dość często widzieć takich chorych, którzy, pomimo że od dzieciństwa byli głusi na jedno ucho, co bezwarunkowo zwalniało ich pełnienia powinności wojskowej, nie otrzymując charakterystycznego świstu

z ucha za pomocą sposobu VALSALVA'y¹⁾ z powodu zupełnego zarośnięcia błony bębenkowej, à tout prix starali się wywołać efekt ten w chorem uchu. Kiedy zaś im się to nie udawało, uszkadzali sobie ucho zdrowe, i w ten sposób ogłuszali się.

W celu wywołania choroby ucha stosowane bywają różne środki. Często ucho zapchane bywa jakimś ciałem twardem, obojętnem lub drażniącym, co ma naśladować ropienie z ucha. Nierzadko bywa przekłuwana błona bębenkowa, co jednakowoż prawie nigdy się nie udaje, najczęściej zaś do ucha wlewane bywają różne kwasy żrące, jak: karbolowy, octowy, siarczany i in., które to płyny wywołują w uchu ogromne zniszczenia.

Przed dwoma laty spostrzegałem tego rodzaju przypadek, wielce interesujący ze względu na te właśnie zniszczenia w uchu, które doprowadziły do zejścia śmiertelnego.

Ku końcowi października zostałem zawezwany do chorego młodzieńca 21-letniego z powodu krwawienia z ucha. Kiedy przybyłem na miejsce, dowiedziałem się, iż przed tygodniem nalał on sobie kwasu siarczanego do ucha, przyczem z wielkiego bólu zemdlał; wkrótce przyszedł do siebie i oprócz silnego bólu w uchu żadnych innych dolegliwości nie odczuwał tak, iż nawet po kilku dniach zaczął wychodzić z domu. Od dwu dni wystąpiły silne bóle głowy, i z ucha zaczęła pokazywać się krew. Przy oględzinach przewodu słuchowego zewnętrznego okazało się, iż pokryty on był suchym ciemno-szarym skrzepem, który w wielu miejscach już poodpadał, pod nim zaś dała się zauważyć jakby ziarninowa, krwawiąca powierzchnia przewodu słuchowego zewnętrznego. Z głębi kanału usznego wydzieliał się płyn krwisto-surowiczny.

Zaleciwszy choremu spokój bezwzględny, założyłem mu do ucha wacik, zmoczony w kokainie z adrenaliną, na ucho—opaskę uciskającą i lód, do wewnątrz zaś—trional.

Po kilku dniach znowu byłem wezwany do tegoż chorego, także z powodu nowego krwawienia z ucha. Badanie ucha wykazało: cała powierzchnia przew. słuch. zewn. oczyściła się od strupów zupełnie, zarazem jednak dało się zauważyć tak silne obrzmienie przewodu, iż nie byłem w stanie rozsunąć jego ścian i obejrzeć części głębiej leżących. Oprócz tego z ucha wydzielano się dość wiele ropy, zmieszanej z krwią. Po oczyszczeniu przewodu słuchowego zewnętrznego miałem wrażenie, jak gdyby krew sączyła się z poza ścian przewodu.

Następnie widziałem chorego tego po dwu tygodniach. Okazuje się, że po stawieniu się do poboru, został on odesłany do szpitala wojskowego, skąd po tygodniowym pobycie, jako niezdolny do służby*wojskowej, został zwolniony do domu. Jak mi zakomunikowała rodzina chorego, nazajutrz po przybyciu do szpitala był on badany przez lekarza oddziałowego, który „sondą zranił mu ucho tak, że nastąpił silny krwotok“, przyczem chory stracił przytomność.

¹⁾ W ten sposób niebardzo naukowo do dziś dnia w komisjach poborowych badane jest upośledzenie słuchu.

Od tego czasu przeszło dni 4, krwotoki zaś więcej się nie pokazały. Dzisiaj, kiedy go wieziono do domu, w dorożce nastąpił nowy krwotok, tym razem przez nos, ucho i gardło.

Kiedy przybyłem na miejsce, znalazłem chorego prawie w stanie zapaści. Przez nałożoną opaskę na ucho sączyła się krew, zupełnie jasna, przez nos i gardło wypływała krew przy każdym mimowolnym odruchu kaszlowym. Kiedy zdjąłem bandaż choremu i wyciągnąłem tampon z ucha, chcąc obejrzeć wewnątrz tegoż, w tej samej chwili nastąpiło b. obfite krwawienie, wskutek czego uznałem za stosowne coprędzej ucho zatamponować ponownie. Zdając sobie jasno sprawę, iż mam do czynienia z krwotokiem z jednego z wielkich naczyń, myślałem na razie o przewiązaniu *art. carot. communis*, tymczasem ograniczyłem się do ucisku na okolicę tej tętnicy. Rodzinie chorego zakomunikowałem, iż należałoby natychmiast wykonać przewiązanie tętnicy, lecz ponieważ byli to ludzie niezamożni, chcieli chorego odwieść do szpitala, co według mnie było bezcelowe ze względu na ciężki stan chorego i na możliwość nowego krwotoku przy przewożeniu. Ograniczyłem się więc do zastrzyknięcia pod skórę kamfory z eterem. Na drugi dzień zrana uwiadomiono mnie, iż chory w pół godziny po odejściu mojem umarł.

W danym przypadku przypuszczać należy, że kwas siarczany, zniszczywszy błonę bębenkową, wywołał głębokie zniszczenie w jamie i w kostnej jej części. Jak wiadomo, przednia ściana jamy bębenkowej w dolnym swym odcinku przedstawia blaszkę kostną grubości 1 — 2 milim., która podnosi się ku górze i ku przodowi, nie tworząc granic wybitnych. Blaszka oddziela jamę bębenkową od części wstępującej kanału tętnicy szyjnej. Należy przypuszczać, iż zniszczenie, wywołane kwasem, rozszerzyło się i na ten kanał kostny, a że część kostna była bezwarunkowo także zajęta, dowodzi tego porażenie nerwu twarzowego, jakie zdołałem u chorego zaobserwować. Najprzypuszczalniej zostało zniszczone także miejsce, znane pod nazwą *prominentia can. facialis*, odpowiadające części poziomej kanału FALLOPIUSZA.

Ponieważ w danym przypadku nie robiono badania pośmiertnego, pozostaje jeszcze do rozstrzygnięcia kwestya, czy krwotoki te w istocie przyjąć należy za tętnicze, czy też żylny. Oprócz tego ustalić należy, czy już podczas pierwszej mej wizyty krwotok pochodził z tętnicy domózgowej, czy też z naczyń powierzchownych.

Co się tyczy pierwszego rozpoznania, to już jeden ze starszych autorów [GENOURILLE] wypowiedział, iż nie posiadamy dostatecznego środka dla określenia tej różnicy. HESSLER jednakże uważa zdanie to za niemające żadnej podstawy i powiada, iż doskonale różnicę tę ustalić można, wyciągając wnioski z samego ucisku na tętnicę szyjną. O ile bowiem przy ucisku krwawienie ustaje, bez wątplenia mamy do czynienia z krwotokiem z tętnicy; przy krwotoku bowiem z żyły szyjnej otrzymalibyśmy jeszcze obfiszey krwotok, gdyż krew żylna, nie mając odpływu w kierunku serca, poczęłaby się zbierać w obwodowym odcinku naczynia i jeszcze obficiey wylewałaby się przez otwór w naczyniu. Oprócz tego charakter krwotoku i barwa krwi pomagają nam w ustaleniu tej różnicy.

Opierając się więc na tem, musimy się zgodzić, iż w danym przypadku mieliśmy do czynienia z krwotokiem tętniczym, a czy pochodził on z tętnicy szyjnej czy też z jednej jej gałęzi, pozostaje w rezultacie rzeczą obojętną, gdyż wiemy, że, jeśli krwotok pochodzi nawet z *art. stylo mastoidea* i nie można go zatrzymać za pomocą tamponowania ucha, postępować należy zupełnie tak samo, jakgdyby sama *a. carotis int.* była przedziurawiona.

Na pytanie, czy krwotoki w danym przypadku od samego początku cierpienia przyjąć należy za tętnicze, rozumie się, odpowiedzieć trudno, aczkolwiek odpowiedź potakująca nie przeczyłaby bynajmniej istocie rzeczy. Można przypuszczać, że po zniszczeniu kości przez kwas już wtenczas obnażona została tętnica szyjna lub jedna z jej gałęzi, następcze zaś zapalenie i ropienie dokonały reszty zniszczenia.

Przypadki, opisane dotychczas w literaturze, pouczają, że krwotoki takie nie zawsze muszą być odrazu śmiertelne; notowano mianowicie, że powtarzające się krwotoki zdarzały się często i niekiedy krwotoki takie powtarzały się po razy kilka i kilkanaście, aż wreszcie chory umierał w stanie zapaści. Przerwy pomiędzy krwotokami były także dość znaczne: do dni 13, a po przewiązaniu *art. carotis*, w jednym przypadku następczy krwotok zdarzył się dopiero po upływie 2½ miesięcy [BROCA].

Co się tyczy wogóle krwotoków tego rodzaju, wiemy, iż nierzadko powstają one przy zgorzeli kości skalistej, i takich przypadków zanotowano w literaturze około 20 ¹⁾ [zebrał je HESSLER]; przypadków podobnych do spostrzeżanego przeze mnie—ledwo kilka [JÜRGENS]. Rokowanie, jak dotychczas, jest zawsze beznadziejne, i nawet przewiązanie tętnicy szyjnej wewnętrznej lub wspólnej nie dało ani razu wyniku pomyślnego.

II. PRZYPADEK WSTRZĄŚNIENIA BŁĘDNIKA.

W tym przypadku przyczyna urazu była zupełnie innej natury, lecz, ze względu na przebieg cierpienia, był on nie mniej ciekawy od pierwszego. Przebieg cierpienia był następujący: 36-letni mężczyzna zwrócił się do mnie, podczas pobytu mego w Petersburgu, z powodu przewlekłego krwawienia z prawego ucha, trwającego już około lat 12-u. Mieszkając stale na prowincyi, nie był w stanie przeprowadzić kuracyi specjalnej, a że w ostatnich miesiącach poczęły zjawiać się krwawienia z ucha, zaniepokojony postanowił się leczyć.

Przy oględzinach ucha stwierdzono: zupełny brak błony bębenkowej aż po *membr. flaccida*, trzonek młotka zachowany ledwo w 1/3-ej części, spróchniały, w dolno-tylnym odcinku widoczna nisza okienka owalnego, jama bębenkowa wypełniona ziarniną. Badanie słuchu prawego ucha wykazało: zegarek, mowa zwykła, słuchomierz POLITZER'a=0; RINNE—ujemny, WEBER—w cho-

¹⁾ JOLLY. De l'ulcération de la carotide interne, consécutive à la caries du rocher, 1866.

rem uchu, SCHWABACH—wydłużony. Ropa cuchnąca, gęsta, barwy żółto-zielonej, z domieszką krwi. Badanie bakteriologiczne wykazało gronkowce z wielką ilością pasożytów trupich (*saprophyti*).

Kiedy po dwu tygodniach specjalnego leczenia nie udało mi się ropienia powstrzymać, aczkolwiek ziarnina usunięta została zupełnie, zaproponowałem choremu wyjęcie spróchniałego młoteczka, który, według mego mniemania, ropienie to podtrzymywał. Po uprzednim skokainowaniu ucha 10% roztworem, wsunąłem weń zwyczajną pętlę polipową i uchwyciłem młotek, który w tylnej swej części okazał się przyrośnięty do jamy bębnekowej. Ponieważ zwykłymi ruchami od góry ku dołowi nie udało mi się młotka poruszyć, szarpnąłem dość silnie pętlę i w ten sposób kraniec młotka oderwałem, ale bez główki, która pozostała na miejscu. W tej samej chwili, przy dość obfitem krwawieniu z ucha, chory, utraciwszy przytomność, stoczył mi się z krzesła na podłogę. Chorego przeniesiono na kanapę, zatamowano krwotok i zastosowano środki pobudzające. Po kilku minutach zaczął on przychodzić do siebie, lecz skarżył się na ogólne osłabienie, ból i zawroty głowy, straszny szum w uchu i na mdłości.

Najmniejszy ruch głową potęgował stan ten, wskutek czego zmuszony byłem chorego pozostawić na miejscu w zakładzie leczniczym i kazać go ułożyć do łóżka. Na ucho zaleciłem lód, na kark—pryszczydło, do wewnątrz—morfinę. Wieczorem tegoż dnia widziałem znowu chorego. Skarżył się na silny szum w uchu, mdłości i zawrot głowy, które powiększały się, gdy tylko próbował nie leżeć na wznak.

Na drugi dzień zrana stan bez zmiany, W nocy chory spał niewiele i niespokojnie; podczas snu wymioty. T. = 37,2°. Puls 90. Leczenie bez zmiany.

Na 3 dzień skargi te same. Noc spędzona spokojniej. T. 35,8°. Z ucha wyjąłem opatrunek, pokryty cuchnącą ropą i krwią. Kiedym dotknął wnętrza ucha tamponikiem z waty w celu oczyszczenia ucha, nastąpił nowy atak silnego zawrotu głowy i mdłości. Zasypano do ucha proszek kwasu bornego.

Od następnego dnia stan chorego zaczął się stopniowo poprawiać. T. 36,8°. Dnia 6-go chory był w stanie już siedzieć na krześle, aczkolwiek prędko to go nużyło i doznawał ucisku w głowie. Badanie słuchu tegoż dnia—wykazało zupełny brak przewodnictwa kostnego dla ucha chorego.

10-go dnia chory wstał z łóżka, skarżył się jedynie na szum w uchu i lekkie zawroty głowy od czasu do czasu. Badanie kamertonem dało: WEBER—w uchu zdrowym, SCHWABACH—skrócony.

17-go dnia ropienie ustalo, i w 4 dni później chory wyjechał. Pozostał jedynie szum w uchu, przewodnictwo kostne powróciło.

Dany przypadek, o ile sądzić mogę, miał typowy przebieg ataku choroby MÉNIÈRE'a. Dowodzą tego: utrata przytomności, zaburzenia równowagi, mdłości i wymioty, szum w uchu i zupełna utrata słuchu.

Przypuszczać należy, że pod wpływem urazu, wywołanego silnym szarpnięciem pętli, nastąpiło wstrząśnienie błędnika; a być może powstało tam na-

wet wynacznienie. Mechanika wstrząśnienia tego da się z łatwością objaśnić, jeśli zgodzi się na hipotezę, która tłumaczy podobne zjawisko zmianą ciśnienia w ślimaku i w przewodach łukowatych.

Jak wiadomo, w błędniku znajdują się dwa rodzaje cieczy: *perilympha*—ciecz przybłędnikowa i *endolympha*—ciecz śródbłędnikowa, które za pomocą kanałów czy też t. zw. wodociągów (*aquaeductus cochleae et vestibuli*) komunikują się z przestrzenią pod oponą twardą mózgu *resp.* przestrzenią podpajęczą. Oprócz tego przestrzeń perilimfatyczna przez okienka okrągłe i owalne komunikuje z jamą bębenkową. Każdy ruch podstawy strzemiączka w okienku owalnym przenosi się przez okienko na perilimfę [HELMHOLTZ], a stąd przez *membr. basilaris* na endolimfę *vestibuli*.

Wstrząśnienie endolimfy, działając na organ CORTI'ego wywołuje podrażnienie nerwu słuchowego. Przy zbyt silnym wstrząśnieniu cieczy błędnikowej mogłaby się ona prześlizgnąć przez wodociągi lub przez *membr. rotunda* do jamy bębenkowej. Lecz mięsień strzemienny chroni za każdym razem podstawę strzemiączka od zbytowego ucisku i tym sposobem zmniejsza ucisk na ciecz bębenkową. Jednym słowem, ucho posiada cały szereg urządzeń anatomicznych, które zapobiegają zbytowemu uciskowi i nadmiernemu podrażnieniu nerwu błędnikowego. Są to w przestrzeni endolimfatycznej: przewód błędnika błoniastego i wodociąg przedsionka (*ductus endolymphaticus* i *aquaeductus vestibuli*), w perilimfatycznej zaś—błona okrągła i mięsień strzemienny (*membr. rotunda* i *musc. stapedius*).

Jeśli z powodu choroby ucha, jak to miało miejsce w moim przypadku, jedno z tych urządzeń anatomicznych działa tu nieprawidłowo, każde zbyt silne wstrząśnienie może wywołać podrażnienie nerwu błędnikowego, oraz inne objawy błędnikowe, które wystąpiły tutaj pod postacią choroby MÉNIÈRE'a.

POLITZER w podobnych przypadkach przypuszcza, że z powodu wstrząśnienia cieczy błędnikowej następuje porażenie jednej części włókien nerwu, druga zaś część tychże włókien podlega zbyt gwałtownemu podrażnieniu.

SCHWARTZE doszukuje się przyczyny w zmianach molekularnych w częściach składowych samej substancji czerwonej i pod wpływem urazu widzi przekrwienie błędnika. Zarazem przeczy możliwości powstania wynacznień w błędniku błoniastym.

WALDEYER na zasadzie teorii neuronów przypuszcza, że z powodu urazu przerywa się łączność między oddzielnymi neuronami, a stąd też pochodzą i zmiany w percepcji słuchowej i zachowaniu równowagi.

Jest jeszcze szereg innych teorii i hipotez, które starają się wyjaśnić powstawanie objawów wyżej wymienionych przy wstrząśnieniu błędnika. Która zaś z nich ma rację bytu, trudno orzec, tembardziej, że nie oparte są one na badaniach anatomo-patologicznych. Badań zaś tych w chorobach błędnika z wielu względów niepodobna przeprowadzić.

II. Obrót zapobiegawczy.

Podał

Stanisław Cykowski,

b. ordynator etatowy kliniki położniczej i chorób kobiecych w Warszawie.

[Podług odczytu, wygłoszonego na X Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w roku 1907].

[Ciąg dalszy. — Patrz N. 30].

Tutaj należy się słówko krytyki radom BROESE'go, dotyczącym, jak wiemy, stosowania głębokich nacięć pochwy i krocza, a niekiedy również i ust macicy u pierwiastek w celu ułatwienia zarówno wprowadzenia ręki, jak i wykonania ekstrakcji płodu—radom, mającym, słowem, postawić pierwiastki jakoby w takich warunkach dla zabiegu, w jakich znajdują się wieloródki.

Zdaniem mojem przez dokonywanie podobnych nacięć stwarzamy tylko najniepotrzebniej nowe wrota dla zakażenia, nie mówiąc już o tem, co przyznaje i sam BROESE, iż nacięcia te śród zabiegu mogą się przedłużyć, wywołać niebezpieczne krwawienie, którego opanowanie nie we wszelkich warunkach będzie możebne; wreszcie rany te *sub operatione* mogą uleść zmiażdżeniu i poszarpaniu do tego stopnia, iż zeszytanie ich poczytamy za bezcelowe.

A wówczas, nie mówiąc już o tem, iż przedłuży się okres zdrowienia, wytworzą się w kanale rodnym szerokie blizny, których za obojętne bynajmniej poczytywać nie możemy.

Z całą również bezwzględnością odrzuciłbym i inną radę BROESE'go, dotyczącą wypychania całą pięścią główki z wejścia miednicowego w razie jej ustalenia się, niedopuszczającego dokonania obrotu.

Osobiście—takie wypychanie główki, jak i opisany na innem miejscu tej pracy specjalny rękoczyn autora, mający ułatwić obrócenie płodu, uważam za najprostszy sposób wywołania urazowego całkowitego pęknięcia macicy i oderwania jej od pochwy.

Wszak autor ten dokonywał obrotów w takich przypadkach, w których jeśli mamy liczyć się z elementarnymi zasadami położnictwa operacyjnego—zabieg ten jest wprost niedopuszczalny.

To też przeciwko takim pomysłom i doświadczeniom najkategoryczniej protestować należy: wątpię też, czy rady te znajdą naśladowców.

Z kolei wypowiedzieć się należy odnośnie postępowania się obrotem zapobiegawczym w miednicach ogólnie-zwężonych.

Jak już wiemy—JERZYKOWSKI zaznaczył, iż przy ogólnem zwężeniu, główka, na ostatku idąca, przechodzi przez zwężone miejsce z wielką trudnością i wolno, tak iż większość płodów w tych warunkach umiera.

RUNGE oświadcza, iż dokonywanie obrotu zapobiegawczego w tych miednicach liczy niewiele zwolenników, albowiem wydobyte następującej główki jest tutaj wielce utrudnione.

LOEHMANN ¹⁾, zestawiając materyał drezdeńskiej kliniki LEOPOLDA, oznaczył śmiertelność płodów po obrotach w miednicach ogólnie zwężonych na 66,4%.

W kazuistyce ANUFRIEWA cyfra śmiertelności płodów po obrotach zapobiegawczych w tych miednicach dosięgła 43,5%, podczas kiedy w metodzie wyczekiwania—tylko 33,3% [wobec stosunkowo mniejszej wagi płodów].

Wobec powyższych poglądów i danych statystycznych sądziłbym, iż w miednicach ogólnie zwężonych obrotu zapobiegawczego istotnie unikać należy.

Pozostają tedy do omówienia miednice płaskie i to wyłącznie u wieloródek.

Ażeby możliwie ściśle oznaczyć, kiedy—w przypadku miednicy płaskiej u wieloródki—dokonanie obrotu zapobiegawczego posiadać będzie wszelką rację bytu, przejrzyjmy przedewszystkiem historię przedmiotu.

OSIANDER ²⁾ syn—wielki zwolennik obrotu płodu na nóżki w miednicach zwężonych—zalecał wogóle zabieg ten, jeśli—śróđ innych wskazań—w poprzedzających porodach używano kleszczy z wynikiem dla matki i płodu niepomyślnym.

KEHRER ³⁾ twierdził, iż wobec środkowego lub bocznego wstawiania się główki do miednicy płaskiej, stosujemy obrót zapobiegawczy, jeśli—pomiędzy innymi—mamy do czynienia z wieloródką, która uprzednio, w położeniu główkowem, rodziła dzieci martwe, zaś w razie przodowania dolnej części tułowia dzieci przychodziły na świat żywe.

Podobnie ALEXANDER sądzi, iż w terapii miednicy umiarkowanie wazkiej pierwszeństwo należy się właśnie obrotowi zapobiegawczemu, jeśli w poprzedzających porodach w razie położen czaszkowych wynik był niepomyślny, lub wówczas zwłaszcza, jeśli uwydatniła się korzyść położenia miednicowego.

RUNGE nalega na dokonanie obrotu zapobiegawczego u takich wogóle wieloródek, które przebywały ciężkie porody lub rodziły już dzieci martwe.

WOLFF oświadcza, iż obrót zapobiegawczy powinien być dokonany w tych przypadkach, w których na mocy wywiadów o wynikach poprzedzających porodów wydaje się mniej lub więcej niepewnem, czy poród w położeniu główkowem odbędzie się bez trudności i szkody dla dziecka. Ma też autor ten przeświadczenie, iż po takich obrotach można oczekiwać z absolutną prawie pewnością pomyślnego wyniku zarówno dla matki, jak i dla dziecka, podczas gdy w razie wyczekiwania wynik dla dziecka byłby w każdym razie wątpliwy.

^{1) 2) 3)} Patrz pracę ANUFRIEWA

Osobiście w zupełności podzielam przekonanie o doniosłości wywiadów o przebiegu poprzednich porodów dla sprawy traktowania obecnego porodu, *resp.* wyboru odpowiedniego zabiegu operacyjnego, jak tego dowodzi szczegółowe rozpatrzenie się w mojej kazuistyce.

W jednym tedy przypadku z wywiadów widzimy, iż w poprzednich porodach w razie przodowań główkowych wynik dla płodów był stale niepomyślny, natomiast w każdym z trzech porodów z poprzedzającym dolnym końcem tułowia otrzymano płód żywy. W przypadku tym przewaga przodowań miednicowych jest doświadczalnie stwierdzoną: powyższa okoliczność w zupełności usprawiedliwia zastosowanie obrotu zapobiegawczego i w obecnym porodzie, w myśl rad KEHRER'a i ALEXANDRA.

W innych przypadkach wszystkie poprzednie porody wymagały zabiegu operacyjnego, przyczem zawodziły—i to niekiedy niejednokrotnie—kleszcze, lub też dokonywano perforacyi.

W przypadkach powyższych niewątpliwie musiano długo wyczekiwać, zanim bole porodowe zdołały nareszcie ustalić główkę w wejściu czy też w próżni miednicy.

Śród takiego przedłużania się porodu niechybnie występowały zwykłe w tych razach wysoce niebezpieczne powikłania, jak głęboka asfiksyja płodu, czy nadmierne rozciągnięcie dolnego odcinka macicy, znamionujące szykującą się *rupturam uteri*. Nic też dziwnego, iż po nakładanych w takich warunkach kleszczach otrzymywano stale płody martwe, lub też przystępowano wprost do perforacyi.

Lecz i w obecnym porodzie, mając do czynienia najprawdopodobniej z płodem stosunkowo lepiej rozwiniętym, niż w porodach poprzednich, nie sposób będzie zabiegu uniknąć. Wprawdzie bole porodowe mogą być teraz [przynajmniej do czasu] znaczniejsze, lecz i stopień niestosunku przestrzennego pomiędzy główką płodu i miednicą matki będzie stosunkowo znaczniejszy.

Jeśli zechcemy i w obecnym porodzie wyczekiwać ustalenia się główki, tem pewniej spodziewać się możemy zjawienia się wspomnianych powikłań, zarówno dla matki, jak i dla płodu groźnych.

To też, chcąc ich uniknąć, nie zaufamy metodzie wyczekiwania, lecz możliwie czempredzej—śród odpowiednich, oczywiście, warunków—przystąpimy do obrotu, który w danym razie za istotnie „zapobiegawczy” uznać musimy.

W innej kategorii spostrzeżeń moich w porodach uprzednich otrzymywano po kleszczach i żywe płody. Zasadniczo—moglibyśmy i w obecnym porodzie liczyć na pomyślny wynik dla płodu w razie wczesnego stosunkowo ustalenia się główki i użycia kleszczy. Tymczasem, chociaż siła i charakter bólów porodowych nie pozostawiają nic do życzenia, pomimo już długiego trwania porodu, badaniem powtórnie stwierdzamy, iż pomimo rozwarcia macicy zupełnego lub prawie zupełnego, a więc śród pełni akcji porodowej, główka jest zupełnie ruchomą i znajduje się wysoko ponad wejściem miednicowem.

Jeśli stan powyższy trwa czas dłuższy, wnioskować możemy, iż liczyć na mniej lub więcej szybkie ustalenie się główki—nie powinniśmy, nie mówiąc już o tem, iż ustalenie to tylko wówczas odbyć się może, jeśli bole porodowe będą odpowiednio mocne, za co nigdy ręczyć nie możemy.

Chcąc i w takich przypadkach zapobiedz zbytniemu przedłużaniu się porodu i wszelkim z przedłużaniem się tem powiazanym znanym powikłaniom—i mając tak idealne warunki, jak zupełne rozwarcie ust macicy i zachowany pęcherz płodowy lub zupełną ruchomość główki wkrótce po odejściu wód, ze spokojem dokonywamy obrotu zapobiegawczego.

Zabieg powyższy możemy uważać za tembardziej wskazany, jeśli z wywiadów przekonamy się, iż i tutaj przebieg poprzednich porodów był wogóle ciężki, wysoce bolesny i wyczerpujący.

Na równi z wywiadami za wskazanie do obrotu służyć może i zupełne osłabienie bólów porodowych, jak to miało miejsce w dwu moich przypadkach.

Odnośnie takiego wskazania do obrotu zdania autorów są bardzo podzielone.

KROENIG ¹⁾ twierdzi, iż osłabienie bólów w tych tylko bardzo warunkowo może wymagać obrotu.

SKUTSCH sądzi, iż jeśli bole są słabe, działanie tłoczni brzusznej niedostateczne, tak, iż zapewne nie będziemy mogli liczyć na samodzielne wstąpienie się główki do miednicy, to wówczas wśród zabiegów oddamy pierwszeństwo obrotowi zapobiegawczemu.

Podług BUMM'a—jeśli mamy do czynienia z wieloródką o powłokach brzusznych wiotkich, która—pomimo całej chęci—nie zdziałać nie jest w stanie swoimi nadzwyczajnie rozciągniętymi i w zaniku znajdującymi się mięśniami, zaś główka i po pęknięciu pęcherza nie wykazuje tendencji do ustalenia się i przy następczych badaniach znajdujemy ją wysoko, zupełnie ruchomą—wówczas wyczekiwanie nie ma racji bytu, lecz należy raczej uciec się do obrotu.

[D. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

45. Schlayer. W sprawie ciał krwi, podnoszących ciśnienie tętnicze w przewlekłym zapaleniu nerek.

Aby wytłómaczyć wysoki stan ciśnienia krwi w przewlekłym zapaleniu nerek, wypowiedziano przypuszczenie, że działa tu odruch o kompensacyjnym

¹⁾ Patrz pracę WOLFF'a.

znaczeniu, wyzwolony z kłębków nerkowych [BIER]. Doświadczalne stwierdzenie tej teorii jest jednak tak trudne, że zwrócono się do drugiej hipotezy, według której przyczyną wysokiego ciśnienia może być adrenalina, przechodząca do krwi w większej ilości na skutek spotęgowanej działalności nadnerczy. W istocie VAQUEZ, AMBERTIN i AMBARD w dziesięciu przypadkach mogli wykazać gruczolaki nadnerczy lub przerost części korowej; dowód ten nie jest zbyt przekonywający, ponieważ adrenalina wytwarza się, jak wiadomo, w rdzeniowej części nadnerczy. Bardzo poważne dowody na korzyść nowej teorii przytoczyli WIESEL i SCHUR, wykazując w surowicy nefrytyków niektóre fizyologiczne i chemiczne własności roztworów adrenaliny: surowica ta rozszerza mianowicie źrenicę w wyluszczonej żabim oku [próba EHRMANN'a] i daje charakterystyczny odczyn z FeCl_3 . Nadto WIESEL w 22-ch przypadkach widział stale zmiany anatomiczne, pozwalające mówić o przerście rdzeniowej części nadnerczy.

Obecnie SCHLAYER zbadał ponownie całą sprawę, posługując się specjalną metodą, podaną przez O. B. MEYER'a. Metoda ta służy do badania różnych środków, wpływających w jakibądź sposób na napięcie ścian naczyń, jak BaCl_2 , adrenalina i t. p.; środkami temi działamy na pasek wycięty z ścian wielkich tętnic (*art. carotis* lub *subclavia*) świeżo zabitego wołu, odpowiednio napięty i połączony z wskazówką, zapisującą w powiększonych rozmiarach wszelkie zmiany w długości paska. Metoda O. B. MEYER'a odznacza się taką czułością, że pozwala wykrywać adrenalinę w rozcieńczeniu 1:1000 milionów; mając dwa paski ściany tętniczej spreparowane jak wyżej w jednokowy sposób i działając na jeden z nich roztworem np. adrenaliny o wiadomym stężeniu, możemy przy pomocy drugiego oznaczać stężenie adrenaliny w jakimkolwiek innym roztworze, ponieważ rozległość skurczu jest proporcjonalna do stężenia adrenaliny. SCHLAYER obrał do swych badań metodę O. B. MEYER'a dla tego, że można ją stosować do wszelkich ciał działających na muskulaturę naczyń, mając dwa paski ściany tętniczej, jak próbę EHRMANN'a. W danym przypadku nie mamy istotnie żadnej pewności, że ciałem podnoszącym ciśnienie krwi jest sama adrenalina, jak to zdawali się przypuszczać WIESEL i SCHUR; mogą to być tylko ciała zbliżone do adrenaliny, ale nie dające próby EHRMANN'a. Normalna surowica nie daje np. próby EHRMANN'a [z wyjątkiem surowicy z krwi z żył nadnerczowych], a tymczasem już O. B. MEYER dowiódł za pomocą swej metody, że normalna surowica działa w wysokim stopniu kurcząc na ścianę tętniczą, czego właśnie WIESEL i SCHUR nie uwzględniają wcale.

SCHLAYER zwrócił swą uwagę przedewszystkiem na ten fakt, godny najwyższej uwagi. Rzeczywiście we wszystkich doświadczeniach normalna ludzka surowica, pochodząca od rozmaitych osób, kurczyła paski z tętnic wołu bardzo silnie, prawie jednako w większości przypadków, niewiele co słabiej, niż normalna surowica bydłęca. Ciała, od których to zależało, nie mogły być białkowej natury, ponieważ dwugodzinne ogrzewanie przy 58° nie wpływało na te własności surowicy. Surowica rozcieńczona kurczyła ścianę tętniczą odpowiednio słabiej; surowica zgęszczona przez parowanie w próżni [przy $25-30^\circ$ w ciemności] działała również słabiej, wbrew wszelkim oczekiwaniom. W ten sam jednak sposób zachowują się i roztwory adrenaliny; paradoks ten tłumaczy się bardzo łatwo wielką wrażliwością adrenaliny na działanie powietrza, które przecież uwalnia się w postaci widocznych pęcherzyków z płynu zgęszczonego w próżni, przepływając przytem przez wszystkie jego warstwy. Nawet 58-0 godzinna dyalizacja nie osłabia działania surowicy na ścianę tętniczą; jest to jeszcze jedna analiza z roztworami adrenaliny, która również prawie nie dyalizuje się. Ostatecznie można powiedzieć, że w normalnej surowicy znajdują się ciała, zbliżone do adrenaliny zarówno pod względem wpływu na muskulatu-

rę naczyniową, jak pod względem własności fizycznych i chemicznych [przypomnijmy tu, że BATELLI otrzymywał odczyn z FeCl_3 i z normalną surowicą, co również osłabia doniosłość odpowiedniego argumentu WIESEL'a i SCHUR'a], choć nie identyczne z adrenaliną, jak świadczy nieudawanie się próby EHRMANN'a z normalną surowicą.

Po ustaleniu tych faktów SCHLAYER przeszedł do badania surowicy nefrytyków, wybierając mianowicie ośm przypadków przewlekłego zapalenia nerek z nadzwyczaj wysokim ciśnieniem krwi 190—260 mm. rtęci [pomiaru przy użyciu szerokiego mankietu v. RECKLINGHAUSEN'a]. Ogólny wynik 26-u doświadczeń, jakie wykonano z surowicą tych chorych był najzupełniej nieoczekiwany, bo w 24-ch doświadczeniach surowica nefrytyków kurczyła ścianę tętniczą albo słabiej, niż surowica normalna, albo co najwyższej jednakowo silnie. Tylko w jednym doświadczeniu surowica nefrytyka skurczyła pasek ściany tętniczej bardzo znacznie silniej, niż surowica normalna, choć ciśnienie krwi trzymało się wciąż na ogromnej wysokości 208—212 mm. rtęci. Ogrzewanie, rozcieńczanie, zgęszczanie, dyalizacja wpływały na własności surowicy nefrytyków tak samo, jak na własności surowicy normalnej, co jest wystarczającym dowodem identyczności pierwiastków działających na muskulaturę tętniczą w obu razach.

Nie mamy więc żadnego dowodu, aby w przypadkach przewlekłego zapalenia nerek z wysokim ciśnieniem tętniczym powiększała się ilość krążących normalnie w krwi ciał zbliżonych do adrenaliny, kurczących bezpośrednio ścianę tętniczą. Próba EHRMANN'a, jaką według WIESEL'a i SCHUR'a daje surowica nefrytyków i jakiej nie daje surowica normalna, nie jest właściwością samej tylko adrenaliny, ponieważ daje ją także surowica królików po obustronnej nefrektomii, choć ciśnienie krwi po tej operacji nie podnosi się wcale.

(*Deutsche med. Woch.* 1907, Nr 46).

J. Rzepko.

46. Kraus, Lusenberger i Russ. Czy odczyn oczny Chantemesse'a nadaje się w tyfusie do celów dyagnostycznych?

Dnia 23 go lipca 1907 roku CHANTEMESSE zakomunikował paryskiej akademii medycznej, że zakrapianie oka roztworem toksyn tyfusowych wywołuje u osób chorych na tyfus odczyn, mogący mieć poważne znaczenie dyagnostyczne; wiadomo, że nieco wcześniej WOLFF-EISNER oraz CALMETTE podali taką samą oftalmodyagnostyczną metodę dla gruźlicy. Postępując w podobny sposób, jak CALMETTE z tuberkuliną, CHANTEMESSE strąca alkoholem toksyny tyfusowe i po wysuszeniu otrzymuje proszek, który rozpuszcza się znowu w takiej ilości wody, aby każda kropla zawierała 0,02 mg. toksyn. Kropla takiego roztworu w zdrowym oku może wywołać tylko lekkie podrażnienie łącznicy, przechodzące w ciągu 4—5 godzin; u chorych tyfusowych natomiast po 6—12 godzinach daje się spostrzegać mocne zaczerwienienie i łzawienie bez zmian zresztą w ciepocie i stanie ogólnym.

Sprawdzenie tych twierdzeń nastęrcza niewątpliwie trudności, wynikające stąd, że toksyczność hodowli w rozmaitych warunkach może nie być jednakowa; autorowie w swych doświadczeniach posługiwali się szczepami, dającymi w każdym 1—2 ctm. sz. pożywki ilość toksyn wystarczającą w wewnątrzylnej iniekcji do zabicia królika w 6—8 godzin. Wodny wyciąg 24-ro godzinnych hodowli agarowych takich szczepów, wpuszczony do oka w ilości dwóch kropel, u zdrowych ludzi nie wywoływał po większej części nie podobnego do reakcji; u tyfusowych chorych w 11-u przypadkach na 28 wy-

nik był również ujemny, ale w 11 u z pozostałych spostrzegano po 8—18-u godzinach ślady zaczerwienienia, a w pozostałych 6-u wyraźne zaczerwienienie z obfitszą wydzieliną, nie przechodzące na łącznicę gałki ocznej; można tu więc było mówić o dodatnim wyniku w 60,7% przypadków. W drugiej seryi doświadczeń autorowie posługiwali się toksynami, strącanymi zapomocą alkoholu z hodowli bulionowej, albo z zawiesiny wodnej 24-ro godzinnej hodowli agarowej; 0,1 gr. suchych toksyn rozpuszczano w 1 ctm. fizyologicznego roztworu soli i dwie krople takiego roztworu wpuszczano do oka. W tych warunkach jeden tylko z dwóch używanych szczepów dawał u zdrowych ludzi lekkie zaczerwienienie łącznicy po 6-u—12 godzinach; tymczasem u wszystkich [22-ch] badanych chorych tyfusowych otrzymywano reakcyę po największej części zupełnie wyraźną po 6-u godzinach, trwającą zwykle jeszcze po 24-ch godzinach. Roztwór strąconych toksyn działał więc silniej od wodnych wyciągów hodowli; ogrzanie hodowli do 60° znosiło działanie toksyn na oko—wbrew temu co spostrzegał CHANTEMESSE.

Najciekawszą częścią pracy jest sprawozdanie z doświadczeń kontrolujących, których wyniki były rzeczywiście nieoczekiwane. Okazało się przede wszystkim, że roztwór strąconych toksyn wywoływał zupełnie podobną reakcyę u osób chorych nie na tyfus, lecz na suchoty płucne, zapalenie płuc, wady serca, *sclerosis multiplex* i t. d., choć nie tak często, bo w połowie mniej więcej ogólnej liczby badanych przypadków różnych chorób, i nie z takim natężeniem, bo po 18-u godz. nie było już śladów reakcyi. Roztwory rozcieńczone w tym stopniu, że przestawały działać na oko u chorych tyfusowych, nie działały i u osób z innymi chorobami.

Powtórne wodny wyciąg hodowli agarowych laseczników paratyfusu B, nie wywołujący również nic podobniejszego do oftalmoreakcyi u osób zdrowych, u tyfusowych chorych dał po 6—19-u godzinach wyraźną reakcyę z częstością 7:13 [54%]. Roztwór strąconego wyciągu z hodowli laseczników okrężnicowych, obojętny dla oka osób zdrowych, dał we wszystkich [11-u] badanych przypadkach tyfusu oftalmoreakcyę wyraźną po 6-u godzinach i trwającą jeszcze po 24-ch godzinach. Roztwory, rozcieńczone do pewnego stopnia, i tu traciły swoje działanie. Wreszcie stara tuberkulina [HÖCHST] w rozcieńczeniach 1:50 i 1:100, obojętna jak inne bakteryjne wyciągi dla oka zdrowych, z 11-u na 12 badanych przypadków tyfusu dała również wyraźną oftalmoreakcyę, często już po 18-u godzinach.

Doświadczenia te, wykazujące szczególną wrażliwość oka—głównie łącznicy powiekowej—u chorych ludzi wogóle i tyfusowych przede wszystkim względem różnych bakteryjnych wyciągów, nietylko względem toksyn tyfusowych, znoszą wartość próby CHANTEMESSE'a, jako środka dyagnostycznego. Badanie odczynu skórniego, wzorowane na znanej próbie PIRQUET'a dla gruźlicy dziecięcej, nie może mieć również żadnego znaczenia dla dyagnostyki tyfusu, ponieważ miejsca nakłute reagują u osób zdrowych i tyfusowych zupełnie jednakowo względem wyciągów tyfusowych, paratyfusowych i okrężniczych [nacieczenia z zaczerwienioną obwódka, trwające po 24 godzin i dłużej] nierozcieńczonych i słabszych.

(Wien. klin. Woch., 1907, Nr 45).

J. Rzepko.

STRESZCZENIE ZBIOROWE.

Teorya usposobienia mechanicznego do gruźlicy i rozedmy płuc oraz ich leczenie operacyjne*).

Podał

W. Starkiewicz.

W liczbie wielu podstawowych kwestyi z zakresu patogenezy i terapii gruźlicy płuc w ostatnim czasie wznowioną została i wywołuje ożywioną dyskusyę sprawa t. zw. usposobienia do suchot płucnych.

Zauważyć się daje mianowicie dążność do ściślejszego określenia tego pojęcia, ujawniająca się zresztą, jak dotychczas, głównie w badaniach anatomicznych, a mniej już może uwzględniająca właściwości biologiczne ustrojów usposobionych.

Odrębne miejsce w tych badaniach zajmuje kwestya t. zw. usposobienia mechanicznego do suchot płucnych (*mechanische Praedisposition zur Lungenphthise*), postawiona przez W. A. FREUND'a w tej samej niemal, co dzisiaj, postaci już przed 50-u laty, lecz od lat paru dopiero szerzej omawiana i krytykowana.

Szczególne zainteresowanie, jakie teorya FREUND'a obudziła w latach ostatnich, tłumaczy się też, poza zasadniczym motywem—bądź co bądź oryginalnej i poważnie opracowanej doktryny, głównie może tem, że łączy się z próbami leczenia niektórych postaci suchot płucnych oraz rozedmy płuc metodą operacyjną. Zasadnicze punkty teoryi FREUND'a, tak jak się dadzą zestawić z licznych już dzisiaj odnośnych prac tego autora, przedstawiają się, jak następuje:

W szeregu cech fizycznych, stanowiących o t. zw. *habitus phthisicus* osobników usposobionych do gruźlicy, do najważniejszych należy, jak wiadomo, odrębny kształt klatki piersiowej. Odrębność ta klatki piersiowej, według FREUND'a, polegać ma nietyle na znanych cechach klatki paralitycznej, które rozwinać się mogą również u osobników nieusposobionych do gruźlicy w następstwie każdej długotrwałej choroby wyniszczającej, ile na wadliwej budowie górnego jej otworu (*apertura superior*), uwarunkowanej niedorozwojem chrząstek górnych żeber.

Na podstawie wieloletnich swych badań anatomicznych FREUND twierdzi, że w znacznej % przypadków gruźlicy wierzchołkowej, nieraz u osobników skądinąd dobrze rozwiniętych, spotyka się skrócenie chrząstki pierwszych żeber, dochodzące czasami do połowy wymiaru prawidłowego. Liczbowo—wymiar chrząstki pierwszego żebra u mężczyzn zdrowych wysokości 160 ctm. wynosi przeciętnie 3,8 ctm., u kobiet wzrostu 150 ctm.—3,1 ctm.; ten sam wymiar u suchotników tegoż wzrostu w obliczeniach FREUND'a wynosił niejednokrotnie zaledwie 2,5 ctm. i niżej.

*) Odczyt w Tow. Lek. Warsz. w dniu 31-ym marca b. r.

Jako następstwo skrócenia wymienionych chrząstek powstaje rażące zniekształcenie górnego otworu klatki piersiowej, polegające na mniej lub więcej znacznym zmniejszeniu jego wymiarów prostego i poprzecznego [nieraz z 5 ctm. do 3,5 ctm. ctm i z 9,5 ctm. do 6,5 ctm.], na zwiększeniu kąta jego pochylenia w stosunku do poziomu [z 30° nieraz do 35°], oraz na przechyleniu mostka ku tyłowi. Skrócona chrząstka, która prawidłowo ma podczas wdechu postać prostą — jak naciągnięta struna, przyjmuje na stałe postać spiralnie wygiętą, właściwą w warunkach prawidłowych tylko fazie oddychania wydechowej. Pierwsza przestrzeń międzyżebrowa ulega mniej lub więcej znacznemu zwężeniu. Drugi pierścień żebrowy wypukla się więcej ku górze, wskutek czego na mostku uwydatnia się więcej t. zw. *angulus Ludovici*.

Wspomniane skrócenie nie zawsze dotyczy chrząstek obu pierwszych żeber: autor przytacza spostrzeżenia, w których wymiar jednej chrząstki był nawet zwiększony — wynosił np. 4,5 ctm., podczas gdy wymiar drugiej dochodził zaledwie do 2,6 ctm. Oczywiście zniekształcenie otworu górnego w takich przypadkach będzie miało postać asymetryczną.

Pierwotny materiał sekcyjny, na którym FREUND oparł powyższe wnioski, wynosił 250 badań wogóle, w tem 96 badań osobników gruźliczych. Z liczby tej — 96-u suchotników — stwierdzono skrócenie chrząstki pierwszego żebra i następcze zwężenie górnego otworu klatki piersiowej w $\frac{1}{3}$ części przypadków. Dość zbliżone liczby otrzymali w swoich badaniach POLAŃSKI, który pierwszy badał, zachęcony przez DUNINA, sprawdził dane faktyczne teorii FREUND'a, a ostatnio — C. HART, MENDELSON i inni. U niesuchotników te same zmiany zdarzały się również, tylko znacznie rzadziej, niż u suchotników: FREUND stwierdził je w 5-u przypadkach na 154 takich sekcji, POLAŃSKI w 4-ch na 26.

Wreszcie podnieść należy, że według badań FREUND'a zmiany powyższe w chrząstkach żebrowych zdarzały się nie tylko u ludzi dorosłych. FREUND niejednokrotnie widywał je we wczesnym dzieciństwie, a nawet u noworodków, i spostrzeżenia te przytacza jako dowód pierwotnego tych zmian charakteru.

Skrócenie chrząstek pierwszych żeber oraz zwężenie górnego otworu klatki piersiowej powoduje, według FREUND'a, szereg poważnych zaburzeń w mechanizmie ruchów oddechowych klatki piersiowej, mianowicie zaś górnego jej odcinka. Według dawnych poglądów górny otwór klatki piersiowej miał być pozbawiony ruchomości, stanowił jakby jej *punctum fixum* podczas oddechu. Z późniejszych badań okazało się niewątpliwie, że jest inaczej. Przekonywa o tem choćby różnica wymiaru klatki piersiowej na wysokości górnych żeber podczas wdechu i wydechu. Jednakże ruchomość ta jest odmienną od ruchomości dolnego odcinka klatki piersiowej, co warunkuje się głównie odmienną budową i kierunkiem pierwszego żebra. Podczas gdy chrząstki dolne, połączone z żebrami zapomocą stawów, mają w spokoju postać spiralną, a prostują się w okresie wdechu, chrząstka pierwszego żebra, przeciwnie, podczas spokoju przypomina, według porównania FREUND'a, napiętą strunę, a przybiera postać spiralnie wygiętą podczas wdechu.

Zdaniem FREUND'a, ona to właśnie stanowi *primum movens* i *primum motum* przy oddychaniu. Skrócenie i stwardnienie tej chrząstki, powodując wspomniane zniekształcenie górnego otworu klatki piersiowej, wpływa zarazem wybitnie hamująco na jego czynność ruchową, a w najwyższych stopniach swego rozwoju znosi ją nawet całkowicie.

Powstaje kwestya, czy takie ograniczenie czynności ruchowej górnego otworu klatki piersiowej może być powodem stosownego ograniczenia ruchów oddechowych płuca; inaczej, czy przy nieruchomości górnego otworu płuco jest w stanie rozszerzać się ku górze niezależnie od ruchów klatki piersio-

wej? Pytanie to nie dotyczy wczesnego dzieciństwa, gdyż, jak wiadomo, płuca w tym okresie życia nie dochodzą do poziomu otworu górnego i przekraczają go dopiero po drugim roku życia.

Zapytywani w tej kwestyi przez FREUND'a wybitni fizjologowie odpowiadali rozmaicie: HERMAN był zdania, że wprawdzie ruchy klatki piersiowej wpływają wybitnie w wiadomy sposób na ukrwienie tkanki płucnej, płuco jednak rozszerza się zawsze całe, niezależnie od mniejszej lub większej ruchomości różnych jej odcinków. Podobnie wyraził się ROSENTHAL. Natomiast BORUTTAU trzyma się przeciwnego zdania. Również BIRCH-HIRSCHFELD wnosi ze swoich spostrzeżeń sekcyjnych, że jednak nieraz należy przypuszczać mniejszą sprawność oddechową górnych płatów płuc w porównaniu z dolnymi.

Z doświadczeń na psach, u których wywoływano niedodmę płuc, FREUND doszedł również do wniosku, że rozszerzalność dolnych płatów jest znacznie większa, niż płatów górnych. Wreszcie radioscopia przekonywa naocznie, że przeszkoda dla ruchów klatki piersiowej w jakimkolwiek jej odcinku powstrzymuje ruchy oddechowe w odpowiednim odcinku płuc. Z danych tych wypływałby wniosek, że przy nieruchomości lub tylko zmniejszonej ruchomości górnego otworu klatki piersiowej nastąpi zmniejszenie sprawności oddechowej górnych odcinków płuc i oczywiście, z tego powodu, osłabienie ich odporności na wpływy zakaźne, „usposobienie“ do gruźlicy płuc.

Jako uzupełnienie i poniekąd poparcie przytoczonych poglądów FREUND przytacza znane spostrzeżenia anatomiczne BIRCH-HIRSCHFELD'a nad przegięciem i zwężeniem światła górnych oskrzeli, oraz pokrewne im badania SCHMORL'a, wykazujące w niektórych przypadkach gruźlicy obecność bruzdy [FURCHENBILDUNG] na powierzchni górnego odcinka płuc, zależnej przypuszczalnie od ucisku wypuklonych ku wewnątrz, skróconych pierwszych żeber. Uboczne dowody na korzyść teorii FREUND'a przytacza z obfitego materiału sekcyjnego C. HART. A więc, u chorych na moczówkę cukrową, ze względu na kształt klatki piersiowej nie usposobionych do gruźlicy płuc, sprawa ta zaczynać się ma najczęściej nie w szczytach, lecz w środkowych lub dolnych płatach płuc. Również w przypadkach zwężeń klatki piersiowej [np. wskutek ściągnięć bliznowatych lub skrzywień kręgosłupa w środkowych lub w dolnych częściach klatki piersiowej] sprawa gruźlicza ogniskuje się dokładnie w miejscach, odpowiadających zwężeniu klatki piersiowej. Na zasadzie powyższych danych C. HART przychyliła się zupełnie do zdania FREUND'a, że każda część płuca w swych ruchach oddechowych zależy bezpośrednio od tej części klatki piersiowej, która do niej przylega.

Przechodzę z kolei do następnych ogniw teorii FREUND'a, mianowicie do dalszych jego spostrzeżeń anatomicznych. W następstwie opisanych powyżej zmian degeneracyjnych w chrząstkach żeberowych u suchotników zdarzają się pewne zjawiska kompensacyjne w obrębie dotkniętych żeber oraz w mięśniach oddechowych klatki piersiowej. Te ostatnie (mianowicie mm. *scaleni ant. et. medii, m. subclavii*) ulegają przerostowi wskutek wzmoczonej czynności. W żebrach rozwija się sprawa zapalna ochrzęstnej, następnie jej kostnienie (*perichondritis, osteitis*), początkowo oddzielnymi płytkami na przedniej powierzchni chrząstki, później również na tylnej. W rezultacie dookoła chrząstki powstaje częstokroć otoczka kostna, unieruchamiająca całkowicie górny otwór klatki piersiowej. Niejednokrotnie w miejscu, w którym otoczka kostna mniej jest jeszcze rozwinięta, powierzchowna warstwa chrząstki wiotczeje, nabiera barwy jaśniejszej, staje się bardziej kruchą. W miejscu takim dochodzi nieraz do zupełnego złamania żebra i wytworzenia stawu rzekomego. Wskutek wzmoczonej czynności mięśni oddechowych zgrubiałe na kształt cępfy końce odłamków żeberowych stopniowo wygładzają się, i w re-

zultacie dochodzi do powstania ruchomego stawu pierwszego żebra (*arthrodia*). Staw taki ułatwia niezmiernie, zdaniem FREUND'a, ruchy oddechowe klatki piersiowej, stanowi więc zjawisko dla ustroju celowe, pomyślne. Niekiedy analogiczny staw powstaje pomiędzy rękonością mostka a jego trzonem, ułatwiając ruchy oddechowe drugiego żebra, które wówczas wykonywa poniekąd czynność zastępczą za żebro pierwsze. Szukając dla tych zjawisk kompensacyjnych analogii, z wielu względów możnaby je porównać do cięcia łonowego, wykonywanego przy zwężeniu miednicy. Lepsza wentylacja płuca, lepsze jego ukrwienie, które, zdaniem FREUND'a, będą następstwem powyższych spraw kompensacyjnych, „otwierają drzwi i okna” sprawom samoleczniczemu ustroju. Że tak bywa istotnie, dowodzić zdaje się odnośna statystyka FREUND'a, który na 96 sekeji osobników gruźliczych stwierdził 18 razy staw rzekomy pierwszego żebra łącznie z gruźlicą płuc zagojoną, a raz tylko z gruźlicą czynną. W 5-u przypadkach, w których stwierdzono staw wrodzony mostkowy, płuca były zdrowe. Dodać należy, że złamanie i staw rzekomy pierwszego żebra u suchotników FREUND'owi udawało się stwierdzić i radioskopowo.

Uboocznie zauważę, że w r. u. HOLLAENDER w myśl powyższych poglądów FREUND'a opisywał przypadki szybkiego rozwoju gruźlicy górnych dróg oddechowych w następstwie zwężenia kanałów nosowych w skutek pierwotnego wilka nosa i szybkie jej wyleczenie po usunięciu operacyjnym tego zwężenia. Wspomnieć wreszcie wypada, że pewne modyfikacje wyłożonej dopiero teorii usposobienia mechanicznego do gruźlicy płucnej propaguje w ostatnich paru latach ROTHSCHILD. Zdaniem tego autora, wydechowa pozycja klatki piersiowej osobników usposobionych zależy nie od zmian degeneracyjnych w chrząstkach żebrowych, które stanowią częstokroć zjawisko wrodzone, lecz od spłaszczenia t. zw. przezeń „kąta mostkowego” pomiędzy trzonem a rękonością mostka. Kąt ów, określaný przez ROTHSCHILD'a zapomocą specjalnych przyrządów, pogłębia się jakoby przy wdechu, a spłaszcza podczas wydechu, stanowi więc istotny staw. 25% suchotników ma kąt ów jakoby nieruchomy i spłaszczony, zaś w miejsce więzu stawowego posiada występ kostny (*exostosis*), któremu ROTHSCHILD nadaje błędnie nazwę kąta LUDOVICI. Przeciwno poglądom ostatnim, zarówno jak przeciwko całej wogóle teorii ROTHSCHILD'a, wystąpili natychmiast anatomo-patolodzy, jak HART, HANSEMAN, LISSAUER.

Tak się przedstawia pokrótce teoretyczna strona poglądów FREUND'a i jego zwolenników. Przechodzę obecnie do tych praktycznych wniosków, które autorzy wymienieni pragną zeń wyprowadzać.

Rzecz sprowadza się do rozumowań następujących: Skoro niejednokrotnie w przypadkach sekcyjnych zdarza się widzieć zabliźnione ogniska gruźlicy szczytowej łącznie ze złamaniem samoistnym skróconych i zwyrodniałych pierwszych żeber, to czy nie należy naśladować natury w celach leczniczych? Według przeświadczenia FREUND'a i niektórych jego zwolenników przecięcie skostniałego żebra w odpowiednich przypadkach gruźlicy jest bezwarunkowo wskazane. Za odpowiednie uważa FREUND przypadki gruźlicy szczytowej, nie przekraczającej ku dołowi granicy drugiego żebra, u osobników młodych, okazujących wspomniane powyżej cechy *habitus phthisici*. Zdaniem jego, działanie mięśni oddechowych nie dopuści do zrośnięcia przeciętych odłamków żebra. C. HART w poglądach swoich idzie jeszcze dalej. Według niego zasady powyższe leczenia gruźlicy wpelni stosować należy również u ludzi starych. Starcze skostnienie pierwszych żeber nie zmienia wprawdzie formy górnego otworu klatki piersiowej, temniemniej, przez utrudnienie oddychania szczytowego, niewątpliwie stanowi czynnik, usposabiający do gruźlicy. Zwracał na to uwagę już VIRCHOW. Właśnie też u osobników

starych najczęściej zdarzają się stawy rzekome żeber obok wyleczonych ognisk gruźlicy włóknistej. Zdaniem tego autora, nie stanowi też przeciwwskazania do operacji większa rozległość zmian gruźliczych. Wobec niewinnego charakteru zabiegu należy go stosować nawet profilaktycznie u osobników z usposobieniem mechanicznem do gruźlicy.

[D. c. n.]

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

IX Posiedzenie naukowe z dnia 10-go kwietnia 1908 r.

Przewodniczący p r y m. P I S E K.

Przewodniczący poświęca kilka słów gorących pamięci zmarłego dra M I E R Z E J E W S K I E G O z Petersburga, którą obecni uczcili powstaniem.

I. Dr C Z Y Ż E W I C Z jun. przedstawia chorą z wypadnięciem obrzęklej błony śluzowej cewki. Wypadnięcie to przedstawia się pod postacią guzka wielkości orzecha laskowego, pokrytego błoną śluzową częściowo martwiczą. Na szczycie guzka znajduje się ujście cewki moczowej. Przypadek jest rzadką zmianą chorobną. Co do leczenia, sądzi, że da się rzecz ta usunąć środkami miejscowo stosowanymi i kąpielami.

II. Dr J A N I S Z E W S K I wygłasza referat o t. zw. „opiekach” dla chorych gruźliczych. Na wstępie przedstawia cyfrowo ogromne rozpowszechnienie gruźlicy, co do którego kraj nasz zajmuje miejsce jedno z najniekorzystniejszych. Śmiertelność z tej choroby, z wyjątkiem Madrytu, jest największa w Krakowie i Lwowie pośród większych miast Europy. Następnie prelegent scharakteryzował kierunek ruchu przeciwgruźliczego w Anglii, Francji i Niemczech. Omówił pokrótce sprawę sanatoryjów, które w Niemczech uważano za jeden z najważniejszych sposobów zwalczania gruźlicy. We Francji wprowadził prof. C A L M E T T E z Lille w r. 1900 t. zw. *dispensaires*, czyli opieki nad gruźliczymi, które też dziś stają się jednym z głównych sposobów zwalczania tej kłeski. Omówił dokładnie urządzenia we wspomnianych „opiekach” i to wszystko co do zakresu ich działania należy, przedewszystkiem zaś dokładną ewidencję gruźliczych, wspomaganie biednych w leczeniu i profilaktykę. W końcu poświęcił kilka słów „opiece” założonej we Lwowie przez Tow. walki z gruźlicą:

W bardzo ożywionej dyskusyi zabierali głos:

Radca dworu dr M E R U N O W I C Z, który na tablicach statystycznych wykazywał rozprzestrzenienie gruźlicy w Galicji i stosunek tej choroby do innych zakaźnych, podnosząc, że te ostatnie stale się zmniejszają. Co do gruźlicy należy zaznaczyć, że jest to choroba mieszkaniowa t. j. zależna w wysokim stopniu od stanu mieszkań i liczby ludzi je zajmujących. W końcu daje wyjaśnienie bliższe co do „opieki” lwowskiej.

Prof. G Ł U Z I Ń S K I wzywa kolegów lekarzy o gorące poparcie moralne nowej a tak humanitarnej instytucji, która nie będzie stanowiła żadnej konkurencji dla lekarzy.

P r y m. P I S E K podaje szczegóły, dotyczące się śmiertelności z gruźlicy we Lwowie, podnosząc z uznaniem duże ofiary gminy Lwowa na polu polepszenia stosunków higienicznych w mieście.

Dr OBTUŁOWICZ omawia stosunki zdrowotne w powiecie lwowskim, szczególnie co do gruźlicy. Gdziekolwiek widać pewne polepszenie dzięki odpowiednim urządzeniom, jak np. w fabryce cygar w Winnikach.

Dr STACHIEWICZ radzi wstrzymać się z zakładaniem „opiek”, póki nie zbierze się odpowiednich funduszków.

Dr MAHL sen. jest za decentralizacją „opiek” na sposób przeprowadzonego we Lwowie systemu elberfeldzkiego, tyającego się opieki nad ubogimi.

Doc. BEDNARSKI poruszył sprawę spluwaczek dla chorych, należących do „opieki”, co do której dawali wyjaśnienia prof. KUCZERA i sam prelegent

WITOLD NOWICKI.

Posiedzenie naukowe dnia 2-go maja 1908 r.

Przewodniczący prym. PISEK poświęca kilka słów tragicznie zmarłemu namiestnikowi ANDRZEJOWI hr. POTOCKIEMU, podnosząc prócz innych zasług jego starania około budowy nowych klinik, a na polu higieny publicznej w m. Lwowie między innymi przyspieszenie w zaprowadzeniu nowszych urządzeń kanalizacyjnych. Przemówienia tego wysłuchali obecni stojąc. Następnie zawiadania przewodniczący, że na wezwanie Komitetu polskiego dla międzynarodowego zjazdu lekarskiego w Budapeszcie zaproponował zarząd na delegatów: prof. GLUZIŃSKIEGO, prym. PISEKA, prof. SIERADZKIEGO i dra Wit. ZIEMBICKIEGO. W końcu uprasza o zgłaszanie się do sekretarza tych kolegów, którzy mają zamiar wziąć udział w zjeździe praskim, przyczem zaznacza, że zgłoszenie takie nie będzie obowiązującym.

I. Prof. WICZKOWSKI przedstawił preparat serca z dwoma tętniakami tętnicy głównej, z których jeden uciskał na tętnicę płucną, drugi na tchawicę. Głównym objawem za życia była stała duszność, którą należało odnieść do dróg oddechowych, ze strony zaś serca szmer skurczowy, drugi ton wybitnie zaakcentowany, wreszcie tętnienie i podnoszenie się drugiej przestrzeni międzyżebrowej. Te objawy skłoniły go do rozpoznania tętniaka, uciskającego na tętnicę płucną i tchawicę.

W dyskusyi przypomina sobie dr FRANKE podobny przypadek ucisku tętnicy płucnej przez tętniak ze znaczną następczą rozstrzenią komory prawej i niedomykalnością względną ujścia żylnego prawego.

Dr OBTUŁOWICZ przypomina sobie również podobny przypadek rozpoznany za życia, podaje objawy, z których głównym była duszność.

Pr y m. PISEK zapytuje się, czy były objawy CARDILLE'go i SCHRÖTTER'a, na co otrzymuje odpowiedź, że ich nie było.

II. Dr BLUMENFELD wygłasza: „O nowszych próbach serodyagnostycznych w kile na podstawie niektórych własnych spostrzeżeń.” Na wstępie omawia prelegent znaczenie odkrycia krętka bladego dla celów rozpoznawczych, szczepienia kiły na małpach i o ile te ostatnie zmieniły nasze zapatrywania na sprawę odporności i uodporniania przy kile. Próby serodyagnostyczne przeprowadzano początkowo również na zwierzętach. Prelegent objaśnia teoretyczne podstawy dla próby WASSERMANN'a, B. NEISSER'a i BRUCK'a t. j. wiązania komplementów (*Komplementbindung*). Okazało się, że zamiast substancji podstawionej specyficznej można użyć lecytyny. Użycie ostatniej pociągnęło za sobą wprowadzenie w kile prób precypitacyjnych, a więc pierwsi FORNET i SCHERESCHESKY, potem PORGES i MEIER w pracowni WASSERMANN'a.

Prelegent badał według przepisu PORGES'a 55 surowic, z tych 5 nie rozpatrzył, gdyż były wątpliwe co do obecności kily. Z 14-u przypadków, gdzie była niewątpliwie kila, 4-y dały strąć z lecytyną; z 16-u, gdzie kilę można było wykluczyć dało strąć 5 [w tem 2 gruźlice]. Widać więc z tego, że o specyficzności próby nie może być mowy. Zdolność więc surowicy do tworzenia z lecytyną strąców nie upoważnia do rozpoznania kily. Jeszcze mniej nadaje się próba KLAUSNER'a [0,2 surowicy, 0,7 wody dest.] lub próba z 20%_o-m alkoholem. Inaczej przedstawia się próba wiązania komplementów WASSERMANN'a. Tysiące prób świadczą, że występuje ona prawie wyłącznie w kile. Ujemną jej stroną jest to, że występuje znacznie rzadziej w przebiegu, gdy nie ma objawów kily. Danych prognostycznych i terapeutycznych próba ta nie daje, również nie rozstrzyga, czy osobnikowi dotkniętemu kilą wolno wejść w związki małżeńskie.

W dyskusyi podnosi prof. SIERADZKI, że toż, co o próbie WASSERMANN'a, można powiedzieć i o precypitacji, używanej w celach sądowo-lekarskich.

Dr FEUERSTEIN, który wkrótce przedstawi wynik swych badań nad sprawą serodyagnostyki przy kile, nie może się zgodzić na zupełne potępienie próby z lecytyną. Różnicę w wynikach prelegenta a innych być może spowodowały pewne niedokładności w technice t. j. niepełna zawiesina lecytyny i zbyt wysoki jej procent. Zawiesinę dobrą można trzymać przez rozpuszczenie lecytyny w eterze i dopiero następowe dodanie roztworu fizjologicznego soli.

Dr SELZER zauważa, że gdyby do pipety dostawał się osad, powstały wskutek nienależycie wytworzonej zawiesiny, musiałby prelegent mieć większą ilość wyników dodatnich.

Prof. KUCZERA uważa sprzeczne wyniki koll. BLUMENFELDA i FEUERSTEINA, choć otrzymane w jednym zakładzie t. j. higieny, za korzystną rzecz dla dalszego toku badań. Próby przedstawione prowadzą na nowe tory nieznanne. Próby te np. w medycynie sądowej uważano za bardzo specyficzne. Tu zaś bierzemy ciało w ustroju bardzo rozpowszechnione t. j. lecytynę, który miałaby okazywać pewien specyficzny stosunek do kily.

Dr BLUMENFELD w odpowiedzi kol. F. wyjaśnia, że zawiesinę wykonywał ściśle wedle przepisu PORGES'a i MAYER'a i podobnie, jak oni, w 0 2%_o.

Dalej zaznacza, że roztwór powinien się, o ile możliwości, sporządzać zawsze świeży.

Dr SZUMOWSKI wygłasza odczyt: Spór o amerykańskie pochodzenie kily [Rzecz przeznaczona do druku]

WITOLD NOWICKI.

Przegląd bibliograficzny.

ZYGMUNT KRAMSZYK. „Objawy kliniczne chorób oczu,” t. I str. 378. T. II str. 441, wydane z zapomogi Kasy MIANOWSKIEGO.

Dzieło stawia sobie zadanie czysto praktyczne. W tym celu autor zastosował odmienną, niż w podręcznikach, metodę wykładu przedmiotu. Ujął go w 6 okresów badania: I) opowiadanie chorego; II) z daleka; III) ku światłu;

IV) w oświetleniu bocznem; V) wziernikiem; VI) od światła. Takie ugrupowanie zjawisk chorobnych nadaje dziełu oryginalność, uwydatnia zaś wyższość tej metody wykładu nad przyjętym ogólnie systemem anatomo-patologicznym. Każdy dział zawiera sporo trafnych, na doświadczeniu opartych, uwag pomyślnie autora np. spostrzeżenia zachowania się i poruszania krótkowidzów i astygmatyków [str. 94—95]. Niejedna myśl pobudza do refleksyi i otwiera perspektywy na przyszłość [str. 356] przy rozstrzyganiu wątpliwości. Najobszerniejszy rozdział—ku światłu, III okres badania—obejmuje całą symptomatologię [str. 99—377 t. I] zaczawszy od skóry powiek, w systematycznie ułożonych podziałach, na zasadzie zewnętrznych oznak jak: wypuklenia powierzchni powiek, obniżenia powierzchni, zbroczenia barw, zbroczenia w linii rzęs i t. d. aż do badania dotykiem—wszystko to, co lekarz w gabinecie dostrzedz jest w stanie bez użycia instrumentów. Opis zjawisk choroby poprzedzony jest opisem normalnego wyglądu każdej okolicy. W kreślonych po mistrzowsku obrazach, z właściwą autorowi literacką swadą i poetycznością, przesuwają się każdy objaw plastycznie w słowach oddany, wspomina też autor o każdym szczególe ze ścisłością matematyka. Prawdziwie klasycznie opisuje krawędzie brzegu rzęskowego i powstania rozdwojenia rzęs [str. 284—292]—rzecz na pozór drobna, ale w praktyce okulisty jasne zrozumienie tych stosunków odgrywa nie dosyć ocenioną rolę. W poglądzie na zapalenia spojówki słusznie przemawia za usunięciem miana *trachoma* i zastąpieniem jej przez jaglicę (*folliculosis*), i zapalenie jaglicowe (*conj. follicul.*). O powstaniu zaś jaglicy str. 450 mówi: „Nie w przyczynie [uieznanej bakteryi], ale w organizmie, w budowie tkanki leżą przyczyny różnic postaci patologicznych.”

Niemniej drobniaczko w t. 2-m opisuje badanie przy oświetleniu bocznem—okres 4-ty, str. 1—137—a przeważają rozdziały o zaćmie, jaskrze i przyczynowym związku twardości gałki do zatkania zatoki okolnej. Słusznie żąda, aby lekarz chorych z częściową zaćmą nie straszył przedwcześnie operacją ku własnej chwale dyagnostycznej. Na str. 266 zwraca uwagę na nieład, istniejący w nazwach chorób, ujawniających się na dnie oka (*retinitis albumin*, *ret. pigment*, *sine pigmento*). „W samych postaciach, w wizerunkach, w zjawiskach szukać i znaleźć należy zasadę układu.”

Kto zna monografię autora: *Optometrya obiektywna* [wyciąg z Pamiętników Tow. nauk ścisłych w Paryżu, tom XI, 1878] łatwo domyślać się może, że wykład refrakcyi oka jasnością układu nie do życzenia nie pozostawia i w nowem opracowaniu. W każdej europejskiej literaturze lekarskiej dzieło KRAMSZTYKA byłoby zjawiskiem wielkiej wagi, osiągnęłoby popularność i popyt nie tylko u specjalistów i neurologów, ale u całej uczącej się młodzieży, dla której jest znakomitym przewodnikiem. Czy u nas tak będzie? W tej nadziei mamy prośbę do autora: aby zechciał wzbogacić literaturę opracowaniem monograficznym terapii i chirurgii okulistycznej.

— M. LIKIERNIK [Łódź].

Wiadomości bieżące.

— Polski Komitet dla IV Zjazdu lekarzy i przyrodników czeskich w Pradze przysłał odezwę następującą:

„W dniu 6—10 czerwca b. r. odbędzie się w Pradze IV Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich. Od samego utworzenia instytucji Zjazdów przyrodniczo le-

karskich w Polsce i w Czechach uczestniczyli prawie zawsze przedstawiciele nauki czeskiej w polskich, a Polacy w czeskich Zjazdach. Utrzymanie i wzmocnienie węzła, łączącego oba narody słowiańskie na polu kulturalnym, stało się dziś wzajemną potrzebą, a przyniósłszy już niejednokrotnie obopólną korzyść, w przyszłości jeszcze obfitsze rokuje owoce. Dlatego Komitet Polski ufa, że i tym razem lekarze i przyrodnicy polscy gromadnie popieszą do Pragi, by uczestniczyć w uroczystem święcie nauki czeskiej.

Udział w Zjeździe i tytuły zamierzonych wykładów zgłaszać należy wprost do kancelaryi IV Zjazdu lekarzy i przyrodników czeskich w Pradze (Vladislavova ul. 14.). Tam też przysyłać można wkładkę uczestnictwa w kwocie 10-u kor., lub składać ją w filiach „Zivnostenstego Banu”. Kancelaryja Zjazdu w Pradze przyjmuje zamówienia mieszkań i udziela wszelkich wyjaśnień.

Prezes: Prof. *Wicherkiewicz*.

— Wyszła z druku w drugim wydaniu broszura p. t. „Ciechocinek, jego czynniki lecznicze i urządzenia“, napisana przez dra FELIKSA ARNSTEINA, lekarza zdrojowisk w Ciechocinku“. Treść: Warunki przyrodzone, warunki higieniczne i sanitarne Ciechocinka. Czynniki i urządzenia lekarskie. Działalność czynników leczniczych na ustrój. Wskazania i przeciwwskazania. Leczenie różnych spraw chorobnych w Ciechocinku. Zachowanie się przy picciu solanki i przy leczeniu kąpielowem. Dział informacyjny. Ogólne przepisy i prawa. Str. 156. Cena rub. 1.

— Liczba słuchaczy medycyny na 6-u uniwersytetach w państwie austriackim wynosi 4036, z tego w Wiedniu 1898, w Krakowie 486, we Lwowie 258, w Gracu 350, w Pradze [wydz. czeski 551, niem. 305] w Insbruku 188.

— Fabryka J. D. RIEDEL'a wydała „Riedel's Berichte 1908“. W książce o 30-u blizko arkuszach zebrane są środki lekarskie, wprowadzone do medycyny w ciągu ostatnich lat 20-u. Cena książki 2 marki.

— ZMAREI: Dr. FELIKS RYMOWICZ w wieku lat 84 w Wiedniu. Dr. LEOPOLD HEIM, lekarz w Rudkach (Galicya) w wieku lat 45. Dr. LEONARD ORZECZOWSKI, w Tarnobrzegu (Galicya) w wieku lat 45.

O G Ł O S Z E N I E.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do wiadomości, że z legatu ś. p. dr med. Romualda Płaskowskiego udzielona będzie w roku bieżącym zapomoga pieniężna w kwocie 250 rb. dla delegata na jeden lub więcej zjazdów psychiatrycznych, jakie w tymże roku odbyć się mogą, czy to w kraju, czy też zagranicą. Delegat, w myśl woli testatora, obowiązany będzie po powrocie, w jaknajkrótszym terminie, złożyć Towarzystwu Lekarskiemu Warszawskiemu treściwe sprawozdanie naukowe, które następnie wydrukowane będzie w Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego. Prośby o powyższą zapomogę nadsyłane być mogą pod adresem Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego — ulica Niecała № 7 do dnia 6 czerwca r. b., z oznaczeniem zjazdu, na który kandydat pragnie wyjechać, z podaniem dokładnego swego adresu i wymienieniem zajęć lub prac swoich w dziedzinie psychiatrii.

Sekretarz Stały Towarzystwa *Dr. med. A. Sokołowski*.

Redaktor i Wydawca, Dr med. Jan Pruszyński.

Druk. K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.

Lecznica D-ra A. Tarnawskiego w Kosowie (za Kołomyją) w Galicyi

w południowo-wschodnich Karpatach z ciepłym klimatem,
otwarta od 1-go maja do końca października

Stacya kolei Zabłotów

Leczenie wodą, kąpielami powietrznymi, dyetą (szczególnie jarska, owocowa,) gimnastyką, i wogóle higiena — wskazane w cierpieniach przemiany materyi, kobiecych i przy wadliwości organizmu. 4—4

IWONICZ

ZAKŁAD KĄPIELOWO-ZDROJOWY I KLIMATYCZNY.

Stacya kolejowa w Galicyi.

Najsilniejsza szczawa siono-jodowo-bromowa. Oddawna stwierdzona jej skuteczność we wszystkich postaciach żółzów (scrofuloza) w chorobach kości, jamy nosowej, uszu, skóry i wogóle we wszystkich chorobach womagających przyspieszenie odnowy materyi. Leczenie ortopedyczne i masażowe, Inhalatorya systemu „Waldenburgera” i systemu „Clara”. Kąpiele w gorącym powietrzu systemu „Polana”, tudzież sztuczne kąpiele gazowe.

Lekarze zakładowi: **Docent Dr. Antoni Gabryszewski ze Lwowa i Dr. Julian Staniszewski z Krakowa**, tudzież 6 lekarzy wolnopraktykujących.

W sezonie I od 15 maja do 20 czerwca i w III od 20 sierpnia do końca września mieszkania znacznie tańsze. Uwolnienie od taksy na podstawie świadectw ubóstwa udziela się tylko w I i III sezonie.

Urządzenie zakładu wzorowe, oświetlenie elektryczne, wodociągi, kaplica, w której odprawia się codziennie Msza Św.

Zamówienia na mieszkania, wodę mineralną, sól, ług i muł przyjmuje i wszelkich wyjaśnień udziela *Dyrekcya Zakładu Zdrojowo-kąpielowego w Iwonicy.*

Dr. St. Benedykt Kwiatkowski

b. I asystent kliniki lekarskiej Un. Jag.

ordynuje od 1 Maja w

MARIENBADZIE, Haus Hamburg

15—3

W Kissingen (willa Elsa)

ordynuje w r. b.

Doc. Dr. med. Jerzy Modrakowski.

W roku 1907
18 tysięcy
kuracuzów
30 tysięcy
przyjeżdż.

OEYNHAUSEN

W roku 1908
otwarcie no-
wego
wspaniałego
kurhanzu

pod Hannoverem, 16 godzin od Warszawy.

Najznakomitsze gorące źródła kwasowęglowe przeciw
chorobom reumatycznym, serca i nerwów.

Podczas lata ordynuje jak zwykle

Dr Janta-Polczyński z Poznania.

Do miasteczka POROZOWA, gub. Grodzieńskiej potrzebny jest LEKARZ
wolonopraktykujący.

Wiadomość w miejscowej aptece

3—2

Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co.
ELBERFELD.

Aspirin

Aspirina

Najlepszy środek zamiast Salicylatów

Rp. Tabletki Aspiryny 0,5 g. № XX.
(Oryginalne opakowanie Bayera)

Salophen

Najłagodniejszy preparat salicylowy

Najlepszy w praktyce u dzieci,

bez zapachu i bez smaku, bez wszelkich wpływów ubocznych

SPECYFIK: przeciw grypie, nerwowym bólowi głowy (Migrena).

Tabletki Saloph. 0,5 g. Nr. X.
(Oryginalne opakowanie Bayera)

ENESOL

Arsenian salicylowy rtęci (nowa sól arsenowo-rtęciowa, rozpuszczalna, odpowiednia do wstrzykiwań)

Własności Enesolu

1-o Własności trujące nadzwyczaj słabe (70 razy słabsze niż własności trujące $HgCl_2$), które pozwalają przepisywać rtęć i arsenik w dużych dawkach bez ogólnych objawów nietolerancyi.

2-o ENESOL jest niebolesny przy wstrzykiwaniu: wstrzykiwania nawet w dużych dawkach są bardzo dobrze znoszone.

3-o Działanie lecznicze ENESOLU może być porównane z najlepszymi rozpuszczalnymi solami rtęciowymi. Łączy w sobie specyficzne działanie rtęci z działaniem dynamicznym arseniku.

ENESOL wydaje się w bańkach 2 ctm³, zawierających 0,03 Enezolu na 1 ctm³ (0,06 na bańkę).

Laboratorium Clin

F. COMAR & FILS & Cie, 20 ulica des Fossés S-t. Jacques, Paris.

Sprzedaż we wszystkich aptekach w Warszawie i Królestwa Polskiego.