

KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

I. Mors sub menstruatione ex anaemia.

PODAŁ

Józef Jaworski,

b. ordynator kliniki terapeutycznej w szpitalu św. Ducha.

(Dokończenie).

Czaszka woskowo-biała, przeświecająca; diploë — bezkrwista; w sinus falciformis — brak płynu. Opona twarda blada, perłowo-lśniąca. Opona miękka obrzmiała; naczynia prawie wcale się nie zarysowują. Istota szara mózgu — blada, zaledwie się wyróżnia swem żółto szarawem zabarwieniem — od istoty białej. Zwoje liczne, prawidłowe. Istota biała upstrzona drobnymi ciemnoczerwonymi kropkami, które się nie zmywają, a przy ucisku mózgu nie broczą krwią. Takie same wybroczyny znajdujemy w mózdzku i w zwojach podkorowych. Komórki, nieco rozszerzone, zawierają płyn bezbarwny, wodnisty w niewielkiej ilości. Po otwarciu kanału rdzeniowego, wypływa zeń w części lędźwiowej dość znaczna ilość płynu bezbarwnego, wodnistej. Sam rdzeń zupełnie biały prócz czerwonych plam w części lędźwiowej, leżących pod oponą miękką i nie zmywających się; istota korowa żółtawa zaledwie się wyróżnić daje na przekroju poprzecznym.

Tkanki tłuszczowej ilość wogóle nie znaczna; skóra blada, w okolicy dołka i na udach pokryta czerwonymi kropkami. Lewe płuco wolne, prawe zrosnięte z opłucną ścienną za pomocą licznych łatwo rozrywalnych zrostów, obadwa płuca ciastowate, bardzo bla-

de; na przekroju obficie broczą płynem drobno-pęcherzykowym, barwy słomkowo-żółtej.

W osierdziu około 8,0 grm. płynu żółtawego; serce w roskurczu, nieco powiększone w poprzecznym wymiarze; mięsień wiotki, miejscami wyraźnie stłuszczone, barwy brunatnej (gotowanego mięsa) z żółtymi prążkami; zastawki gładkie, lśniące, elastyczne; wymiar naczyń: tętnica płucna—63 mm.; aorta u wyjścia zaledwie 51 mm.; na wysokości tripus Halleri—30 mm.; aorta nie przepuszcza wskaźnika w łuku; ścianka jej cienka; wewnętrzna powierzchnia usiana licznymi biało-żółtawymi punkcikami, wystającymi nieco nad poziom; skrzepy obfite, wszędzie czerwono-żółte.

Jama brzuszna: opuszczenie trzewiów — gastro-entero-nephroptosis. Żołądek więcej pionowy; krzywizna wielka na 4—5 ctm. niżej pępka; krzywizna mała niżej nieco górnego brzegu trzustki; odźwiernik przymocowany do dolnego brzegu wątroby; poprzecznicą i flex, hepatica opadnięte na 6 ctm. niżej dolnego brzegu wątroby i krzywizny dużej żołądka w prawej połowie jamy brzusznej; nerka prawa nieco ruchoma. Błona śluzowa żołądka blada, gładka, lśniąca; w części odźwiernikowej — wybroczyny podśluzowe. Błona śluzowa kiszek posiada te same cechy. Otrzewna blada. Śledziona zrosnięta z żołądkiem, blada, mięka; wątroba blada, brunatno-żółta, o budowie wyraźnej. Nerki nie powiększone, bardzo blade, bezkrwiste; przekrój matowo lśniący.

Macica mała, 5 cent.; ściany jej dosyć cienkie, blade. Błona śluzowa macicy znacznie ścieńczała; powierzchnia błony śluzowej wyściełającej trzon i szyję maciczną, pokryta krwawym śluzem w niewielkiej ilości, gładka, blada, ścieńczała; ściany maciczne na przekroju gładkie, jednolite, woskowo-żółte. Hymen adest. Błona pochwy szyfrowo-szara. Jajowody wydłużone, rozszerzone i powijane; otwory wewnętrzne zatkane (obliterowane), zewnętrzne zrosnięte z otrzewną miednicy. Lewy jajowód na końcu zewnętrznym tworzy guz kulisty, twardy, wielkości orzecha włoskiego, zawartość guza stanowi skrzep krwi, czerwony, zbity. Prawie cały jajowód prawy, na przebiegu skręcony jak koncha ślimaka, jest wypełniony płynem gęstawym, nieprzezroczystym, bezwonnym. W obu jajnikach, w każdym po jednym pęcherzyku Graffa wielkości orzecha laskowego.

Rozpatrując przebieg choroby i wyniki badania pośmiertnego, przychodzimy do wniosku, iż w danym przypadku mieliśmy do czynienia z niedokrwistością resp. z blednicą, której przejawem, między innymi, była właśnie bardzo obfita miesiączka (*menstruatio profusa*). J a c c o u d ten rodzaj niedokrwistości określa, jako „blednicę men-

strualną,⁷ wówczas gdy Trousseau wprost ją nazywa *chlorose menorrhagique*.

Nie wchodząc na teraz w teorye, roztrząsające wzajemny stosunek błednicy do miesiączki, z badania pośmiertnego przypadku naszego widzimy, że we wszystkich narządach były oznaki niezmiernie silnej niedokrwistości. Wszystkie narządy były bardzo blade, prawie odbarwione. Oprócz tego, znajdowały się liczne drobnutki wylewy krwawe: pod błoną śluzową, na osierdziu, pod skórą, wreszcie w mózgu. Jednem słowem, oznaki te wskazywały na ciężką postać niedokrwistości, wybroczyny zaś krwawe mogły także nasuwać myśl jakiegoś zatrucia. Zmiany takie widziałem w przypadku t. zw. choroby Werlhof'a, która powstała pod wpływem trujących wyziewów¹⁾.

Oprócz tych zmian uderzającym także zjawiskiem u naszej chorej był niedostateczny rozwój układu tętniczego i serca, wogóle, *hypoplasia* naczyń. W przypadku naszym podane wyżej cyfry, dokładnie wskazują na ten niedorozwój układu naczyniowego: wymiar tętnicy płucnej wynosił wszystkiego 65 mm.; aorty u wyjścia 50 mm.; a w łuku — nie przechodził wskaziciel. Dla porównania tych wymiarów z przeciętnymi nadmienię, że podług Schiele-Wiegand'a²⁾ tętnica płucna ma 7,36 cent. (obliczenia w cent.), aorta wstępująca 6,82 cent.; aorta zstępująca 5,33.

Co do narządu rodnego, to badanie pośmiertne stwierdziło rozpoznane za życia cierpienie jajowodów. Badany pod drobnowidzem skrzep krwi, wydobyty z lewego jajowodu, nie wykazał śladów kosmków. Kosmki, podobnie jak i badanie w tym kierunku krwi wypływającej z macicy, pozwoliły na wykluczenie ewentualności, że w danym przypadku mieliśmy do czynienia z ciężką jajowodową. Zresztą, przeciwko ciąży zamacicznej przemawiał brak całego szeregu objawów, właściwych powstawaniu i przebiegowi tego stanu. Zakończając opis badania pośmiertnego, nadmienię, że gęstawa zawartość prawego jajowodu okazała się jałową.

Przechodząc do odnośnych spostrzeżeń innych autorów, wymienić mogę zaledwie kilka. Prochownik³⁾ podał opis przypadku śmierci, spostrzeganej przy pojawieniu się przedwczesnej mie-

¹⁾ Józef Jaworski. Włóknikowe zapalenie płuc, chorobą Werlhof'a powikłane. Kronika Lekarska, 1892. Toż samo w Wien. Med. Presse, 1893.

²⁾ Valerie Schiele-Wiegandt aus Zürich. Ueber Wanddicke und Umfang der Arterien des menschlichen Körpers Virchow's Archiv. T. 82, 1. p. 27, 1880, a także artykuł Bencke'go. T. 83, p. 116.

³⁾ Fall von Menstruatio praecox mit Sectionsbericht. Archiv f. Gynäk. XVII, p. 330.

siączki, t. z. *menstruatio praecox*. Do tej kategorii zaliczyć należy wypadki: Kornfeld'a¹⁾ i Diamant'a²⁾. Nie interesują jednak one nas bezpośrednio. Otóż, Prochownik w przypadku swoim znalazł macicę większą, niż wskazywał wiek zmarłej, zmiany w niej—właściwe spotykany w prawidłowej macicy po miesiączce; jajniki powiększone i ze śladami minionej owulacji.

Drugie spostrzeżenie, mające wiele cech wspólnych z naszym, należy do Przewoskiego³⁾. Tutaj również osoba 23 letnia, niezamężna, z powołania służąca, zmarła podczas miesiączki z powodu niedokrwistości. W 19-ym roku życia zaczęła miesiączkować, peryody były stałe typu 4—5, ilość odchodzącej krwi nie była

IV

obfita. Wzrost chorej był średni, budowa dosyć dobra, skóra cienka, blada, tkanki tłuszczowej podskórnej ilość mierna. Na rok przed śmiercią bladość chorej zaczęła się powiększać i siły jej znacznie się zmniejszyły. Dopiero na trzy tygodnie przed śmiercią zwykły peryod, zacząwszy się w należytym czasie, zamiast się skończyć po 4 do 5 dniach, przeszedł w ciągłe krwawienie maciczne. Przez całe te trzy tygodnie chora pomimo krwawienia nie udawała się do nikogo po radę i nie przestała ciężko pracować, jakkolwiek kilkakrotnie wśród pracy mdlała. Dopiero podczas jednego z takich zemdleń, lekarz, znalazłszy objawy niedokrwistości ostrej, odeśłał ją do szpitala, gdzie po krótkim pobycie zmarła.

W ostatnich dniach pojawiło się u niej krwawienie z nosa, a nadto nieco petechialnych plam na skórze brzucha i lekkie wahania gorączkowe. Na trupie znaleziono we wszystkich narządach oznaki niezmiernie silnej niedokrwistości. Serce stosunkowo małe, cienkościenne, o mięśniu bladym i miejscami wyraźnie tłuszczonym. Aorta bardzo wązka. Ściany jej cienkie, mocno rozciągliwe. Taka wązkość światła i cienkość ścian uderzała i w innych tętnicach. W świetle jajowodów miejscami skrzepy krwi. Macica dosyć mała, ściany jej cienkie, blade. Do swobodnej powierzchni błony śluzowej trzonu i szyi macicy przylega przyżyciowy, twardy skrzep krwi, który mocno rozciąga całą jamę trzonu i szyjki macicy i ku dołowi w postaci okrągłego, szaro-czerwonego tworzu zapelnia całą górną połowę pochwy. Rozciągnięcie jamy trzonu i szyjki macicy jest tak znaczne, że kanał szyjki macicy przepuszcza wielki palec. Błona dziewicza nie naruszona⁴⁾.

1) *Menstruatio praecox bei einem 3 jährigen Kinde*. Centr. f. Gynäk. 1888, 19, p. 305.

2) *Diamant. Frühzeitige Menstruation*. Internat. klin. Rundschau 1888, 40.

3) *Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego*. T. XC. Z. III.

4) W protokule z posiedzeń Warsz. Tow. Lek. X. XC, znajduję wiadomość o analogicznym przypadku do miesiączki śmiertelnej. Vice-prezes So-

Dwa ostatnie, znane mi spostrzeżenia, dotyczące śmierci wskutek nieprawidłowej miesiączki, opisał Rakiejew¹⁾. W pierwszym z dwóch przypadków tego autora, śmierć nastąpiła w tych samych okolicznościach i w tych warunkach, co w przypadku moim i Przewoskiego. Dziewczyna 15 letnia, z rodziny zdrowej, już przy pierwszej miesiączce, wskutek wielkiej utraty krwi wpadła w stan zemdlenia. Druga miesiączka, znacznie mniejsza, trzecia wystąpiła znów z taką siłą, iż chora tej utraty krwi nie przeniosła i, pomimo pomocy, w 34 godziny po przywiezieniu do szpitala, wskutek niedokrwistości zmarła.

Badanie pośmiertne (tylko narządów jamy brzusznej) wykazało, nadzwyczajną błądź wszystkich mięszszowych narządów jamy brzucha, a także błony śluzowej przewodu pokarmowego i macicy. Ponad tę błądź w samej macicy, jajnikach, jajowodach, nic patologicznego nie znaleziono.

Drugi przypadek, dotyczący 16 letniej dziewczyny, zdaniem mojem, znacznie odbiega od powyżej opisanych. I tutaj nastąpiła śmierć podczas miesiączki, 18 dni trwającej, lecz jednocześnie, a także i poprzednio, chora miewała częste i silne krwawienia z nosa i dziąseł (silny krwotok z dziąseł także w szpitalu). Oprócz tego wypływająca krew posiadała silną woń. Chora, gorączkowała (38° C.) Zmarła w 13 dni po przybyciu do szpitala. Badania zwłok nie robiono. Chora ta, o ile wnosić można z opisu, podlegała krwawicze, a i skorbutu, lub jakiegoś zakażenia w tym przypadku wykluczyć nie można.

Silne krwawienie miesięczne, a nawet międzymiesięczkowe krwotoki maciczne t. z. régles surnuméraires, jak wiadomo, pojawiają się u osobników, pochodzących z rodziny krwawców, a również u osób, ulegających zakaźnym sprawom chorobowym.

Obserwacya moja i L. Nenckiego²⁾, gdzie przy zakażeniu karbunkułowem, właśnie takie krwawienie maciczne wystąpiło, służyć może za przykład pod tym względem.

kołowski przytacza, że łącznie z kol. Tomaszewicz-Doborską, Borysowiczem i Neugebauerem obserwował chlorotyczkę, która miewała długie i obfite miesiączki. Podczas miesiączki trwającej 12 dni, chora zaczęła niezwykle blednąć, wówczas poddano badaniu narządy płciowe, lecz nic nieprawidłowego w nich nie znaleziono. Chora ta po niedługim czasie, przy coraz wyraźniejszej niedokrwistości, zmarła. W żadnym z narządów za życia zmian nie znaleziono, a krew badana nie wskazywała na leukemię.

1) Żurnal akuszerstwa i żeńskich bolezniej. T. X, 1896.

2) J. Jaworski i L. Nencki. Zakażenie karbunkułowe pod postacią choroby Werlhof'a przebiegające. Gazeta Lekarska, 1894. Toż samo w Münchener Med. Wochenschrift, 1894.

W opisywanym przypadku, a również i w trzech innych (P r o c h o w n i k a, P r z e w o s k i e g o, R a k i e j e w a) przyczyna podobna, t. j. sprawa zakaźna lub zatrucie, wywołujące zmiany w całej masie krwi, nie istniała, również nie było tutaj przyczyn ogólnych, od których powstawać może przekrwienie bierne lub czynne w narządach miednicy (guzy jamy brzusznej, wady serca etc.), zaś stan patologiczny adnex'ów, znaleziony u naszej chorej, nie sędzę, aby mógł wogóle wpływać na zwiększenie się krwawień miesięcznych, i w dodatku w tym stopniu, jak to widzieliśmy. Chora, obserwowana przez nas, była chlorotyczką, że powołam się tylko, na powyżej opisane zjawiska w sercu, a także na opuszczenie trzewiów (teorya M e i n e r t a) etc. Ta blednica, zwiększająca się pod wpływem częstych i obfitych, a stale powtarzających się utrat krwi, przeszła w końcu w ciężką niedokrwistość, co i badaniem samej krwi stwierdzonem zostało, i zakończyła się śmiercią. Powstawanie na tej drodze blednicy, która pod względem klinicznym, nie różni się od niedokrwistości, stało się, jak wiadomo, punktem wyjścia teoryj ¹⁾, mających na celu wyjaśnienie stosunku rozwoju płciowego u kobiety, resp. pojawienia się miesiączki, do tak częstego właśnie w tym okresie życia kobiety, cierpienia, jakim bywa blednica.

Zdaniem H o f f m a n n ' a ²⁾ żadna teorya powstawania blednicy niema racji bytu, jeżeli nie uwzględni stosunku tej choroby do okresu rozwoju płciowego kobiety. Mianowicie, wzrastanie jajników drogą odruchową, według niego, może wywoływać cały szereg zaburzeń, wiodących do niedokrwistości.

Zbliżony pogląd wypowiada J a c c o u d ³⁾. Zastanawiając się nad przyczynowością blednicy, wyraża się on dosadnie i obrazowo, gdy mówi: nie będzie może zbyt śmiałem, jeżeli powiemy, że ustrój kobiety zostaje niejako złupionym przez jajniki, które rozpoczynają swe czynności fizyologiczne. Jasnem, a prostem jest tłómaczenie D u n i n a ⁴⁾ powstawania blednicy. Pierwotnem ogniwem w rozwoju blednicy, zdaniem jego, jest ukazanie się miesiączki. Mamy tu to, mówi on w swym odczycie, co u zwierząt, którym robimy częste choć małe upusty krwi: tą drogą osiągamy daleko wyższe stopnie niedokrwistości, aniżeli po bardzo silnym, ale jednorazowym upuście.

¹⁾ Omówienie tych teoryj znajduje się w pracy S. Klejna: Istota i leczenie blednicy, Medycyna 1895, a także w świeżo wyszłej pracy E. Biernackiego: Określenie blednicy. Nowiny Lekarskie Nr. 8, 9, 1896.

²⁾ A. Hoffmann. Lehrbuch der Konstitutionskrankheiten, 1893.

³⁾ S. Jaccoud. Wykład patologii szczegółowej. T. III, 1884.

⁴⁾ T. Dunin. O stanach anemicznych, odczyty kliniczne. T. VII, Z. 2, 1895.

Licząc się z faktami, nie można odrzucać i teorii Virchow'a, który, jak wiadomo, wskazuje na właściwość anatomiczną typowej blednicy. Jest nią *hypoplasia* wogóle, a układu naczyniowego w szczególności. Ten niedostateczny rozwój naczyń dotyczy najgłówniej aorty, której średnica bywa bardzo małą, a wszystkie trzy błony jej ścian bardzo cienkie. Często w parze z tem idzie zwyrodnienie tłuszczowe błony wewnętrznej, a już rzadziej i błony średniej.

Nie wchodząc na tem miejscu w rozbiór szczegółowy tych teoryj, sądzę, iż bynajmniej nie wykluczają się one wzajemnie, lecz jedna może być uzupełnieniem drugiej. Dla tego wydaje mi się usprawiedliwionem przypuszczenie, że zaburzenia w miesiączkowaniu w tym stopniu, jak u naszej chorej, nie są cierpieniem przypadkowym, lecz związanem z ustrojem. Skłonny nawet jestem poczytywać podobne przypadki za blednicę wrodzoną z zejściem śmiertelnem.

II. Rak odbytnicy.

NAPISAŁ

D-r Kazimierz Niedzielski.

(Ciąg dalszy).

Gdy obecność raka w odbytnicy została stwierdzoną, zachodzi wówczas pytanie, czy przypadek nadaje się do operacji, lub nie. Jeżeli, na nieszczęście, sprawa nowotworowa posunęła się już nader daleko i wytworzyła z poblizkimi narządy zrosty rozległe, jeżeli charłactwo chorego jest już nader wybitne, a prawdopodobieństwo przerzutów w innych częściach ustroju wielkie, nie czas jest myśleć wówczas o rezeceji jelita, której wykonanie w warunkach powyższych musi być, z istoty rzeczy, bezowocnem. I w tym jednakże razie chirurg wiele zdziałać jeszcze jest w stanie dla ulżenia doli chorego i zmniejszenia cierpień. Przedewszystkiem tedy zaleca się w owych przypadkach rozpaczliwych wyskrobanie według G. Simon'a znajdujących się w stanie rozpadu mas rakowatych łyżką ostrą, co skutecznie należy energicznie,

nie oszczędzając guza, poczem po starannem przemyciu kiszki roztworem kwasu borowego, pole operacyjne przypalili żegadłem Pacquelin'a obficie, wreszcie wypełnić dolny odcinek odbytnicy gazą wyjałowioną lub jodoformową, zmienianą przez czas dłuższy codziennie. Operując w ten sposób, otwieramy wygodną dla kału drogę i powstrzymujemy do pewnego stopnia rozwój spraw rozpadowych. Zabieg ten wskazany jest również i przy nawrotach tam, gdzie rezekcja wtórna dla jakichbądź przyczyn nie może być wykonaną; jest zaś o wiele właściwszym od rękoczynu Vernouil'a ¹⁾, rozwalenia całej ściany tylnej jelita stolcowego żegadłem (rectotomie linéaire). Na równi z leczeniem chirurgicznym zwracać wypadnie uwagę na podtrzymanie sił chorego wzmacniającą dyetą odpowiednią; należy więc dawać pokarmy posilne i nie wytwarzające dużych ilości kału: mleko, jaja, mięso, unikając jarzyn (kartofli), jak również znacznej ilości pokarmów mącznych i chleba. Napoje wyskokowe pożądanymi są tu bardzo. W razie zaparcia, pożytecznym będzie stosowanie łagodnych środków czyszczących oraz ławatyw, przy bólach—czopków z morfiny, makowca lub belladonny. Z uwagi na istniejące odchody posokowate, zaleca się utrzymywanie odbytnicy w możliwie największej czystości, a dla osiągnięcia celu powyższego, trzeba wykonywać przemywanie jelita kilka razy dziennie 2½% roztworem kwasu borowego, 1% nadmanganianu potasu, lub octanem glinu 5:100 (łyżka stołowa na szklanke wody letniej). Déspres ²⁾ stosuje z powodzeniem w tych razach petroleum pod postacią zastrzykiwań podskórnych, wstrzykiwań lub okładów, które tłumią zapach niemiły, wywołują odpadanie części, dotkniętych zgorzelą, działają nadto na powierzchnię owrzodzeń osuszająco. Tam, gdzie zaparcie usunąć się nie da za pomocą środków wyszczególnionych, nie należy zwlekać z wykonaniem odbytu sztucznego na okrężnicy zstępującej lub lepiej jeszcze na kątnicy esowatej, gdzie też obecnie zabieg ten podejmuje się powszechnie. Dzięki operacji powyższej nie tylko toruje się kałowi drogę na zewnątrz, lecz i zabezpiecza odbytnicę od ustawicznego drażnienia, wskutek czego bóle zmniejszają się, sprawy rozpadowe nie idą tak szybko, a operowany, w razie najgorszym, ma zapewnione kilka miesięcy, czasem zaś i wiele więcej wegetacji znośnej.

Chorzy z odbytem sztucznym powinni na jego miejscu nosić dobrze przymocowaną klapkę kauczukową, wewnątrz wydrążoną

¹⁾ Esmarch. Handbuch der kriegschirurgischen Technik, 1893.

²⁾ Cbl. f. Gn. 93, 48.

niec i wypełnioną w zagłębieniu swem gazą lub watą, wchłaniającą wilgoć; prócz jaknajprawidłowszego wzoru życia chorzy przyzwyczajając się powinni do oddawania wypróżnień codziennie rano, dalej zalecić należy obfite co rano i wieczór przemywanie otworu wodą zimną, która obok swego znaczenia higienicznego, zapobiega wypadaniu błony śluzowej kiszki na zewnątrz. Nie trzeba dodawać, że ową płytkę kauczukową zastąpić można opatrunkiem zwykłym, który jednak bardziej jest mozolny. Jeżeli wreszcie kał pozostaje nagromadzonym poniżej odbytu sztucznego i wywołuje bolesne wydymania, przemywa się wówczas wodą odbytu fizyologiczny i sztuczny jednocześnie. Tyle więc lekarz działać jest w możności w przypadkach, pozornie będących bez ratunku i wyjścia.

Daleko wdzięczniej przedstawia się zakres działalności lekarskiej tam, gdzie o pomoc zgłoszono się stosunkowo wcześniej, gdzie niewielkie, co do przestrzeni, rozszerzenie się raka i zasób wystarczający pozostałych choremu sił żywotnych czynią usprawiedliwionem zupełnie przedsięwzięcie operacji poważnej, jaką jest wyluszczenie nowotworu w związku z wycięciem odbytnicy częściowym. Zrozumiałem jest łatwo, że nie chodzi tu jedynie o przypadki proste, wolne od jakichkolwiek bądź powikłań te ostatnie; bowiem, dzięki obmyślanym świetnie metodom rezekcyi, unicestwia się drogą operacji zupełnie.

Jeżeli ma się do czynienia z rakiem odbytnicy niewielkim, ograniczonym ściśle, mającym do tego szczyt długą i umiejscowionym w pobliżu odbytu, słowem, jeżeli operuje się w warunkach idealnych, po gwałtownem w narkozie rozszerzeniu odbytu, nowotwór należy wyciągnąć za pomocą klampów na zewnątrz i wyciąć go w granicach tkanek zdrowych. Po dokładnem zatamowaniu krwawienia ranę zaszywa się doszczętnie, jeżeli można, w kierunku poprzecznym, by uniknąć w przyszłości możliwego w końcu dolnym jelita zwężenia. Gdy jednak, co zdarza się najczęściej, guz znajduje się dość wysoko ponad wylotem jelita stolcowego i posiada wymiary znaczne, należy wykonać rezekcyę kiszki, sposobem najbardziej w danych warunkach odpowiednim, co jest tem łatwiejsze, im bardziej okalająca ją tkanka łączna jest zdrowa.

Lubo dziś żaden z chirurgów rachować się nie będzie ze stosunkiem położenia raka do otrzewny, czem do niedawna jeszcze krępowano się najbardziej, i, ufny w operowanie bezgnilne, otwory ją śmiało, to jednak tam, gdzie konieczność ta może być ominiętą, lepiej jest jamę otrzewnową oszczędzać. Wiadomo, iż zmarzeczka *Douglass'a* opuszcza się ku dołowi najwięcej na ścianie odbytnicy przedniej, należy więc określać ściśle granicę guza z tej strony. Miejsce, dokąd tu sięga otrzewna, podlega wahaniom znacz-

nym, co zależy od stopnia wypełnienia pęcherza, opuszczenia pochwy lub macicy, obecności na niej guzów i t. p. U mężczyzny otrzewna, licząc od końca odbytnicy, zatrzymuje się na odległości mniej więcej 6 — 11 ctm., u kobiet wabania te bardziej są jeszcze znaczne i granica pozostaje między 4 — 16 ctm., t. j. na poziomie granicy górnej ściany pochwy tylnej. Na tejże ścianie jelita stolcowego rak sięgać może daleko wyżej, pomimo to możliwym jest do wyłuszczenia bez otwarcia otrzewny. Pamiętać wreszcie należy o ważniejszych podsuwających się podczas operacji pod nóż naczyńiach, do których należą: tętnice odbytnicowe dolne (aa. haemorrhoidales inferiores), t. poprzeczna krocza (a. transversa perinei), odbytnicza średnia, gałąź powierzchowna tętnicy sromnej wewnętrznej (ramus superf. a. pudendae int.) oraz gałązki tętnicy odbytnicowej górnej; te ostatnie krwawią po zranieniu potężnie.

Odpowiednie do rezekcyi przygotowanie chorego jest niezbędne. Prócz otrzymania środka czyszczącego, osobnik mający być operowanym, czas jakiś pozostawać musi na dyecie wyłącznie mlecznej; rano i wieczór przemywa mu się odbytnicę roztworem kwasu borowego, po przemyciu zaś, tamponuje paskami gazy jodoformowej. Za najwłaściwsze uważa się dziś postępowanie takie: wobec niemożności oczyszczenia, jak należy, jelita stolcowego, na dni kilka lub kilkanaście przed ostatecznem usunięciem guza wykonywa się w okolicy pachwinowej lewej na kątnicy esowatej odbytu sztuczny według sposobu *Madelung'a*, przyczem odcinek dolny kiszki, zaszyty na głucho, opuszcza się z powrotem do jamy miednicowej. Przemycie kiszki dokładne jest już potem rzeczą do wykonania dostępną. Po upływie dni kilku, rezekuje się wykluczony odcinek dolny jelita lub nawet usuwa się go zupełnie którymkolwiekbądź ze sposobów, wyszczególnionych poniżej.

Jedną z pierwszych, jeśli nie pierwszą, rezekcyę odbytnicy z przyczyny raka tejże wykonał chirurg francuski *Faget* w dniu 9 Czerwca 1739 roku. *Faget* wyciął blisko 1.4 cala obwodu kiszki stolcowej, poczem, jak głoszą pamiętniki, zdziwiła go najbardziej ta okoliczność, że operowany był w stanie oddawać i zatrzymywać stolce prawidłowo, jakkolwiek cały niemal zwieracz padł ofiarą zabiegu. Mniej pod tym względem szczęśliwymi byli późniejsi operatorowie francuscy, jak np.: *Lisfranc*, *Nélaton*, *Chassaig'nac*, *Richet*, *Pinault* i inni.

Nie leży bynajmniej w zamiarze moim opisywanie po szczególe każdego z wykonywanych sposobów rezekowania odbytnicy; chirurg bowiem znalazłby w pracy takiej powtórzenie znanych mu już o wiele lepiej skądinąd rzeczy, lekarz zaś nie specjalista odszuka, gdy ma chęć po temu, dane techniczne w każdym z wię-

kszych podręczników chirurgii. Wspomnę jedynie, dla uzupełnienia całości, pokrótce o sposobach ważniejszych, uwzględniając je w chronologicznym, o ile mogę, porządku.

Metody dawniejsze dziś właściwemi są tylko przy operowaniu raków odbytnicy, mieszczących się nisko; tu więc przedewszystkiem wymienić wypadnie: a) sposób *Lisfranc'a*, według którego dokoła odbytu prowadzi się cięcie koliste, rurkę kiszkową oddziela od tkanki okołodobytnicowej, a po przecięciu mięśnia dźwigaacza odbytu, ściągnięciu nowotworu ku dołowi oraz wysunięciu odłuszczonej części кишки wraz z guzem na zewnątrz, tę ostatnią odcina się poprzecznie powyżej granic zwyrodnienia. *Mussa* ulepszył sposób powyższy, zalecając ściągnąć, ile się da, zdrową błonę śluzową кишки ku dołowi i przyszyć ją do skóry, dzięki czemu niebezpieczeństwo zapalenia tkanki miednicowej łącznej staje się o wiele mniejszem, a jeśli szwy trzymają dobrze, otrzymuje się otwór stolcowy, dość do odbytu podobny. Od przodu operować należy ostrożnie, aby nie zranić cewki, przy oddzielaniu zaś od pochwy—operować pod przewodnictwem palca. W razie zajęcia gruczołów wewnątrzmiędnicowych, te ostatnie usuwa się wraz z podścieliskiem łącznotkankowym, w którym one znajdują się. Jeżeli rak zajmuje jedną tylko ścianę jelita, wycina się go w tkankach zdrowych, oszczędzając przytem resztę кишки. Sposób powyższy, technicznie łatwy, wytwarza ranę lejkowatą, dającą miejsca niewiele, przyczem odbyt i część większa zwieracza muszą być poświęcone, co jest niewłaściwem w razie braku w tychże zwyrodnienia rakowatego; ztąd i nadzieje na prawidłowość wypróżnień się małe, lub niekiedy, bądź wskutek marszczenia się rany bliznowatego, bądź dzięki działaniu okrężnych włókien mięsnych, następuje zwężenie, pozwalające operowanemu zatrzymać kał twardy, przepuszczające zaś płynny jedynie i wiatry. Po zagojeniu zaleca się noszenie na odbytnicy wacika uciskającego i opaski, aby zapobiedz wypadnięciu кишки. Sposobem tym usunąć można 5—6 ctm. jelita.

b) *Denonvilliers* ułatwił odwarstwienie кишки, dodając do cięcia kolistego *Lisfranc'a* cięcie środkowe tylne. To ostatnie *Verneuil* przedłużył aż do kości ogonowej, którą rezekował w niektórych przypadkach dla uzyskania większego pola operacyjnego. Sposób obu tych chirurgów czyni możliwem wycięcie raków, sięgających wyżej.

(C. d. n.).

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Chirurgia.

367. D-r Paul Poirier. **Rezekcyja zwoju Gasser'a.** (*Le Progrès Médical. Nr. 33, 1896.*)

D-r Poirier wykonywał rezekcyę zwoju półksiężycowego (ganglion semilunare seu Gasseri) bądź na chorych, bądź na trupach i na mocy swych 25 prób doszedł do wniosku, że zabieg ów nie przedstawia trudności poważniejszych, jeżeli tylko operujący posiada dokładnie stosunki anatomiczne, dotyczące dołu skroniowego, skrzydlasto-szczękowego oraz okolicy średniej podstawy czaszki. Rezekcyja tak, jak ją wykonywa autor, różni się nieco od metod, używanych zwykle w tym razie. Przedewszystkiem tedy należy wykrajac odpowiedni płat skórny, t. j. rozpocząc cięcie na guzowatości licowej i, prowadząc je w kierunku pionowym ku górze aż do miejsca zetknięcia się wyrostków oczodołowych kości licowej i czołowej, zawrócić cięcie przez skroń poziomo, poczem poprowadzić je ku dołowi znowu pionowo w bruzdzie przedusznej aż do skrawka (tragus). Cięcie to podobnem jest do głoski „u” wywróconej, której gałęź przednia opuszcza się ku dołowi, bardziej niż tylna.

Po wykrajaniu płata, zawierającego przyczep mięśnia lico-wego wielkiego, obnaża się powięź skroniową, wyrostek licowy i oddaloną odeń na 1 ctm. ku dołowi część górną ślinianki przyusznej, którą oszczędzać wypadnie. Powięź tę przecina się po wywróceniu płatu w kierunku kąta zuchwy, jak również i tętnicę skroniową średnią; aby ułatwić sobie przepiłowanie kości licowej w kierunku jej osi pionowej, pod wyrostek kości oczodołowy zakłada się zgłębnik rowkowy i przepiłowywa tę ostatnią piłką małą, trzymaną do kości pionowo; wyrostek licowy przecina się nożycami kostnymi skośnie, co ułatwia lepszy w głąb' dostęp, przyczem należy wystrzegać się otwarcia stawu skroniozuchwowego (artic. temporomaxillaris). Długość wypiłowanego kawałka kości nie przenosi 4 ctm.; należy go wraz z mięśniem zwaczem odsunąć na zewnątrz i na dół, poczem odcinek zuchwy dziobiasty (proc. coronoideus) odciąć wraz z przyczepionem doń ścięgnem mięśnia skroniowego i odsunąć ku górze; tętnicę szczękową wewnętrzną podwiązuje się w razie potrzeby. Jamę skroniową oraz widoczny na powierzchni zewnętrznej czaszki skrzydła wielkiego kości klinowej — grzebień skroniowy, tworzący wraz z kością tej nazwy sklepienie dołu skrzydlasto-szczękowego, oczyszcza się skrobaczką kostną, a po wytam-

ponowaniu dokładnem pola operacyjnego, z tyłu od brzegu tylnego blaszki zewnętrznej wyrostka skrzydlastego, dochodzi się do dziurki owalnej, skąd wychyla się pień różowawy t. j. nerw żuchwowy (ramus inframaxillaris), okolony żyłkami i tkanką łączną. Znajdująca się ku tyłowi i nieco na zewnątrz dziurka okrągła (for. rotundum) wraz z przebiegającą tamże tętnicą oponową średnią (a. meningea media) służyć tu może za wskazówkę dla operującego. Za pomocą ostrego dłuta otwiera się teraz jamę skroniową, przyczem wystarcza zupełnie otwór, szeroki na 3, długi na $2\frac{1}{2}$ ctm.; tejże szerokości wyłom, stanowiący ciąg dalszy poprzedniego i zawierający w sobie dziurkę owalną wybić należy w dole klino-skroniowym (fossa sphenotemporalis s. pterygo-maxillaris). Po wyrównaniu brzegów powstałego otworu kostnego i oddzieleniu twardej opony mózgowej, pokrywającej zraz klino-skroniowy, ten ostatni należy nader ostrożnie unieść ku górze, co autor wykonywa wynalezionym przezeń narzędziem—*écarteur malléable*—poczem nie trudno jest już obnażyć zgłębnikiem rowkowanym powierzchnię czaszkową zwoju Gasser'a, wraz z górną gałęzią szczękową (n. supra-maxillaris), a niekiedy i oczową (ramus ophtalmicus Willisii), króra zlewa się ze ścianą zewnętrzną zatoki jamistej. Za pomocą zakrzywionego o końcu tępym newrotomu przecina się teraz oba nerwy szczękowe, górny i dolny, uchwyciwszy zaś w kleszczyki krew tamujące koniec ośrodkowy gałęzi dolno szczękowej, unieść należy zwój półksiężycowy ku górze i uwolnić go zgłębnikiem od strony powierzchni zwoju skalistej. Z uwagi, że ten ostatni spoczywa na tętnicy domózgowej (a. carotis int.), od której oddzielony jest tylko cienką warstwą włóknistą, pociągać zań należy lekko, wykręcając zwój in situ i nie od razu, dopóki nie wydobędzie się go zupełnie na zewnątrz z dołka kostnego, położonego w pobliżu wierzchołka skały. Zazwyczaj jednocześnie odrywa się także całym samoistnie gałąź oczowa tuż w miejscu swego wyjścia ze zwoju.

K. Niedzielski.

368. Oskar Vulpius. **Przypadek t. zw. pes malleus valgus.**
(*Münch. Med. Woch. Nr. 35, 1896*).

Pod powyższym tytułem opisał autor pewne zniekształcenie stopy, jakie miał sposobność oglądać u, zdrowej zresztą, 42-letniej kobiety. Zniekształcenie było następujące: staw śródstopowo-palcowy (art. metatarso-phalangea) palucha był zgięty pod kątem prostym i w tej sprawie utwierdzony; podstawowy członek palucha był zwichnięty do powierzchni podeszwowej główki ossis metatarsi; ta ostatnia była wydłużona, zgrubiała i znacznie sterczała na zewnątrz. Drugi członek palucha, natomiast, wybitnie był wyciągnięty, tworzył z członkiem podstawowym kąt prosty,

wierzchołkiem zwrócony ku dołowi, a sam członek całą swą powierzchnią podeszwową spoczywał na podłodze. Inne palce były całkiem prawidłowe. Cała stopa przedstawiała się w wysokim stopniu płaskonogą (Plattfuss); zwykle sklepienie nie tylko zanikło, ale, przeciwnie, dało się zauważyć pewne wypuklenie podeszwy do dołu. Dalej, cały kościec stopy skręcony był w kierunku nawrotnym (pronatio); wreszcie, pięta przedstawiała bezkształtną masę tłuszczową (formloser Fettklumpen), w której ginęło ściegno Achillesa.

Podobne zniekształcenie opisał poprzednio już Nicoladoni, który obserwowal dwa odnośnie przypadki. Zarówno autor, jak i Nicoladoni zgadzają się na to, że płaskonóg w tych przypadkach jest zjawiskiem wtórnem, które zostało wywołane przez nieprawidłowy układ kości stopy.

W. Żurkowski.

II. Ginekologia.

Streszczenie zbiorowe.

Przyszywanie macicy ku przodowi w związku z ciążą i porodem w świetle najnowszych spostrzeżeń.

Opracował **B. Grzankowski.**

Strassman. Zur Kenntniss des Schwangerschaft und Geburtsverlaufes bei anteflexirtem Uterus. Archiv f. Gynäk. L. B. III. H. Diskussion über die Vorträge der Herren. Strassman und Mackenrodt: Ueber Fixation des Uterus. Gesellschaft. f. Geb. Gynäk. zu Berlin. Centralblatt f. Gynäk. 1895, Nr. 52.

Wertheim. Ueber Verlauf von Geburt und Schwangerschaft bei vaginofixirtem Uterus. Vortrag in der Gesellsch. f. Geb. Gynäk. in Wien. Centralblatt f. Gynäk. 1896, Nr. 2.

Wertheim. Neue Methoden der vaginalen Antefixatio Uteri. Centralblatt f. Gynäk. 1896, Nr. 10.

Guérard. Köliotomie bei Geburtsstörung nach Ventrifixation. Centralblatt f. Gynäk. 1896, Nr. 20.

Vom Internationalen Gynäkologenkongress in Genf. Referirt v. Walthard. Centralblatt f. Gynäk. 1896, Nr. 38, 39.

W ostatnich latach ginekologia operacyjna siła się na wynajdywanie metod trwałego leczenia skrzywień i wypadnięć macicy. Zebrany materyał kazuistyczny, aczkolwiek mały, pozwala już na pewną ocenę tych metod. Strassmann w Berlinie, Wertheim

w Wiedniu wystąpili w towarzystwach lekarskich z oceną ich, a oprócz tego zjawily się w literaturze pojedyncze spostrzeżenia, rzucające światło na wartość tych operacyj. Te nowe poglądy streszczam w niniejszej pracy.

Z pośród metod, mających na celu ustalenie macicy w przodopochyleniu, najniewinniejszą jest skrócenie więzów okrągłych, t. j. operacja Aleksandra i jej liczne odmiany. Nie sprowadza ona zaburzeń ani w ciąży, ani przy porodzie. Werth u 12 chorych, między 48 operowanymi w ten sposób, naliczył 18 porodów i tylko 1 poronienie.

Strassmann nie przyznaje wielkiej wartości tej metodzie operacyjnej; jako dowód małego rozpowszechnienia jej, oświadcza, że sam nie miał sposobności widzieć jej ani razu na klinikach niemieckich w ciągu 6-cio-letniej asystentury.

Częściej bywa stosowane przytwierdzenie macicy do ścian brzusznych — ventrifixatio uteri. Olshausen przyszywa przyczepy maciczne więzów okrągłych, Leopold, Czerny przednią ścianę macicy; zrosty maciczne powstałe po przyszyciu są znacznie obszerniejsze, aniżeli można przypuszczać, wskutek tego, że przszyta macica przylega do ściany brzusznej (szczególniej, jeżeli jest wiotką) na znacznie rozleglejszej przestrzeni, aniżeli miejsce przyczepu. Zrosty bywają otrzewnowe przy metodzie Olshausena, jeżeli za jego radą zeszywamy otrzewnę w dolnym kącie rany przed przyszyciem macicy, lub też otrzewnowo-włókniste, jeżeli przytwierdzamy macicę do rany brzusznej metodą Leopolda, Czernego. Nigdy nie posiadają one tej elastyczności co więzy, jakkolwiek niekiedy ulegają zgrubieniom podczas ciąży i cienieją w położu. W metodzie Leopolda i Czernego przytwierdzamy trzon macicy lub górną część przedniej ściany tam, gdzie otrzewna jest ściśle spójna z macicą, gdzie niema tkanki luźnej pomiędzy macicą i otrzewną i dlatego zrosty takie nie mogą się należycie rozciągać i poddawać w ciąży i przy porodzie.

Dla tych powodów Sängner zarzuca zupełnie tę metodę, jak to oświadczył na ostatnim międzynarodowym kongresie w Genewie.

Jeżeli operowane zajdą w ciążę, to w pierwszych miesiącach, kiedy macica wzrasta w kierunku odwrotnym do zrostów, wytwarza się szarpanie w miejscu przyszycia, co powoduje bóle w bliźnie brzusznej.

W późniejszych miesiącach ciąży worek płodowy usadawia się głównie w tylnej połowie macicy, która łatwiej się rozszerza, rozciąga i unosi, wówczas, gdy przednia ściana macicy pozostaje grubą, niepodatną, nieruchomą i w ostatnich miesiącach tamuje opuszczenie się części przodującej płodu do małej miednicy.

Im mocniejsze i rozleglejsze były zrosty, tem mniejszy udział bierze przednia ściana macicy w formowaniu worka płodowego.

Część pochwowa macicy s'oi bardzo wysoko, odsunięta ku tyłowi, tak, że można ją dosięgnąć przy badaniu całą ręką. Położenie płodu bywa zazwyczaj nieprawidłowe, wymagające operacji. W przypadku Olshausena było przodowanie uchem i rączkami (obrót), Goubarowa—położenie poprzeczne (cięcie cesarskie), Strassmann—Gousserowa—ustawienie ciemieniowe (kleszcze), Wegnera

(gdzie była pelvifixura uteri) — położenie poprzeczne (obrót na główkę i kleszcze). Milander notuje 11 operacyj porodowych na 54 porody na czasie odbyte po ventrifixatio uteri; między nimi były 4 razy kleszcze, 4 obroty, 1 sztuczne wydobycie płodu, 2 cięcia cesarskie.

W położu spotykamy w tych razach złe kurczenie się macicy, przytwierdzonej nieraz dość wysoko ponad spojeniem łonowym. Guerard rozwiązał za pomocą kleszczy rodzącą, u której przed laty była robiona ventrifixatio uteri i w okresie połogowym nie mógł uśmierzyć krwawienia ani masażem, ani gorącemi irygacjami. Nieudało mu się podwiązać tętnicy macicznej z powodu tego, że sklepienia pochwowe były bardzo uniesione i był zmuszony wykonać coeliotomiam. Przy odcinaniu zrostu macicy od ściany brzusznej, spostrzegł wylew krwawy w samym zroście pod odłuszczoną otrzewną maciczną. Guerard wyciął oprócz zrostów jeszcze klin ze ściany macicy w miejscu obdarciem z otrzewny, nałożył szew maciczny i otrzymał wynik bardzo pomyślny.

Ventrificatio uteri może stać się niekiedy przyczyną poronienia, chociaż większa część ciąży dobiega końca. Sängner liczy na 100 przypadków ventrifixationis uteri 13 porodów na czasie. Warde wspomina o 24 ciążyach przy ventrifixatio, z których 19 skończyło się rozwiązaniem na czasie, 2 poronieniem i 3 pozostawały jeszcze w ciąży. Między 23 przypadkami Olshausena była 1 prawidłowa ciąża.

Z pośród wad ventrifixationis uteri po za ciążą i porodem, Strassmann zaznacza skręcenie kiszek wokół zrostów maciczno-brzusznych, które miało miejsce w przypadkach Leopolda i Jacobsa (ten ostatni zakończył się śmiertelnie).

Wobec tych ujemnych stron ventrifixationis uteri nawet sam twórca tej metody, Olshausen, stawia rzadko wskazania dla niej, skoro wykonał ją dotąd tylko w 32 przypadkach.

Najnowszą operacją w celu ustalenia macicy w przodopochyleniu jest przyszycie macicy do pochwy—vaginofixatio uteri.

Istnieje kilka metod tej operacji. Mackenrodtowska i Dührsenowska, wcześniejsza, odbywa się bez otwarcia otrzewny; w tych razach powstają między macicą i pochwą sklejenia otrzewnowo-otrzewnowe, które nie są trwałe, albowiem wysięki surowicze ulegają łatwo wessaniu i wówczas macica odkleja się i oddala się od pochwy. Veit zestawia przyszycie macicy z przytwierdzeniem śledziony i przypomina, że Rydygier przyszywa śledzionę do retroperitonealnej niszy, chcąc otrzymać trwałe przyrost należałoby więc i macię przyszywać do tkanki łącznej pochwy, a nie do otrzewny. Tak postępuje Dührsen w późniejszej metodzie; w tych razach po otworzeniu jamy otrzewny i przyszyciu macicy do pochwy excavatio vesico-uterina przestaje istnieć, otrzewna przechodzi z pęcherza wprost na trzon macicy i na jej tylną ścianę, a przednia ściana macicy leży zewnątrz-otrzewnowo i otrzewna jej zrasta się z pochwą. W ten sposób powstaje między macicą i pochwą zrost surowiczo-włóknisty. Jeżeli Dührsen chce uniknąć tego grubego zrostu i wywołać tylko sklejenie otrzewnowe, pomimo otwarcia otrzewny, to obszywa brzegi otrzewny z brzegami ściany pochwowej, aby przednia ściana macicy nie przyrosła na zewnątrz otrzewny.

Dla uniknięcia grubych i niepodatnych zrostów, Martin przyszywa macię do pochwy katgutem, a nie jedwabiem, bo katgut szybciej ulega wessaniu; im dłużej leżą podwiązki, im głębiej one sięgają, tem większe wytwarzają kanaliki, które zarastają przez niepodatną bliznę włóknistą. W przypadkach, gdzie przednia ściana macicy zostanie skaleczona, odarta z otrzewny, jak np. po wyluszczeniu mięśniaków i przszyta do pochwy, tworzą się zrosty włóknisto-włókniste, a więc nader groźne i niepodatne.

Widzimy, że przyszywając macię do pochwy, możemy wywołać albo trwałe włókniste zrosty, albo podatniejsze, otrzewnowe. Przyjrzyjmy się teraz skutkom, jakie one wywołują podczas ciąży i porodu.

W czasie ciąży jajo rozwija się głównie w tylnej połowie macicy wobec niepodatności umocowanej jej przedniej ściany. Bóle w bliźnie i zaburzenia w urynowaniu pojawiają się już w pierwszych miesiącach. Niekiedy zrosty znikają w ciąży, bo rosnąca ku górze macica odzepia się od pochwy, do czego jej dopomaga pęcherz moczowy, który, gdy jest przepełniony, odsuwa trzon macicy od pochwy, ale to nie zawsze bywa. Jeżeli zrosty nie poddają się, to albo następuje poronienie, albo worek płodowy rozwija się kosztem tylnej ściany macicy, a pozostawia przednią przytwierdzoną ścianę nierównomiernie grubą, spychając ją ku dołowi.

W końcu ciąży część macicy objęta przez tę ścianę wypukła się do małej miednicy i zajmuje jej przednią połowę, przez co wytwarza się anteflexio uteri gravidi partialis fixata.

Po za wkliniowanym odcinkiem macicy jest przejście ku części pochwowej, która wyciągnięta ku górze, leży na wysokości wzgóрка krzyżowego lub ponad nim. Dosięgnąć ją można dopiero po wprowadzeniu połowy, a niekiedy i całej ręki do pochwy.

Przednia warga maciczna jest gruba i twarda; z tylnej pozostaje tylko cieniutki brzeżek, który przechodzi bezpośrednio w pochwę, a tylne sklepienie znika zupełnie. Więzy okrągłe, które są niekiedy dobrze wyczuwalne, znajdują się znacznie niżej pępka i idą zбочzone w górę ku linii środkowej, tak, że przedłużenia ich zeszyłyby się na 3 do 4 palców pod pępkiem.

Poród, przy takim ułożeniu macicy, spotykanem tylko po operacyi vaginofixationis, niemcy nazywają — Vaginofixationsgeburth.

Przy takim specjalnem ułożeniu macicy, położenie płodu bywa zazwyczaj nieprawidłowe. Zarówno tego ułożenia macicy, jak i nieprawidłowego położenia płodu nie można uważać za konieczne następstwo vaginofixationis uteri. Prawdopodobnie w tych przypadkach, gdzie zrosty maciczne stają się podatne, lub macica odzepia się od pochwy spotykamy zarówno położenie macicy jak i położenie płodu prawidłowe. Kossmann obserwował 3 przypadki ciąży po operacyi vaginofixationis uteri zupełnie prawidłowe i jeden z nich w 7 miesiącu ciąży przedstawił w Towarzystwie Ginekologicznem w Berlinie.

Wertheim na 37 przypadków tej samej operacyi opisuje 3 porody, z których 2 były prawidłowe, a jeden z ułożeniem macicy wyżej opisanem i położeniem nieprawidłowem płodu.

Graefe przytacza przypadek porodu wedle typu wyżej opisanego, powikłany eklampsyą i zakończony cięciem cesarskiem.

W jednym z przypadków opisanych przez Strassmanna było położenie poprzeczne płodu z wypadnięciem pępowiny, w drugim ustawienie czaszkowe także z wypadnięciem pępowiny. W obu razach ułożenie macicy było wedle opisanego anormalnego typu i dlatego w drugim przypadku po wprowadzeniu całej ręki do pochwy w uśpieniu chloroformem wyczuwano przez ujście maciczne tylko łopatkę, która leżała tak wysoko, że dalej sięgnąć nie było można; przodująca główka była poniżej uwieczniona w odcinku macicy wkliniowanym w małej miednicy. W tym przypadku zrobiono cięcie cesarskie na klinice Gousserowa z zejściem śmiertelnym. Przy operacyi okazało się, że umieszczona ku górze część pochwowa została oderwana od przedniej ściany pochwy wkliniowanej z odcinkiem macicy w małej miednicy.

Po porodzie przytwierdzona macica zwija się bardzo niedokładnie, krwawienia bywają obfite i długie, wymagają długiego pilnowania chorej, masażu lub bandaża uciskającego.

(C. d. n.).

369. Prof. Kocks. **O sztucznem skracaniu więzów szerokich od strony pochwy przy wypadnięciu i tyłopochyleniu macicy.**
(*Centrabl. f. Gynäcologie* Nr. 32).

Przy wszystkich do tego czasu stosowanych sposobach leczenia macicy tyłozgiętej popełniano, zdaniem autora, błąd zasadniczy, że wytwarzano stosunki nienormalne, wywoływano bowiem albo chorobliwe zrosty (*vaginofixatio*, *ventrofixatio*) lub też chorobliwe, zbyt silne napięcie więzów (skracanie więzów obłych, lub krzyżowo-macicznych). Na tej drodze, zdaniem Kocks'a, nigdy nie osiągniemy radykalnego wyleczenia tyłozgięcia macicy, a liczne ze wszech stron podawane obecnie ujemne wyniki stosowanych operacyj na przebieg porodu, t. zw. „*Fixationsgeburten*,” do pewnego stopnia potwierdzają zdanie autora.

Kocks radzi za punkt wyjścia naszych zabiegów obrać dno miednicy, które podtrzymuje umocowaną w niem macicę, a zaniechać umocowywania trzonu do przodu lub szyjki macicznej do tyłu. Zabieg nie jest trudny do wykonania. Należy odłuszczyć pęcherz od macicy, tak, jak to zwykle czynimy przy wyjęciu zupełnym macicy przez pochwę, i odłuszczenie przedłużyć w bok na prawo i na lewo po nad więzami szerokimi, do których pęcherz jest za pomocą tkanki łącznej luźnej przyrośnięty. Po dokonaniem na tępo odłuszczeniu pęcherza, usuwamy go ku górze i zszywamy oba listki więzów szerokich (prawy i lewy) z przodu przed macicą przeprowadzając szew od zewnątrz ku wewnątrz. Po zawiązaniu nitki linia węzłów leży pośrodku wzdłuż pionowej osi macicy. Odsu-

nięty pęcherz umocowujemy szwami (15 do 20) do macicy na szczycie dokonanego odłuszczenia. Po zawiązaniu obie linje szwów tworzą literę T.

Autor operował 3 razy, zawsze z dobrym wynikiem.

Cały zabieg, proponowany przez autora, jest logicznym skutkiem jego zapatrywań, że w fizyologicznym przodopochyleniu utrzymują macicę więzy szerokie, a nie lig. sacro-uterina, jak twierdzi Szultze. Wyższość zaś tego zabiegu nad stosowanymi do tego czasu polega na tem, że w jamie otrzewny nie wytwarzamy żadnych zrostów, wogóle nic nie zmieniamy, a więc nie mamy powodu obawiać się tak groźnych porodów przy macicy umocowanej.

Ignacy Mucha.

III. Choroby weneryczne i skórne.

370. Denisenko. **Leczenie nowotworów rakowatych.** (*Wracz Nr. 30, 1896. Piśmo w redakcju, Wracz Nr. 34. Dopełnienie k mojemu piśmu o leczeniu raka borodawnikom ili czystotielom (Chelidonium majus L.)*.)

Od kilku lat autor zwrócił uwagę na ludowy sposób leczenia brodawek świeżym sokiem *Herbae Chelidonii majoris* (Jaskólcze ziele. Ref.), przyczem wpadł na myśl zastosowania tego środka przy leczeniu nabłoniaków. Smarowanie nabłoniaków świeżym sokiem zdawało się dawać dobre wyniki. Ponieważ jednak świeży sok można mieć tylko latem, autor zaczął używać wyciągu, stosując go nawet w przypadkach nie dających się operować.

Sposób leczenia autora jest następujący: zaraz pierwszego dnia daje się choremu do wewnątrz extr. chelid. maj. 1,0 do 5,0 na dobę, z wodą przekroploną lub miętową, w czasie śniadania, obiadu i kolacyi, albo co 2 godziny łyżkę; w sam zaś nowotwór, o ile możności blisko granicy ze zdrową tkanką, wstrzykuje się strzykawkę roztworu, składającego się z równych części wyciągu, gliceryny i wody przekroplonej, albo też roztworu mocniejszego z 2 części wyciągu, 1 gliceryny i 1 wody przekroplonej. Wstrzykuje się w różnych miejscach po 1 do 3 przedziałek, razem nie więcej jak jedną strzykawkę. Tylko wyjątkowo osobnikom silnym, lub jeżeli nowotwór jest dużych rozmiarów, można podnieść dawkę do 2 strzykawkę roztworu mocniejszego; osobom nerwowym i słabym autor z początku wstrzykuje roztwór słabszy. Miejsca uległe owrzodzeniu autor smarował i tamponował mieszaniną z 2 cz wyciągu i 1 gliceryny.

Użyte wewnątrz stosunkowo duże dawki omawianego środka nie działały szkodliwie na przewód pokarmowy; u jednego tylko

chorego z rakiem żołądka były przez trzy dni częste wypróżnienia. Smarowanie części uległych owrzodzeniu i tworzących się zatok sprowadza krótko-trwałe i nie silne palenie.

Wstrzykiwanie wyciągu w nowotwór działa nieco odmiennie: we wszystkich przypadkach po wstrzyknięciu, zwłaszcza po pierwszym, po upływie $\frac{1}{4}$ do $\frac{1}{2}$ godziny, oprócz ostrego bólu na miejscu wstrzyknięcia, występuje osłabienie, mniej lub więcej silne, dreszcze, a następnie ciepłota podnosi się od 38° do 39° ; następnego dnia wszystkie te objawy znikają. Wstrzykiwania zatem należy robić z zachowaniem pewnych ostrożności, odpowiednio do ogólnego stanu chorego.

Już w pierwszych dniach leczenia spostrzegać się dają następujące objawy: 1) znikanie ziemistego zabarwienia skóry; 2) nowotwór mięknie, jak gdyby tajał; 3) po upływie 3 do 5 dni na miejscach ukłuc tworzą się zatoki, w około których następuje szybkie rozpływanie się nowotworu; 4) po 15 do 20 dniach daje się oznaczyć granica występująca pomiędzy tkanką nowotworu a zdrową; pierwsza zostaje niejako wyparta przez drugą; nowotwór zmniejsza się więcej niż do połowy; sąsiednie gruczoły chłonne wracają do normalnej wielkości.

Z załączonego przez autora szczegółowego opisu 7 przypadków nowotworu rakowatego, stwierdzonego pod drobnowidzem, nowotwór w dwóch przypadkach rozwinął się na wardze dolnej i w jednym na nosie. Pod wpływem leczenia wyciągiem z jaskółczego ziela, nastąpiło wyleczenie zupełne.

W trzech przypadkach raka żołądka, chorzy opuścili szpital ze znacznym polepszeniem stanu miejscowego i ogólnego. Nakoniec olbrzymi nowotwór na szyi (jak sądzić należy z załączonej fotografii. Ref.), zmniejszył się znacznie i ograniczył; objawy ucisku na przelyk i krtań ustąpiły, stan ogólny chorego, wysoce wycieńczonego, znakomicie polepszył się.

J. Wojciechowski.

371. Prof. Caspary. W sprawie powstawania przymiotu dziedzicznego. (*Archiv f. Derm. u. Syph. XXXIV. B, 1. H.*)

Przed 20-tu laty Kassowitz wypowiedział w swej pracy zdanie, że łożysko nie przepuszcza jadu syfilitycznego ani w kierunku od płodu, zarażonego przy poczęciu przez ojca, ku zdrowej matce, ani też w kierunku od matki, zarażonej dopiero podczas ciąży, ku zdrowemu płodowi. W pracy późniejszej Kassowitz zrobił wzmiankę, że jad w przypadkach rzadkich przejść może od zarażonej podczas ciąży matki do płodu przez łożysko. Zapatrywania powyższe stały się bodźcem do ożywionego sporu w literaturze, który to spór nie ucichł dotychczas, nie doszło jeszcze bowiem do zupełnego porozumienia. Autor opisuje 4 przypadki zarażenia przymiotem

kobiety podczas ciąży, z których w 3-ich dzieci za życia nie miały przymiotu, co stwierdzone zostało na sekcyach, umarły bowiem wkrótce po urodzeniu wskutek innych chorób, w 4-ym zaś przypadku u dziecka w 5-ym tygodniu wystąpiły objawy dziedzicznego przymiotu. Na mocy powyższych danych autor przychyliła się do zdania, że łożysko po większej części nie przepuszcza jadu syfilitycznego.

Według t. zw. prawa Profeta'y dziecko, zdrowo poczęte i, pomimo zarażenia się matki podczas ciąży, urodzone zdrowe—równie jak i wszystkie pozostałe przy zdrowiu dzieci, pochodzące od rodziców syfilityków — odporne jest na jad syfilityczny. Nie ulega przeto ono niebezpieczeństwu zarażenia się, gdy jest przez chorą matkę karmione, całowane etc. Przypadki ogłoszone przez Mireur'a, Neumann'a i innych przemawiają przeciwko prawu Profeta'y. Według autora jest ono prawidłem, lecz nie prawem, ponieważ trafiają się wyjątki.

H. Uliński.

372. Dr Rille. **O leczeniu przymiotu rtęcio-jodkiem hemolu.** (*Ueber Behandlung der Syphilis mit Jodquecksilberhämol. Archiv. f. Derm. u. Syph. XXXIV. B, 2. H.*)

W praktyce nieraz zniewoleni jesteśmy w przymiocie podawać do wewnątrz preparaty rtęci, która to metoda słabiej działa od frykcyj i iniekcyj. Jednak w Anglii i Francyi stosowaną ona jest prawie wyłącznie.

Mimo to najwięksi jej zwolennicy wytworzyli szereg przeciwskazań do jej stosowania, a mianowicie, nietylko cierpienia narządów trawienia, przypadki, w których podawać musimy do wewnątrz inne jeszcze środki lecznicze, lecz i gwałtowne objawy przymiotu, wymagające energiczniejszej kuracyi. Z preparatów rtęciowych najczęściej wewnątrznie stosowane bywają: sublimat, protojoduretum hydrargyri i hydrargyrum tannicum.

Wszystkie jednak środki powyższe wywołują podrażnienie narządów trawienia, zwłaszcza przy dłuższem przyjmowaniu. Autor podawał do wewnątrz nowy preparat przeciwprzymiotowy—haemolum hydrargyrojodatum, przygotowany przez prof. Kobert'a. Zasadnicza część składowa, haemolum, otrzymuje się przez zmieszanie obojętnej lub zobojętnej krwi zwierząt ciepłokrwistych z wodą i pyłkiem cynku. Powstaje osad, zawierający hemoglobinę, który, przy odpowiedniej manipulacyi, daje proszek brunatny, nie rozpuszczający się w wodzie pod nazwą haemolum. Preparaty żelaza, według Kobert'a, w bardzo małej ilości ulegają wessaniu w przewodzie pokarmowym. Według Damaskino'a i Kumberg'a nie są one w możności powiększyć znajdujące się normalnie w moczu ilości żelaza o 1 mgrm. Kobert, po wprowadzeniu do grubych

kiszek hemolu w ilości odpowiadającej 0,5 grm. hemoglobiny, mógł skonstatować resorbeyą 5%.

Autor na 31 przypadków przymiotu w rozmaitych okresach i postaciach, leczonych środkiem omawianym, przekonał się, że aczkolwiek nie jest on zupełnie wolny od działań ubocznych na przewód pokarmowy i jamę ustną, nigdy jednak w stopniu tak znacznym, żeby zmuszało to nas do przerw w stosowaniu preparatu. Działanie uboczne występuje przytem znacznie rzadziej, niż przy innych środkach. Działanie preparatu na objawy chorobowe przymiotu było mniej więcej takie, jak i przy innych środkach podawanych do wewnątrz.

Jednakowoż, gdy przy stosowaniu tych ostatnich spotykamy przypadki, w których skutkiem zbyt powolnego znikania objawów, w celu dokończenia leczenia musimy przejść do frykcyj, nigdy to nie było konieczne przy podawaniu rtęciójodku hemolu. Jako zawierający jod i rtęć w połączeniu z żelazem, preparat ten obok specyficznego ma jeszcze działanie tonizujące, wzmacniając stan ogólny. Aczkolwiek nie dorównywa on pod względem działania na przymiot frykcyom i iniekcyom, przewyższa jednak wszystkie środki rtęciowe, podawane do wewnątrz.

Zastosowanie główne znaleźć może w przymiocie, połączone z podupadłem odżywianiem, jak również ze skrofułami.

Zapisuje się w sposób następujący:

Rp. Haemol. hydrargyro-jodati 10,0

Pulver. et extracti Liquirit.

Aa. q. sat. ut f. pilul. Nr. 50.

MDS. 3 razy dziennie po 2 pigułki po jedzeniu.

Gdzie zachodzi potrzeba, dodać można do recepty powyższej opii puri 0,8.

H. Uliński.

373. M. Müller. 100 przypadków urethritidis gonorrhoeicae, leczonych metodą Janet'a. (*Archiv f. Derm. u. Syph. XXXV. B, 1. H.*)

Metoda Janet'a leczenia rzeżączki, polegająca na obfitych przepłukiwaniach cewki nadmanganianem potasu, wyprobowana była przez wielu autorów, przyczem jedni ją wychwalają, drudzy zaś wstrzymują się od wypowiedzenia o niej pochlebnego zdania. Autor wypróbował tę metodę na 100 przypadkach rzeżączki u mężczyzn, z których w 36-ciu cierpienie ograniczało się przednią cewką i trwało od 1 dnia do 5 miesięcy i więcej, w 64-ch zaś, trwających od tygodnia do 5 miesięcy i więcej, była zajęta i tylna cewka. Koncentracya roztworu była nie 1:1500—1:1000, jak podaje Janet, lecz 1:5000—1:4000, które to rozcieńczenie autor uważał za odpowiedniejsze i bezpieczniejsze w początku kuracyi,

następnie zaś, stężając z wolna, dochodził do rozczywnu 1:1000. Te ostatnią koncentrację stosował z samego początku tylko w przypadkach niebolesnych, lub też z umiejscowieniem w przedniej cewce. Przepłukiwania w każdym poszczególnym przypadku stosowane były 8—10 dni od czasu zniknięcia gonokokków. Wszystkie przypadki autor dzieli na 3 kategorie:

A) Stanowczo wyleczone przypadki, w których po obserwacji, kontynuowanej po ukończonym leczeniu jeszcze około 2-ch tygodni, stwierdzono brak gonokokków.

B) Prawdopodobnie wyleczone przypadki, które po ukończonej kuracji nie były obserwowane dostateczną ilość dni, ażeby stanowczo można było orzec o zniknięciu gonokokków.

C) Niewyleczone przypadki, w których kuracja musiała być zaniechaną ze względu na powikłania, lub też z powodu nieznikania gonokokków, pomimo długotrwałego leczenia.

Z urethritis anterior należy do grupy	{	A) 25 = 69,5%
		B) 0
		C) 11 = 30,5%
Z urethrit posterior należy do grupy	{	A) 33 = 51,6%
		B) 6 = 9,4%
		C) 25 = 39%

We wszystkich 7-miu przypadkach, w których leczenie rozpoczęło się w ciągu pierwszych 4-ch dni trwania cierpienia, gonokokki znikły po paru przepłukiwaniach i ostateczne wyzdrowienie nastąpiło po tygodniowej kuracji. Z 4-ch natomiast przypadków, wziętych w kurację 5-go, 6-go, 7-go i 10-go dnia choroby, w trzech pierwszych rezultat był ujemny, w 4-my zaś gonokokki znikły dopiero po 20-tu dniach. Przypadki, trwające więcej niż 2 tygodnie zaczęły znowu dawać rezultaty pomyślne. Wbrew twierdzeniu Janet'a, uważającego metodę swoją za niebolesną, autor w przypadkach ostrych z zajęciem tylnej części w ciągu paru godzin po przepłukiwaniach całej cewki, powtarzanych dwa razy dziennie, widywał ból przy urynowaniu, połączony często z krwawieniem. Znaczenie metody Janet'a polega, zdaniem autora, z jednej strony na tem, że daje często dobre rezultaty w przypadkach, w których inne sposoby lecznicze nie odnosiły skutku, z drugiej zaś na tem, że rezultat zostaje osiągnięty po większej części w bardzo krótkim czasie. Oprócz nadmanganianu potasu autor stosował w rozmaitych przypadkach przepłukiwania słabymi rozczywnami sublimatu, lapisu i połączenia ac. carbolici, zinci sulfurici, aluminis i przekonał się o ich działaniu znacznie słabszem od metody Janet'a.

Natomiast przy zapaleniach cewki, spowodowanych innymi grzybkami, metoda Janet'a działa słabiej.

Wnioski z powyższego autor wyprowadza następujące:

1) Jako leczenie poronne metoda Janet'a przewyższa inne wyprobowane dotychczas. W pierwszych 2, 3, 4 dniach trwania rzeżączki zdaje się ona prowadzić z pewnością do wyleczenia.

2) Później, gdy choroba przybiera natężenie większe, metoda ta ma działanie nieznaczne.

3) W ostrych przewlekłych przypadkach rzeżączki metoda zwykle działa skutecznie i prędko, przy mocniejszym jednak dawkowaniu nie jest ona bezpieczną.

H. Uliński.

IV. Choroby oczu.

374. Dr Gałęzowski. **O dziedziczności przymiotu w oczach w drugim pokoleniu.** (*De l'hérédité syphilitique oculaire à la deuxième génération. Recueil d'ophtalmologie, 1896, Nr. 1.*)

Od dłuższego czasu autor uważał, że istnieje cały szereg chorób ocznych, jak zapalenia rogówki, a nadewszystko zapalenia naczyńki, które do złudzenia przypominają cierpienia oczne, rozwijające się na gruncie przymiotu bądź nabytego, bądź wrodzonego, a w których jednakże w żaden sposób nie można było wykazać ani śladu infekcyi wenerycznej, ani też żadnej dziedziczności specyficznej. Wobec niepowodzenia, jakiego doznawała kuracya wyłącznie miejscowa, autor zdecydował się leczyć w mowie będące przypadki zapomocą wcierania szaruchy (jak to zwykł czynić w razach, kiedy przymiot, czy to nabyty, czy odziedziczony niepodlegał wątpliwości) i ku wielkiemu zdziwieniu swojemu zauważył, że następowało albo szybkie powstrzymanie sprawy chorobowej w jej rozwoju, albo nawet widoczne i stałe polepszenie. Takie wyniki kuracyi ręciowej zastanowiły bardziej jeszcze autora, nasunęły mu jeszcze większe podejrzenie, co do istoty niektórych spraw chorobowych w oczach i zmusiły go do skrzętnego wywiadywania się u rodziców swoich pacjentów w kierunku jakichkolwiek objawów, właściwych przymiotowi. Cztery przypadki dowiodły słuszności przypuszczeń autora. Okazało się bowiem, że jakkolwiek u chorych nie było najmniejszego śladu syfilisu nabytego, to jednak były objawy dziedziczności przymiotowej u rodziców tych chorych, a dziadkowie ich leczyli się u Ricord'a, lub u innych syfilidologów wskutek nabytego syfilisu. Przed streszczeniem poszczególnych przypadków, autor bardzo drobiazgowo opisuje obraz dna oka, który według niego jest wielce charakterystycznym dla dziedzicznego przymiotu. Przy badaniu wizernikiem przedewszystkiem widać, że naczyniówka źle odżywia się, bo tu i owdzie zauważyć można zupełny brak naczyń włosowatych, a warstwa barwnikowa jest widocznie zdeorganizowana, dlatego też prawie zawsze dostrzedz można na dnie oka plamy zanikowe, otoczone czarnym barwnikiem.

W innych znów razach, badając uważniej, bardzo często dostrzegamy małe czarne punkciki wzdłuż większych naczyń. Wogóle mówiąc, i to jest rzeczą wielkiej wagi, zapalenia naczyniówki zani-

kowe i barwnikowe, rozwijające się na gruncie przymiotu dziedzicznego są nietypowe i nieprawidłowe zarówno ze względu na swą postać, jak i ze względu na rozwój sprawy chorobowej. Więc, zaatakowane bywa częściej tylko jedno oko, lub sprawa chorobowa ogranicza się do pewnego odcinka dna ocznego, co się zaś tyczy objawów czynnościowych, to te prawie nigdy nie są w prostym stosunku do stopnia zmian, zaszłych na dnie oka. Brzeg ząbkowaty (ora serrata) po większej części nie przedstawia zmian żadnych, lub bardzo nieznaczne, zupełnie przeciwnie, niż to bywa przy zapaleniach naczyńiówki, powstałych na tle nabytego przymiotu, kiedy brzeg ząbkowaty najpierw i najbardziej ulega zmianom chorobowym. Autor jest zdania, że, skoro tylko na dnie oka mamy wyżej opisany obraz zapalenia naczyńiówki, możemy być pewni, że mamy do czynienia z dziedzicznym syfilisem.

Przypadek I. Panna H., lat 11, została przyprowadzona przez ojca po raz pierwszy w końcu 1879 roku z powodu zapalenia rogówki śródmiaższowego (k. parenchymatosa) na oku lewym, trwającego już od dnia 7 Stycznia tegoż roku. Na oku prawem ślady przebytego już dawniej zapalenia rogówki. Ze słów ojca dowiadujemy się, że syfilisu nie przechodził, lecz w 19-ym roku życia chorował również na zapalenie rogówki śródmiaższowe w obu oczach i że był wyleczony przez Desmarres'a, który przypisywał tę chorobę syfilisowi ojca, ponieważ ten ostatni leczył się znów u Ricord'a przez długie lata z powodu wyrzutów na ciele i owrzodzeń w gardle. G. zastosował wcieranie szaruchy i miejscowo gorące naparzenia (douches de vapeur), poczem nastąpiło wyleczenie zupełne. Jednakże kuracja nie była prowadzona przez czas dłuższy i chora, mając lat 20, zjawiała się powtórnie, skarżąc się na zamglenie wzroku. Badanie wziernikowe wykazało zapalenie naczyńiówki zanikowe i barwnikowe, charakterystyczne dla przymiotu.

Przypadek II. M. R., lat 43, dnia 12 Grudnia 1894 roku przyprowadza ze sobą synka mającego lat 13, który od 8 miesięcy cierpi na zapalenie oka lewego. Sama matka przypomina G., że leczyła się u niego przed zamąż pójściem; przejrawszy księgę chorych, G. rzeczywiście znajduje, że pani M. R. cierpiała na zapalenie rogówki śródmiaższowe i że cierpienie to przypisane zostało dziedzicznemu przymiotowi. Przejrawszy jeszcze dawniejsze księgi chorych, G. odnalazł również historię choroby ojca pani M. R., którego leczył na oczy; rozpoznanie było wówczas odnotowane jako iritis syphilitica. U przyprowadzonego dziecka G. znalazł zapalenie tęczy, a przy badaniu wziernikiem plamy zanikowe naczyńiówki. Pole widzenia było prawidłowe; dziecko swobodnie mogło czytać n° 150 D. przy pomocy + 2D. Leczenie maścią szarą — wyzdrowienie w pół roku.

Przypadek III. Pani S., lat 28, dnia 28 Listopada przyszła radzić się na oko lewe, na którym rozwinęło się zapalenie rogówki śródmiaższowe; dno tego oka prawidłowe. Rogówka prawego oka nosi ślady przebytego w roku 1881 zapalenia. Chora opowiada, że do 7-go roku życia była ciągle słabowita, miała gruchoły na szyi i często zapadała na oczy. Matka jej również nie była zdrową; jeden raz poroniła, następnie miała jeszcze troje

dzieci, które zmarły w pierwszym roku życia; pani S. była ostatniem dzieckiem. Ojciec jej chorował na syfilis i z tego umarł w 47-ym roku. Mąż pani S. nie miał syfilisu, mimo to pani S. urodziła troje dzieci, z których dwoje najstarszych nie przeżyło roku; trzecie, które pozostało przy życiu, było zdrowe do 5-go roku życia, lecz w Styczniu 1884 roku zachorowało na zapalenie rogówki śródmiaższowe w lewem oku. Badając prawe oko wziernikiem, G. zauważył plamy zanikowe i barwnikowe na dnie oka. Leczenie merkuryalne. Zapalenie rogówki ustąpiło.

Przypadek IV. 8-mio-letni Germain X. przyszedł z matką dnia 10 Listopada 1886 r. radzić się na lewe oko, które od dwóch miesięcy było chore. Z powierzchowności sądząc, dziecko jest słabe, miało gruczoły za uszami, od których się wyleczyło, używając jod-kali. Rodzice syfilisu nie mieli, lecz ojciec w 30 roku życia leczył się u G. na zapalenie rogówki śródmiaższowe. U dziecka rozpoznana została również keratitis parenchymatosa. Leczenie merkuryalne—wyzdrowienie. W rok później badanie wziernikiem wykazało w lewem oku zapalenie naczyńniówki zanikowe i perineuritis. Powtórna kuracja merkuryalna; po roku perineuritis ustąpiło.

Rozejrzawszy się bliżej w powyżej przytoczonych przypadkach, autor dochodzi do następujących wniosków:

1) że istnieją dziedziczne postaci syfilisu w oczach, które mogą przechodzić przez dwa pokolenia.

2) że w przypadkach, które Fournier nazywa parasyfilitycznymi, działanie lecznicze merkuryuszu nie podlega wątpliwości, i

3) że istnieje cały szereg analogicznych postaci chorobowych, dla których etyologia jest ciemną, a które nie dadzą się inaczej wyleczyć, jak tylko przy zastosowaniu kuracji przeciwsyfilitycznej.

W. Garliński.

V. SPRAWOZDANIA Z POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

KORESPONDENCYA Z PARYŻA.

Wrzesień.

Treść: *Kongres lekarski w Nancy: referat o rokowaniu w białkomoczu.*

Na ostatnim kongresie lekarzy francuskich w Nancy (o którego pracach wspominaliśmy już w ostatniej korespondencji) powszechne obudził zajęcie, zwłaszcza wśród praktyków, obszerny, wyczerpujący referat o *rokowaniu w białkomoczu*. Obydwaj sprawozdawcy, Arnoz z Bordeaux i Talamon z Paryża, uważają wszelki

białkomocz za objaw patologiczny. Przy rokowaniu należy, według Talamon'a, zwracać baczną uwagę: 1) na własności białka, 2) na skład moczu je zawierającego, 3) na warunki indywidualne chorego, 4) na objawy towarzyszące białkomoczowi i wreszcie 5) na przyczyny białkomoczu.

1. *Cechy białka* dają niewiele pewnych wskazówek dla rokowania; nawet ilość jego nie stanowi zawsze o ważności choroby. Jedno jest tylko pewnem, że wielka ilość białka, stale trwająca przy wielkiej ilości moczu (od 2 do 4 litrów), daje zawsze złe rokowanie. Groźnem też jest ono, skoro w ostrem zapaleniu nerek, albo też w okresie ostrym choroby Bright'a ilość białka się zwiększa, a ciśnienie pozostaje bez zmiany lub jest mniejsze, jak również, skoro ilość białka nie zmniejsza się z ustąpieniem ostrego okresu. Ważnem też jest nader, według Talamon'a, obserwować działanie kwasu azotnego na mocz zawierający białko. W pewnych bowiem razach, zwłaszcza gdy mocz jest ciemny i o wysokim ciężarze gatunkowym,—po dolaniu kwasu azotnego do kieliszka z moczem, otrzymujemy ponad obłoczkiem białka gruby krążek kwasu moczowego; świadczy to o zmianach powierzchniowych i ma miejsce w gorączce, w chorobach serca i t. p. W innych zaś przypadkach, szczególnie gdy mocz jest bladej i lekki, po dodaniu kwasu azotnego tworzy się gruby osad białka, a pod nim fioletowy krąg indykanu, który go całkiem później zabarwia: objaw to groźny i jest oznaką głębokich zmian nerek.

2. *Skład moczu* często wielce pomaga lekarzowi dla rokowania w białkomoczu. Wielka ilość białka w bladym, obfitym, lekkim moczu, ubogim w mocznik, kwas moczowy i mineralne pierwiastki, wskazuje na stan groźny; gdy tymczasem mała ilość białka w zabarwionym, nieobfitym moczu, normalnie ciężkim i bogatym w mocznik i kwas moczowy, na razie przynajmniej, nie przedstawia żadnego niebezpieczeństwa. Ilość moczu, a raczej wody moczowej, jako miara ciśnienia w tętnicach jest niezmiernie ważną, niemal ważniejszą, niż ilość białka. W każdym chronicznym białkomoczu zmniejszenie ilości wody jest złym zwiastunem i skoro przeciąga się, może spowodować przypadłości mocznicy. W ostrem zapaleniu nerek rokowanie też zależy od ilości moczu. Również ważną jest ilość wydzielonego mocznika, zależna z jednej strony od ogólnego odżywiania, a z drugiej od stanu komórek w kanalikach nerkowych. Jeśli ilość mocznika jest normalna, albo nieco wyższa, wtedy rokowanie będzie dobre; w razie zaś jej zmniejszenia — złe. Co do elementów upostaciowanych w moczu, to pewnem jest tylko, że wałeczki woskowate i ziarniste są złą oznaką (cechują bowiem dużą białą nerkę), że wałeczki nabłonkowe i krwiste są wskazówką ostrego rozlanego zapalenia nerek, że wreszcie przewlekły krwisty białkomocz jest zawsze groźnym i odnosi się do zapalenia gruczołowego nerek, raka i t. p.

3. *Warunki indywidualne chorego*, jak wiek, płeć, dziedziczność i t. p. odgrywają też niemałą rolę przy rokowaniu w białkomoczu. Przedewszystkiem ważnym jest wiek. Wszelki białkomocz u osób starszych nad lat 50 budzi daleko więcej obaw, niż u młodych, u których zapalenie nerek nie jest tak przedawnione,

a więc możliwe do wyleczenia, a z drugiej strony, zaburzenia nerkowe mogą być zrównoważone. Dziedziczność ma także pewien wpływ, choć niedostatecznie jeszcze zbadany. Faktem jest przecie, że białkomocz może być odziedziczony, a wtedy zazwyczaj występuje w dzieciństwie lub wczesnej młodości i ma przebieg powolny. Talamon sądzi, że większość przypadków białkomoczu t. zw. fizyologicznego lub czynnościowego należy zaliczać do dziedzicznych.

4. *Chorobliwe objawy towarzyszące białkomoczu* dają zawsze cenne wskazówki dla rokowania. Zaburzenia w narządzie krążenia, jak przerost serca i stwardnienie tętnic przy białkomoczu świadczą o przewlekłym zapaleniu nerek. Przerost lewego serca, dopóki nie przechodzi granic potrzebnych dla należytego zrównoważenia przeszkód w krążeniu, jest zjawiskiem w części nawet dobroczynnym i dla chorego pożądanym, utrzymuje bowiem energię krążenia w tętnicach, zapobiega zastojowi w nerkach i przyczynia się do prawidłowego i obfitego wydzielania moczu. Staje się on jednak istotnym powikłaniem, skoro przechodzi granicę. Z drugiej znowu strony brak przerostu serca przy obfitym białkomoczu jest złą oznaką, co również stwierdzają wysięki i puchliny. Poważne zaburzenia w sferze mózgo-nerwowej jak drgawki, bredzenia, śpiączka i t. p., są zawsze wielce groźne i niebezpieczne. Mniejsze jednak, jak ból głowy, zaburzenia wzrokowe i słuchowe, bóle w mięśniach i stawach, neuralgie i t. p., trzeba uważać za zwiastuny mocznicy tylko u tych osobników, u których występują i inne objawy zapalenia nerek.

5. *Przyczyny białkomoczu* mogą być różne: zaburzenia w krążeniu krwi natury mechanicznej lub nerwowej, choroby gorączkowe, zakaźne, otrucia i t. p. Co do rokowania niezmiernie ważnym byłoby zawsze wiedzieć, czy dany białkomocz jest chwilowym, czy też zwiastunem choroby Bright'a, oraz, jak długo może organizm znosić go bezkarnie. Niestety, kwestya ta daleką jeszcze jest do rozstrzygnięcia! Można dziś tylko powiedzieć, że wszelki białkomocz w mniejszym lub większym stopniu, mniej lub więcej często może być punktem wyjścia dla choroby Bright'a.

W chorobach gorączkowych można niemal zawsze znaleźć białko w moczu, byleby go systematycznie szukać. Nie pochodzi ono z powodu wydzielania bakterij przez nerki, lecz z przyczyny zaburzenia przez toksyny innerwacji naczyń nerkowych. Białko, nawet jego ilość, nie jest wskazówką dla złego rokowania, wraz z gorączką bowiem znika zazwyczaj; bezporównania ważniejszą jest ilość moczu. Może jednak białkomocz trwać nadal, zwiększać się i dać początek chorobie Bright'a; podług Talamon'a powikłania te spowodowane bywają, prawdopodobnie, nową przyczyną (błędami w dyecie, przeziębieniem i t. d.). Rokowanie wobec wtórnego białkomoczu jest zawsze gorszem, niż wobec początkowego; jakkolwiek bowiem i z niego można się wyleczyć, nieraz przecie zakończyć się on może ostrą mocznicą lub też chorobą Bright'a.

Znanem jest niebezpieczeństwo białkomoczu w płonicy; w etyologii choroby Bright'a płonica odgrywa rolę podobną do gośćca stawowego w etyologii wad serca.

W chorobach serca, przy wadach zastawek dwudzielnej i trójdzielnej, skoro białkomocz występuje tylko w okresach niedoskurczu serca—przy zastoju żylnym—rokowanie jest dobre. Jeśli jest trwałym, świadczy to o zapaleniu nerek i jest groźniejszym. Gorszym jest jeszcze rokowanie w białkomoczu przy niedostateczności aorty u osobników młodych.

W podagrze białkomocz jest złą oznaką, skoro ma miejsce u starych artrytyków albo też u młodych, ale mających napady nieprawidłowej dny, a mocz bladej, lekki, obfity i ubogi w pierwiastki składowe. Może zaś być wyleczonym, skoro występuje wcześniej u dzieci artrytyków albo u dorosłych, których mocz zbliża się do składu normalnego, a napady dny prawidłowej przechodzą bez śladu.

W moczwce cukrowej białkomocz bywa, podług Bouchard'a, w 43^o/_o przypadków i najwięcej u artrytyków. Jeżeli białko zjawia się tylko od czasu do czasu i ilość jego nie przenosi 1 gr. na litr moczu, rokowanie względnie jest dobrem. Wielka zaś ilość białka wraz z jednoczesnym zmniejszeniem się ilości cukru jest złym zwiastunem.

W ciąży trzeba zawsze zwracać uwagę na białkomocz, gdyż może on być przepowiednią eklampsji, mocznicy, poronienia lub przedwczesnego porodu, albo ostrego zapalenia nerek.

W gruźlicy białkomocz zdarza się bardzo często. Talamon utrzymuje, że niema chorego, któryby nie miał białka w moczu w pewnych okresach choroby. Charakterystycznym jest u niektórych osób białkomocz, jako zwiastun gruźlicy, jako pierwszy objaw nasycenia organizmu tuberkuliną. Szczególnie groźnymi w gruźlicy są trzy formy białkomoczu: białkomocz ropny z przebiegiem powolnym, białkomocz stale krwisty, zabijający w ciągu 2 — 4 miesięcy, i białkomocz z wielką ilością moczu przy zwyrodnieniu skrobiowatym naczyń nerkowych.

W przymiocie białkomocz zjawia się czasem bardzo wcześnie jakby zwiastun choroby i trwa krótko, czasem w drugim okresie i wtedy może albo przejść, albo trwać nadal w postaci ukrytej, albo wreszcie zabić chorego. Gdy zaś występuje w późniejszych okresach, zawsze jest niebezpieczny, gdyż wskazuje na zwyrodnienie skrobiowate nerek.

W chorobie Bright'a białkomocz jest zawsze mniej lub więcej groźny. W przypadkach ostrych niebezpieczeństwo zagraża z powodu wstrzymania moczu (anuria), w przewlekłych zaś z powodu powolnego otrucia i nieustannych obrzęków.

Niebezpieczeństwo dopóty tylko może być zażegnane, dopóki możebnym jest podniesienie i utrzymanie ciśnienia w tętnicach. Trudno ściśle określić, jak długo trwać może ten okres zrównoważenia (compensatio): przy małej ziarnistej nerce—ciągnie się trzy do czterech lat, a przy dużej białej nerce znacznie krócej—pięć do sześciu miesięcy.

Talamon podaje jeszcze jedną kategorię białkomoczu t. zw. minimalnego, w którym ilość białka waha się koło 0 gr. 50 na litr moczu. Zalicza on do niej białkomocz, dawniej nazywany fizjologicznym, a później funkcyjnym, białkomocz dziedziczny i t. d.

U młodych ludzi rokowanie w tej sprawie jest na razie zawsze dobre, a na przyszłość nieco wątpliwe; u starych zaś znacznie gorsze, zwłaszcza gdy towarzyszą mu inne objawy chorobowe.

D-r Józef Zieliński.

Bibliografia.

Piotr Boczkowski, lekarz weterynaryjny. Okulistyka weterynaryjna. Część I. Anatomia i fizjologia oraz Badanie lecznicze narządu wzrokowego (Oftalmoskopia) zwierząt domowych, z dwiema tablicami litografowanymi i 14 rycinami, 377 str. Lwów. 1896. Nakładem Redakcyi „Przeglądu Weterynaryjnego.”

Już przy pobieżnem badaniu narządu wzroku u zwierząt, łatwo przekonać się o częstem wydarzaniu się u tychże spraw chorobowych. Przeto ściśle badanie okulistyczne w danym razie może mieć doniosłe znaczenie teoretyczne w celu rozwiązania wielu nieraz zawitych zagadnień z dziedziny anatomii porównawczej, zarówno normalnej, jako też patologicznej. Następnie, badanie takie niewątpliwie przyczyni się do sprowadzenia ulgi i do poprawy bytu chorych zwierząt, nadto, niejednokrotnie, przy hodowli zwierząt domowych, wzbogaci dobrobyt hodowców, zwiększając siłę wytwórczą ich inwentarza żywego. Nie dziw też, że w ostatnich latach ruch piśmienniczy na polu okulistyki weterynaryjnej znacznie ożywił się, a to w miarę olbrzymiego rozwoju badań, zarówno laboratoryjnych, jako też i klinicznych nad narządem wzroku u człowieka. Dorobek literacki na wspomnianem polu wiedzy lekarskiej jest u nas nader skromny: literatura nasza posiada zaledwie parę prac oryginalnych w tym przedmiocie. Niewątpliwie więc na szczerze uznanie zasługuje autor, który pierwszy podjął myśl i w czyn ją wprowadził, rozpoczynając wydawnictwo polskie oftalmologii weterynaryjnej.

Każdy, obeznany z ubogą naszą literaturą oftalmologiczną, z zupełnym brakiem w literaturze polskiej nowszych podręczników okulistyki, uprzywilejowanych obeznanie się choćby z racjonalną terminologią danego przedmiotu, — że zamilczę o poznaniu najnowszych zdobyczy na tem polu—przyznać musi, że dużo czasu i pracy strawić musiał autor, a liczne przeszkody zwalczać mu wypadło przy opracowaniu tego wydawnictwa. Wreszcie sam autor zaznacza, że, pozostając wdali po za ogniskami wiedzy zawodowej, mógł korzystać zaledwie z takiego materiału, jaki zaczerpnął w bibliotece własnej lub postronnej, nie zasobnej w dzieła okulistyczne. Wszystko to powinno się mieć na uwadze przy sprawiedliwej ocenie pracy p. Piotra Boczkowskiego. Autor w ogłoszonej części I-iej okulistyki weterynaryjnej, stara się czytelnika „zapoznać najdokładniej z anatomią i fizjologią narządu wzroku zwierząt domo-

wych." Poświęcił też autor temu przedmiotowi kilkaset stron. Przypuszczam, że w całym dziele nie będzie to najlepiej opracowanym działem. Nie sposób bowiem wypełnić tak obszernych ram obrazem, mającym uwidocznić fakty, których nie można było zaczerpnąć z literatury dostępnej tym razem dla autora. Anatomia oka zwierząt jest tu traktowana dosyć pobieżnie. Część fizjologiczna zaś straciła na możliwej jasności skutkiem niezbyt udanie, nie dosyć krytycznie zestawionego materiału, zaczerpniętego z prac zupełnie różnej wartości.

Nierównie pewniejszym i ściślejszym wykazuje się autor w dziale, opisującym sposoby postępowania przy badaniu narządu wzroku. Panuje tu więcej ładu i jasności, widocznie opisuje autor to, czego, że tak rzeknę, bliżej dotykał się; nie gubi się w szczegółach, a łatwiej daje możność czytelnikowi wtajemniczenia się w sposoby badania klinicznego oczu zwierząt. Sądzymy też, że dalszy ciąg rozpoczętej pracy, w którym autor wejdzie na tor opisów klinicznych będzie wiele owocniejszy: łatwiej wzbudzi w czytelniku zamiłowanie do dalszej pracy samodzielnej na tem polu, a co najmniej przyczyni się do lepszego wniknięcia w treść rzeczy i dopełnienia wielu braków, widniejących w części pierwszej propeutycznej.

Zaznaczę też, że w dalszym ciągu pracy tej autor powinien zwrócić uwagę baczniejszą nietylko na korektę, dotąd niezbyt starannie przeprowadzoną, lecz i na stronę językową, pozostawia ona bowiem, zarówno jak i styl w tej pracy, nieco do życzenia.

Wreszcie jeszcze jedna uwaga. Rzecz prosta, nie mamy zamiaru nakreślać autorowi ram podjętego wydawnictwa. Wiemy tylko, że celem autora było wzniesienie zapału do odłogiem u nas leżącej i milczeniem pomijanej okulistyki weterynaryjnej. Otóż, nieraz mając do czynienia z młodszymi kolegami — medykami, początkującymi na polu okulistyki, doszliśmy do wniosku, że prędyż można wzbudzić zamiłowanie do danej gałęzi medycyny treściwym wykładem, jasnym i zwięzłym przedstawieniem obecnego stanu danej gałęzi wiedzy lekarskiej, aniżeli obszernem zestawieniem w jednym szeregu teoryj częstokroć przebrzmiałych obok faktów pierwszorzędnego znaczenia: początkujący bowiem gubi się w dziedzinie hipotez i niewątpliwie często w tym chaosie przeoczy niezbyt wyraźnie zaakcentowane pewniki.

Wyczerpujące wykłady chorób ocznych istnieją w literaturach obcych, obok krótkich podręczników tejsze treści; u nas tych ostatnich brak. Pierwsze służą dla czytelników już bliżej obeznanych z danym przedmiotem. A czy takich wśród studentów, czy lekarzy weterynaryi dużo zdołamy naliczyć? Możnaaby sądzić, że, przy tak znacznym nakładzie pracy, autor nierównie większą oddałby usługę literaturze polskiej, uwzględniając potrzeby szerszego koła odpowiednich czytelników.

Bronisław Ziemiński.

VI. WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

375. **Oddalone następstwa złamań kości.** D-r E. Schwartz ogłasza przypadek spostrzegany przez Rochard'a i dotyczący 50-letniego mężczyzny, który przed 7 blisko laty uległ złamaniu powikłanemu obu kości goleni w dolnej trzeciej części. Jakkolwiek kości zrosły się nieprawidłowo, chory mógł chodzić niezłe; jednak po upływie lat 6 powstały, bez przyczyny widocznej, bóle mocne w okolicy złamania, do których dołączyły się wkrótce: bardziej, niż wprzód, wydatne skrzywienie kończyny chorej oraz niemożność zupełna chodzenia. Przy badaniu chorego w szpitalu stwierdzono zniekształcenie goleni w kierunku osi pionowej i bocznej, przemieszczenie stopy ku tyłowi i na zewnątrz, w skutek czego podeszwa osobnika w położeniu stojącym nie dotykała ziemi, wybitne sterzenie ku przodowi odcinka górnego piszczeli, niezwykły rozrost kostniny i zgrubienie strzałki. Po wykonaniu cięcia płatowego skóry i odłuszczeniu okostny końce odcinków usunięto dłutem Mac-Even'a, po okrwawieniu zaś spiłowanych brzegów kości spróbowano wykonać nastawienie odłamków, co jednak, pomimo przywróconej tym ostatnim ruchomości, nie powiodło się i zostało uskutecznione dopiero po wykonaniu osteotomii strzałki na 6 ctm. powyżej linii złamania piszczeli. W istocie kostniny wykryto ognisko zapalne, które usunięto doszczętnie. Po zaszyciu rany, na chorą kończynę nałożono opatrunek gipsowy, który zmieniono po upływie dni 60, przyczem otrzymano rychłozrost; wobec konsolidacji niezupełnej nałożono powtórnie gips i ostatecznie po 6 miesiącach operowany wyzdrowiał, odzyskawszy zdolność chodzenia prawidłową.

Przypadek powyższy jest dość ważnym z dwóch względów: a) wobec powstających dość rzadko zmian chorobowych w tkankach kostniny tem większej nabiera wagi znalezienie tamże ogniska zapalnego, które, prawdopodobnie zawarunkowane przez zakażenie rany, powstałej przy złamaniu, tak późno jednak wytworzyło się, wywołując szereg powyżej przytoczonych objawów; b) dalej: pomysłny wynik dokonanego w danem spostrzeżeniu zabiegu poucza, że w razie najłżejszego oporu przy usiłowaniu odprowadzenia źle zrosniętych odłamków kostnych, należy wykonać osteotomię strzałki, przez co ułatwia się manipulacja na piszczeli; zdaniem d-ra S., lepiej jest wykonywać osteotomię skośną, która ułatwia nastawienie odcinków zwłaszcza wobec kostniny o klinowatej postaci, wytworzonej w środkowej lub dolnej trzeciej części goleni. (*L'Union médicale* Nr. 29, 1896).

K. N.

376. **Operacje wola zamostkowego.** W przypadkach wola, opuszczającego się ku dołowi po za powierzchnię tylną mostka

i będącego zazwyczaj dużym, twardym, okolonym przez żyły rozszerzone, guzem, częstokroć wobec licznych z narządami sąsiednimi wzrostów do wyłuszczenia niemożliwym, Jaboulay ogranicza się tylko obnażeniem i wyciągnięciem wola na zewnątrz (la mise à l'air) wraz z jego częścią po za mostkową. Z postępowaniem czasu zabieg ten doprowadzić może do zaniku i wessania się guza; w niektórych jednak razach sprawa przechodzi w ropienie i ciągnie się nader długo, a trepanacja rękojeści mostka staje się niezbędną dla wypuszczenia nagromadzonej w przestrzeni po za mostkowej ropy i zagojenia przetok. Aby uniknąć powikłań tego rodzaju J. radzi wykonywać trepanację od razu i przytacza spostrzeżenie odnośne, zakończone pomyślnie i tyżące się pewnego 50-letniego chorego; dla ułatwienia sobie w danym przypadku dostępu do części wola; wciśniętej po za mostek, wypilowano jego rękojeść na długości 5 cm., a przy badaniu przez wylom kostny, odpowiadający ściśle wymiarom guza, przekonano się, że ten ostatni przyrósł do osierdzia i pni żylnych, wskutek czego trzeba było poprzestać na częściowem wypchnięciu zrazu na zewnątrz, co jednak starczyło zupełnie do zniesienia ucisku, wywieranego przedtem przez ów zraz wola na tchawicę.

W okresie pooperacyjnym stwierdzono, że ruchy obu kończyn górnych pozostały i nadal całkiem prawidłowe i jedynie tylko końce obojczyków wewnętrzne, swobodne zresztą i ruchome, zupełnie stykały się z sobą przy podnoszeniu kończyn do góry i wzajemnem zbliżaniu się dłoni. Dane te przekonywają, że udział obojczyków w czynnościach kończyn górnych nie jest niezbędnym, co i w innych przypadkach zauważono już nieraz. (Lyon médical. Nr. 29, 1896).

K. N.

377. **Kaiserling** poleca następujący sposób **utrwalania okazów anatomicznych i patologicznych**: w płynie składającym się z 700 c. sz. formaliny + 1000 c. sz. wody przekrojonej + 10 gr. kali nitrici + 30 gr. kali acetic, i wziętym w dostatecznej ilości, trzyma się okaz 24 godziny, chociaż i 36—48 godzin wpływu szkodliwego nie wywiera; płyn powyższy nie wyciąga barwnika krwi, przeto może być użytym wielokrotnie, nie tracąc na przezroczystości. Następnie przenosi się okaz do 80% wysokoku na 12 godzin, później do wysokoku 95% na 2 godziny, wreszcie przechowuje się w mieszaninie równych części wody i gliceryny, do której 30 części kali acetic dolano. Okazy delikatniejsze (kiszki i t. p.) przechowują się w mieszaninie wody i gliceryny aa, do której dodano 10% wysokoku absolutnego. Sposób opisany daje możność zachowania barwy naturalnej okazów, ich ukrwienia i przejrzystości; przechowują się w tym płynie doskonale nawet takie okazy, które zaczęły ulegać gniciu. Nadto sposób ten jest łatwy, wygodny i tani, pomijając już tę ważną okoliczność, że w ciągu 3 dni mamy okaz utrwalony i gotowy. Cenne zalety tego sposobu i wyższość jego ponad inne uznał tak poważny znawca, jak Rud. Virchow. Czy okazy długo będą zachowywały w tym płynie swoją świeżość i niezmiennność barw, przyszłość dopiero pokaże; najstarsze okazy, jakie autor przedstawiał na posiedzeniu lekarskiem w Berlinie,

miały 4 miesiące. Kaiserling ma wszakże nadzieję, że sposób jego, przy przechowywaniu okazów w miejscu ciemnym, odpowie wszystkim wymaganiom. (Berl. kl. Woch. Nr. 35, 1896).

W. Ż.

378. W **nieustannych wymiotach ciężarnych** (hyperemesis gravidarum) stosował d-r Rech z Kolonii **orexinum basicum** w przypadku rozpaczliwym, gdzie z powodu upadku sił miano przystąpić do poronienia sztucznego. D-r Rech podawał lek w dawkach 0,30 trzy razy dziennie w opłatkach i, już po 3 proszku, wymioty zupełnie ustały, a powrót do zdrowia postępował tak szybko, że po 3 dniach chora mogła już o własnej sile chodzić. Frommel ogłosił w r. 1893 cztery przypadki pomyślnego wyleczenia. Ujemnego pobocznego działania przy podawaniu orex. basic. wbrew zdaniu Martins'a i Pareńskiego autor nie zauważył. (Centralb. für Gyn. Nr. 33).

I. M.

ODCINEK.

POGOTOWIE RATUNKOWE.

(*Dalszy ciąg*).

II.

Przechodząc do opisu urządzenia wewnętrznego stacji ratunkowej, nie będziemy się rozszerzali nad tem, jak zużytkowano przestrzeń wyznaczoną w tym celu przez zarząd wystawy. Zaznaczymy tylko, że stację ratunkową umieszczono w baraku, zbudowanym według systemu Decker'a w fabryce Christoph'a i Unmack'a. W baraku urządzono 4 przedziały (pokoje), w których rozmieszczono przedmioty w ten sposób, że przeznaczenie każdego pokoju jest mniej więcej zrozumiałe. Widzimy więc tu poczekalnię, pokój dla chorych, pokój dla lekarza i salę operacyjną.—Sprzęty, które należą do zwykłego umeblowania, pominiemy milczeniem, opisujemy natomiast szczegółowo te przedmioty, które stanowią specjalne urządzenie stacji ratunkowej.

W celu łatwiejszego oryentowania się podzielimy wszystkie te przedmioty na 3 grupy, a mianowicie:

- 1) przedmioty, które pozostają stale na stacji ratunkowej; nazwiemy je dla krótkości przedmiotami stałemi;
- 2) przedmioty przeznaczone do zabierania na miejsce wypadku—przedmioty przenośne;
- 3) środki transportowe.

I. Przedmioty stałe.

W grupie tej opiszemy kolejno sprzęty, naczynia i narzędzia.

A. Sprzęty.

1) *Stół operacyjny* zbudowany z żelaza z blatem szklanym; blat składa się z 5-ciu tafli szklanych: jedna stanowi wezglowie, dwie tworzą część środkową stołu (pomiędzy niemi szpara podłużna), dwie zaś służą do oparcia nóg; z tych ostatnich każda z osobna daje się opuszczać ku dołowi; pod spodem blatu w kierunku szpary w części środkowej stołu umieszczona jest rynna blaszana; z boków stołu przymocowane są podtrzymywadła do nóg (w położeniu ginekologicznem). 2) *Stolik żelazny* z blaszanym blatem do narzędzi lub materiałów opatrunkowych. 3) *Stolik żelazny* na kółkach z dwoma blatami szklanymi; do jednego boku stolika przymocowany jest pręt żelazny, na którym zawieszono są dwa irygatory. 4) *Stolik żelazny* z dwoma blatami szklanymi i dwiema klapami z blachy po bokach. 5) *Szafka do narzędzi*; górna część szafki zbudowana jest ze szkła i żelaza (ściany i półki szklane), dolna z drzewa. 6) *Dwie umywalki* metalowe z marmurowymi blatami. 7) *Dwie półki metalowe* przybite do ściany. 8) *Dwie półki drewniane* (etażerki).

Wszystkie powyższe przedmioty pomalowane są na kolor biały farbą olejną.

9) *Sterylizator* do gotowania narzędzi z blachy, obity masą asbestową i ogrzewany dwiema lampkami spirytusowemi. 10) *Klozet hermetyczny*. 11) *Bidet* (wanienka do obmywania dla kobiet). 12) *Mała wanienka* do kąpania dzieci. 13) *Skrzynka* z bielizną dziecięcą. 14) *Fotel* do opatrywania chorych, obity ceratą, łatwo poruszalny we wszystkich kierunkach. 15) *Trzy łóżka* składane.

B. Naczynia.

1) *Cztery wielkie irygatory* w kształcie marchwi (dwa umieszczone nad stolikiem wymienionym pod Nr. 3 — A.). 2) *Siedem butli* do płynów antyseptycznych (nad umywalkami po dwie butle). 3) *Trzy szklane podłużne pudełka* ze szklanymi pokrywkami. 4) *Cztery szklane pudła* różnej wielkości z metalowymi pokrywkami. 5) *Szklane naczynia do podwiązek* (ligatur). 6) *Dwa pudła metalowe* duże, pomalowane na biało i kilka podobnych mniejszych. 7) *Pięć podstawek czarnych* z papier-maché. 8) *Pudełka papierowe* do bandaży. 9) *Podstawa porcelanowa* do narzędzi. 10) *Dwa kubki porcelanowe*. 11) *Baseny, naczynia do moczu* (t. zw. kaczkki) i *spluwaczki*.

C. Narzędzia.

1) *Kleszcze położnicze*, 2) *kleszczyki krew tamujące Péan'a* i z zasuwkami, 3) *nożyczki*, 4) *haczyki ostre i tępe*, 5) *szczypczyki anatomiczne i chirurgiczne*, 6) *zglębniki żłobkowane i główkowane*, 7) *trzymadło do igieł*, 8) *kleszczyki długie zgięte*, 9) *rurki tracheo-*

tomijne, 10) kateter metalowy, 11) rurka Bellocq'a, 12) nożyce do zdejmowania gipsu, 13) pancierz do ochrony palca, 14) 3 szpryce kauczukowe i jedna metalowa, 15) szpateł, 16) rozwieradło do ust, 17) maska i flaszka do chloroformowania, 18) lusterko oczne, 19) wziernik do nosa, 20) lejek (wziernik) i szczypczyki uszne, 21) wzierniki maciczne rurkowate, Cusco i Sims'a, 22) ciepłomierz, 23) narzędzia do opukiwania i osłuchiwania, 24) brzytwa, 25) rury gumowe do żołądka i sondy do przelyku.

Powyższe narzędzia mieszczą się w szafce wymienionej pod Nr. 5 (A), oprócz nich znajdujemy jeszcze następujące:

a) maszynkę elektryczną, b) sondy metalowe Béniqué'go w pudełku, c) przyrząd do laryngoskopowania, d) przyrząd Paquelin'a, e) kleszcze do zębów w pudełku, f) duże pudło z narzędziami do amputacji (podarunek pana Vragassy'ego) g) pulweryzator.

II. Przedmioty przenośne.

a) *Kufer duży* z cienkich desek, obity płótnem, z drewnianymi obręczami i metalowymi okuciami; pod wiekiem torba, w dole dwie kondygnacje w postaci szuflad blaszanych podzielonych na przedziałki. W przedziałkach kondygnacji górnej mieszczą się następujące przedmioty: 1) pancierz do ochrony palca, 2) pudełko z agrafkami, 3) dwie butelki oplecione sznurkiem, 4) rondel, 5) flaszka w drewnianej oprawie do karbolu, 6) dziesięć flaszek w drewnianej oprawie przeznaczonych do spirytusu, kwasu octowego, oliwy, wody kolońskiej, chloroformu, eteru, kokainy, wody laurowej, wazeliny jodoformowej i soli trzeźwiących, 7) słoik szklany z metalową pokrywką, 8) gaza jodoformowa w opakowaniu z papieru woskowego, 9) szprycy Pravatz'a, 10) zapalniczka, 11) jedwab' w szklanej tubce z kapsłą metalową, 12) brzytwa, 13) nożyczki duże, 14) nóż do rozcinania butów, 15) wachlarz, 16) szprycy kauczukowa, 17) stetoskop, 18) kleszczyki długie, 19) plaster lepki w pudełku papierowym, 20) szpilki zwyczajne w papierku, 21) trzy rynienki z papier-mâché do wlewania lekarstw, 22) szklanka z papier-mâché, 23) irygator, 24) pugilares skórzany z narzędziami (trousse), 25) dwie podstawki miedziane (miedziczki do obmywania ran), 26) pudełko metalowe z gazą jodoformową tak urządzone, że można odciąć kawalek nie wyjmując gazy, 27) dwie szcetki do mycia rąk, 28) narzędzia do tracheotomii w pudełku pokrytem skórą i wybitem aksamitem, 29) puszka do herbaty, 30) przyrząd do chloroformowania, 31) korkociąg, 32) nożyczki, 33) dwie łyżki, 34) dwie latarki, 35) pudełko drewniane z narzędziami do amputacji, 36) 4 katetery metalowe w pudełku drewnianym.

Kondygnacja dolna podzielona jest na dwa przedziały; w jednym przedziale znajdują się (37) sondy żołądkowe (sonda z gąską, trzy sondy twarde, rura gumowa miękka, trzy grube zgłębniki do przelyku, sonda do wyjmowania ciał obcych, sonda fiszbinowa z gąską), w drugim przedziale umieszczona jest (38) wata, gaza jodoformowa i bandaże (gaza i wata w opakowaniu z papieru woskowego); tu również znajdują się (39) deseczki drewniane i kłamry metalowe, za pomocą których można kilka deseczek połączyć ze sobą i wytworzyć jedną dłuższą.

b) *Kufer mniejszy* urządzony tak samo jak poprzedni, lecz zawiera tylko jedną kondygnację w postaci blaszanej szuflady, podzielonej na przedziałki. W przedziałkach mieszczą się też same przedmioty z wyjątkiem wymienionych pod Nr. 9, 10, 12, 14, 15, 19, 30, 21, 29, 30, 31, 36. Nadto niektóre przedmioty są w mniejszej ilości.

c) *Torba skórzana*, której zawartość stanowią przedmioty następujące: 1) słoik szklany do soli trzeźwiących, 2) słoik do proszku jodoformowego, 3) flaszka w drewnianej oprawie do wody laurowej, 4) flaszka oplatana (do koniaku), 5) kubek blaszany i drugi gumowy, 6) lejek gumowy, 7) rura gumowa, 8) łyżka, 9) szpryca Prawat'a, 10) szczotka, 11) mydło, 12) latarka, 13) deseczki drewniane, 14) wata, gaza jodoformowa i bandaże.

d) *Druga torba skórzana*, która zawiera środki opatrunkowe, deseczki drewniane i jedną miedniczkę do obmywania ran.

e) *Torba płócienna* z odtrutkami.

f) *Szyny drewniane* i blaszane (Volkman'a) w worku płóciennym.

g) *Płótno do ratowania ludzi* podczas pożaru.

III. Środki transportowe.

A. Do przenoszenia chorych.

1) *Dwoje noszów z plecionych pasów* z drążkami po bokach do przenoszenia lekko chorych w pozycji siedzącej. (Chory, podczas przenoszenia, opiera się rękami na ramionach niosących).

2) *Dwa fotele*, z których jeden ma siedzenie drewniane, drugi wyściełane, pokryte zielonym rypsem. Fotele po bokach mają drążki proste.

3) *Sześć sztuk noszów otwartych* do przenoszenia chorych w pozycji leżącej, zbudowanych z drzewa, z posłaniem z płótna.

4) *Dwoje noszów zamkniętych*: ponad noszami wznosi się zasłona płócienna rozpięta w postaci baldachimu na żelaznym rusztowaniu; w głowach, w zasłonie płóciennej z obu stron okienka. Jedne nosze są żelazne z posłaniem obitem blachą (dla chorych zaraźliwych), drugie zrobione są z drzewa i mają posłanie miękkie obite ceratą.

5) *Nosze w kształcie trumny żydowskiej* (do przenoszenia ciał zmarłych).

B. Do przewożenia chorych.

1) *Wózek* na dwóch kołach z zasłoną płócienną i materacem obitym ceratą.

2) *Kareta duża* do przewożenia ciężko chorych; ściany boczne można podnosić ku górze, z tyłu drzwiczki; wewnątrz nosze zawieszane na pasach skórzanych zakończonych kółkami gumowymi, z boku siedzenie; nosze i siedzenie miękkie, pokryte ceratą.

3) *Kareta mniejsza*: jedna ściana boczna daje się unosić ku górze, w drugiej drzwiczki, wewnątrz także samo urządzenie jak w karecie dużej.

4) *Kareta* według wzoru opisanego pod Nr. 2, z tą tylko różnicą, że ściany wewnętrzne, nosze i siedzenie są obite blachą. Ma ona służyć do przewożenia chorych zaraźliwych.

Wszystkie powyższe ekipaże mają koła z obręczami gumowymi. Karety wewnątrz i zewnątrz mają latarnie, a nadto zaopatrzone są w tuby do porozumiewania się z woźnicą.

III.

Z opisu powyższego widzimy, że stacya ratunkowa jest wyposażona bardzo szczerze. Zarówno ilość jak i jakość przedmiotów dowodzi, iż nie oszczędzono kosztów na jej urządzenie. Narzędzia, naczynia i sprzęty, które bez wyjątku sprowadzono z zagranicy, odznaczają się nie tylko dobrocią materiału, lecz i dokładnością wykończenia. Z tego powodu całość sprawia nader dodatnie wrażenie ogólne. Jeżeli jednak zagłębimy się w szczegóły urządzenia stacyi ratunkowej, a zwłaszcza jeżeli zechcemy ocenić je w oświetleniu wyłuszczonych na wstępie postulatów, przyjść musimy do wniosku, że urządzenie to nie zupełnie znajduje się w zgodzie z założeniem podobnej instytucyi. Z jednej strony uderza nas nadmiar przedmiotów, których użyteczność w stacyi ratunkowej wydaje się nam wątpliwą, z drugiej zaś — brak rzeczy, które według wymagań współczesnych za niezbędne winny być uważane. Zdawać by się mogło, że ci, którym powierzona została sprawa zaopatrzenia stacyi ratunkowej, niedostatecznie liczyli się z warunkami miejscowymi i z tego, być może powodu, zbyt obszernie zakreślili pole przyszłej działalności pogotowia. Tem prawdopodobnie tłumaczy się brak ściśle określonej celowości w urządzeniu, brak, który, naszym zdaniem, za główną wadę poczytać należy. Obecność np. wśród narzędzi kleszczy położniczych nasuwa myśl, że do zakresu działalności pogotowia zaliczono pomoc w przypadkach zaburzeń porodowych.

Powyżej wymieniliśmy powody, dla których a priori należałoby pomoc położniczą wyłączyć z zakresu działalności pogotowia. Tu zaś zaznaczmy, że wobec istniejących u nas przytułków położniczych, rozrzuconych w rozmaitych okolicach miasta, pomoc pogotowia w przypadkach zaburzeń porodowych wydaje się nam zupełnie zbyteczną. Jedną tylko czynność w przypadkach tego rodzaju z pożytkiem mogłoby spełniać pogotowie ratunkowe, mianowicie przewożenie rodzących do przytułków położniczych. Do spełnienia jednak tej czynności potrzebne są nie kleszcze, lecz odpowiednie wozy. Sądzymy więc, że kleszcze, wybrane niewiadomo dla czego z całego arsenału narzędzi położniczych, niepotrzebnie zgoła znalazły się w instrumentarium stacyi ratunkowej.

Rozpatrując uważnie to ostatnie, znajdujemy obok kleszczy inne jeszcze narzędzia, których obecność wydaje się nam niedostatecznie uzasadnioną. Najmniejszej nie podlega wątpliwości uży-

teczność takich narzędzi chirurgicznych, jak np. sond Béniqué'go. Jaki jednak zachodzi stosunek pomiędzy zastosowaniem tych ostatnich a „pomocą doraźną w przypadkach nagłych,” wyrozumieć dość trudno ¹⁾. Nie przypuszczając, ażeby wybór narzędzi odbywał się na „chybił trafiał,” dojść musimy do przekonania, że do zakresu przyszłej działalności stacyi ratunkowej zaliczono również leczenie tych cierpień narządów moczopłciowych męskich, z którymi chorzy obecnie zwracają się do ambulatoryjów.

A. Karczewski.

(Dokończenie nastąpi).

KRONIKA BIEŻĄCA.

— Kilka słów prawdy.

Z powodu pobytu w Warszawie d-ra Gałęzowskiego okulisty w Paryżu, *Gazeta lekarska* (Nr. 41) wystąpiła z artykułem, przeciwko któremu jako odłam prasy lekarskiej zaprotestować musimy.

Czy było winą d-ra Gałęzowskiego, czy nie, że o nim pisma codziennie tak szeroko pisały, wchodzić w to nie będziemy, przypuszczamy również, iż *Gazeta lekarska* mówi szczerze, „że prof. Gałęzowski wolałby wywieźć z Warszawy serce przepelnione wrażeniami, aniżeli pugilares wypelniony banknotami chorych, którym często nie mógł nic zostawić tylko różowe nadzieje”, ale końcowy ustęp zasługuje na uwagę, jako rzecz niebywała w naszych stosunkach koleżeńskich: „jeszcze dziwniejszą wydała nam się wiadomość, pisze *Gazeta lekarska*, podana przez pisma codzienne, że chcący się dostać do prof. Gałęzowskiego, mogą się zapisywać u d-ra X., a potem u szwajcara hotelu Europejskiego. Sądzymy, że tem porównaniem kolega wspomniany został mocno dotknięty, dziwimy się jednak, że dotychczas przeciwko temu sam nie zaprotestował”.

Tak brzmi ustęp. Nie sądzymy, aby autor piszący te słowa, albo redakcyja *Gazety lekarskiej* na chwilę przypuszczali, że podobne porównanie szwajcara z kolegą, mogło powstać w czyimkolwiek umyśle. Złośliwość tylko wieje z tych słów, uwłaczająca więcej pismu, które się jej dopuściło, niż owemu koledze.

W niczyjej obronie osobistej nie występujemy, każdy bowiem swoje sprawy osobiście załatwiać powinien, ale w imię powagi naszej prasy lekarskiej gorąco przeciw tego rodzaju artykułom zaprotestować musimy.

— Wystawa higieniczna.

Zamknięcie wystawy higienicznej nastąpiło dnia 1 b. m. i w chwili obecnej należy już ona do przeszłości. W zesz. XVI

¹⁾ Sond Béniqué'go używa się przeważnie do leczenia rzeźączki przewlekłej i jej powikłań (zwężeń cewki).

ogólny nasz pogląd na wystawę zaznaczyliśmy, obecnie drukujemy sprawozdanie z działów, bliżej obchodzących naszych czytelników.

Tu jeszcze zaznaczyć musimy, że od początku do końca wystawa stale złą miała pogodę i tem tłumaczyć sobie można małą frekwencyę (około 300,000 osób) na wystawie. Było trochę błędów i ze strony zarządu, mało ruchliwego i zdatniejszego do rozpraw naukowych, niż do administracyi. Koledze Polakowi największe należy się uznanie za niezmordowaną energię, jaką ciągle okazywał i, być może, gdyby nie stali oponenci, wystawa inaczej by się przedstawiała; opozycja quand même opóźniała ciągle pracę i szkodziła wystawie.

Rezultat finansowy wystawy, według sprawozdania kol. Polaka, przedstawia się, jak następuje:

D o c h ó d.

Fundusz zakładowy złożony przez uczestników wystawy	rs.	445	kop.	—
Udział magistratu w budynku głównym	"	5,000	"	—
Wynajem miejsc	"	8,928	"	10
Dzierżawy zakładów jadalnych	"	3,215	"	—
Wejścia na wystawę (z dioramą).	"	38,263	"	32
Różne dochody	"	107	"	54
Sumy zwrotne (magistratu)	"	150	"	—
<hr/>				
Razem	rs.	56,108	kop.	96

W y d a t k i.

Budynki	rs.	18,967	kop.	42
Dekoracye	"	1,632	"	40
Roboty plantacyjne	"	377	"	40
Utrzymanie biura	"	1,184	"	83
Służba	"	6,821	"	35
Wydatki kancelaryjne i drobne (w ciągu 2-eh lat).	"	1,045	"	09
Oświetlenie	"	3,051	"	10
Zasiłki (wydane komitetom) na prace naukowe	"	5,010	"	—
Druk i papier (t. j. całkowity koszt) książeczki bezpłatnie rozdawanej p. t. „Myślny o zdrowiu”.	"	271	"	18
Plakaty, afisze i ogłoszenia	"	1,073	"	79
Diorama (prócz budynku)	"	298	"	70
Orkiestra	"	12,465	"	—
Ubezpieczenie ogniowe	"	169	"	98
Ruchomości	"	448	"	40
Różne wydatki (iluminacye, zabawy, fotografia Röntgen'a i t. p.).	"	2,548	"	18
Sumy zwrotne (magistrat)	"	400	"	—
<hr/>				
Razem	rs.	55,764	kop.	82

Byłby on świetny gdyby nie to, że za budynki należy się jeszcze przemysłowcom dość znaczna kwota, na której pokrycie są tylko budynki. Skoro zostaną sprzedane, być może deficyt się pokryje wobec tego, że i wielu wystawców pozostało winnych wystawie.

— Instytucje dobroczynne dla lekarzy.

Austryackie izby lekarskie obradowały w ostatnim czasie nad ważną kwestyą urzędzeń dobroczynnych (czemu nie samopomocy?) dla lekarzy. Wynik podajemy według sprawozdania d-ra L. Kosińskiego w „Przeglądzie Lekarskim” (Nr. 40).

Na 19 izb lekarskich w Austrii, 10 oświadczyło się za obowiązkiem ubezpieczeniem. Projekt według tego przedstawiałby się w formie następującej:

1) Każdy lekarz, liczący poniżej 50 lat, obowiązany jest zabezpieczyć los swej żony i dzieci—na wypadek swej śmierci.

2) Wdowa po lekarzu otrzyma 400 złr. rocznej pensji; sieroty od 50 do 200 zł. aż do pełnoletności.

3) Ma być zaprowadzony 3 letni okres przejściowy, w którym pensji się nie wypłaca.

4) Każdy lekarz, poniżej lat 40, ma sobie zabezpieczyć rentę roczną w kwocie najmniej 400 złr. rocznie, płatną od 65 roku życia; na ubezpieczenie to ma składać zaliczkę od czasu wstąpienia do Izby, t. j. od chwili otrzymania dyplomu.

Lekarze zabezpieczeni już w innych instytucjach do równej wysokości, jak w projekcie, są wolni od ubezpieczenia przymusowego.

Roczna opłata mająca być poniesioną przez lekarzy, nie jest dotąd oznaczona, wysokość jej podawano w rozmaitych izbach b. różnie, 50 do 400 złr.

Izby galicyjskie zaznaczyły, że choć w zasadzie zgadzają się na ubezpieczenia, to uważają je jednak za ciężar, dla wielu lekarzy zbyt duży. Wschodnio-galicyjska izba podnosi myśl, aby część opłat asekuracyjnych ponosiło społeczeństwo. Izba w Gorycyi słusznie domaga się wprowadzenia w życie ubezpieczeń na wypadek chorób (przemijających lub przewlekłych). Izba tyrolska żąda, aby rodziny po lekarzach umierających z chorób zaraźliwych, otrzymywały ubezpieczenie od państwa.

— Sprawy sądowe.

W ostatnim czasie w Wiedniu podlegały rozpatrywaniu najwyższych instancji dwie następujące, ciekawe sprawy sądowe. W pierwszej chodziło o to, czy można sekwestrować lekarza? Pewien lekarz wiedeński winien był pewnemu kupcowi sumę długu wekslowego. Dłużnik nie poczuwał się do zapłaty, i pomimo kilkakrotnych zajęć, mieszkał dobrze i żył dostatnio. Wobec tego wierzyciel wystąpił o nałożenie sekwestru na dochody lekarza, na co otrzymał zezwolenie sądu handlowego, które jednak, wskutek apelacji dłużnika, skasowane zostało przez sąd najwyższy (Oberste Gerichtshof). Adwokat kupca powoływał się na to: że, gdyby dochody z praktyki lekarskiej nie podlegały egzekucji, stanowiłoby to wielki przywilej dla lekarzy, którego prawo nie przewiduje. Dochody lekarza powinny podlegać sekwestracji, podobnie, jak do-

chody adwokatów, notaryuszów, zwłaszcza gdy niema innej drogi egzekwowania ich. Nielogicznym byłoby ochraniać w ten sposób dochód lekarza, często bardzo znaczny, kiedy np. dochody urzędników bywają sekwestrowane do tego stopnia, że zaledwie pozostawia się możność wyżywienia.

Najwyższy trybunał orzekł na to, że wykonywanie praktyki lekarskiej nie może się uważać (w Austrii) za przemysł. Sekwestrujący, w myśl prawa, jest zarządzającym obiektu sekwestrowanego i z natury rzeczy musi przy wyzyskiwaniu dochodów z danego obiektu sam współdziałać, co przy wykonywaniu praktyki lekarskiej jest niemożliwe; tam zaś nie może być mowy o sekwestracji, gdzie faktycznie idzie o uzyskanie pretensyi egzekwowanego do honoraryów, za jego czynność lekarską.

W drugiej sprawie, sąd handlowy rozstrzygnął, że towarzystwo asekuracyjne nie powinno odpowiadać w razie samobójstwa, popełnionego przez ubezpieczonego w stanie nieodpowiedzialnym (choroba umysłowa). Najwyższy sąd zażądał zdania biegłych, czy samobójstwo popełnione zostało w psychozie. A chociaż biegli w sprawach ubezpieczeniowych orzekli, że nawet przy skonstataowaniu choroby umysłowej towarzystwa nie są obowiązane płacić, to jednak sąd orzekł, że zgodnie z logiczną konsekwencją umowy, w podobnych przypadkach towarzystwa obowiązane są do wypłaty. (Münch. M. W. 38).

— Szczepienie ospy ochronnej.

We Francyi niema dotąd obowiązkowego szczepienia ospy, to też epidemie tej choroby nigdzie w cywilizowanej Europie nie są tak częste, jak w tym kraju. W niektórych miastach silna ospa panuje endemicznie do takich należy Marsylia. W roku 1894-ym zmarło tam z ospy 147 osób, a w 1895—738! W pierwszym półroczu 1896—358. Tymczasem w Niemczech, po wprowadzeniu w 1874 r. przymusowego szczepienia — śmiertelność nie wynosi 1 na 100,000 ludności, podczas gdy w r. 1871 w Berlinie dochodziła do 632 na 100,000.

Podobne stosunki d-r Hervieux, prezes akademii lekarskiej i dyrektor służby szczepienia ospy, nazywa wprost skandalem medycznym, grożącym nie tylko ludności francuskiej, ale i jej stosunkom z państwami zagranicznymi, które słusznie mogą żądać praw kwarantanowych dla osób i towarów wychodzących z Marsylii. (Lyon Med. 38).

— Nominacye.

D-r Jan Raczyński mianowany został docentem prywatnym Pedyatrii, a d-r L. Kryński Chirurgii.

— Prof. higieny na uniwersytecie moskiewskim, na miejsce Erissmann'a, ma zostać Bubnow.

— Prof. Koch wysłany został do Memmla, dla zbadania **przyczyn rozszerzania się tam trądu**, oraz wskazania środków zapobiegawczych.

— Uniwersytety w Austrii, według nowego projektu, mają otrzymać oddzielne **katedry wodoleczenia**. Prawdopodobnie urządzane będą kliniki odpowiednie.

— Paryska **Assistance Publique**, odpowiadająca naszej radzie miejskiej dobr. publ. w r. b. miała 44,389,984 fr. dochodów zwykłych, oraz 4,983,000 nadzwyczajnych. Wydatki wynoszą tyleż.

— **Zebranie członków niemieckiej prasy lekarskiej** (Freie Vereinigung der deutschen medicinischen Fachpresse) odbyło się d. 21 Września we Frankfurcie. Na zebranie przyszloroczne obrano Berlin. Do tej pory stowarzyszenie obejmuje 37 pism.

— W Kairo otwarto instytut **hygieniczny**, którego dyrektorem został mianowany d-r H. Bitter, dawny asystent Flügge'go. D-r Bitter był przez czas pewien inspektorem lekarskim w Kairze; przedtem, jako docent wykładał higienę we Wrocławiu.

— Jak donoszą pisma codzienne **dyżury nocne** lekarskie na nowo przy aptekach funkcyonować zaczęły.

— Nowiny Lekarskie zaczęły podawać streszczenia prac oryginalnych z pism polskich lekarskich na wzór tych, które przez lat kilka podawała **Kronika**. Nie chcąc wtedy konkurować z rocznikiem wydawanym przy Pamiętniku, streszczeń zaprzestaliśmy, przez co inne działy odpowiednio mogliśmy rozszerzyć.

— W Odessie dnia 5 z. m. położono kamień węgielny pod nowy wydział lekarski.

— Według **statystyki** Pawłowskiego, roczna ilość **samobójstw** w Europie wynosi 25,000. We Francyi ilość samobójstw wzrasta od r. 1880 stale, w ostatnim roku było 8,226. Ilość samobójstw dzieci wynosiła 80 w r. 1894. Największa ilość samobójstw jest wśród inteligencji zarobkującej.

— W dniu 1 b. m. odbyło się poświęcenie instytutu wód mineralnych, zjednoczonych aptekarzy warszawskich. Instytut mieści się obecnie w gmachu ad hoc zbudowanym przy ulicy Marszałkowskiej. Urządzony z uwzględnieniem wszelkich wymagań higieny i nowoczesnej techniki, posiada olbrzymi aparat destylacyjny na własne potrzeby.

NADESŁANO DO REDAKCYI.

St. Sterling: Ueber Contraindicationen für den Gebrauch von Bromsalzen. Odb. z Terap. Monatsh.

J. Saks: O krwawieniach z macicy. Odb. z „Medycyny.”

J. Polak: L'épidémie de choléra à Varsovie 1892. Ódbitka z Dziennika VIII Zjazdu międzynarodowego dla higieny i demografii w Peszcie 1894 r)

SPIS RZECZY.

Prace oryginalne.

- I. Józef Jaworski. Mors sub menstruatione ex anaemia, (dokończenie), 885.—
 II. D-r Kazimierz Niedzielski. Rak odbytnicy, (ciąg dalszy), 891.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

- I. **Chirurgia.** 367. D-r Paul Poirier. Rezekcja zwoju Gasser'a, 896. —
 368. Oskar Vulpus. Przypadek t. zw. pes malleus valgus, 897.
- II. **Ginekologia.** B. Grzankowski. Streszczenie zbiorowe. Przyszywanie macicy ku przodowi w związku z ciążą i porodem w świetle najnowszych spostrzeżeń, 898. — 369. Prof. Kocks. O sztucznem skracaniu więzów szerebkich od strony pochwy przy wypadnięciu i tyłopochyleniu macicy, 902.
- III. **Choroby weneryczne i skórne.** 370. Denisenko. Leczenie nowotworów rakowatych, 903.—371. Prof. Caspary. W sprawie powstawania przymiotu dziedzicznego, 904. — 372. D-r Rille. O leczeniu przymiotu rtęci-jodkiem hemolu, 905.—373. M. Müller. 100 przypadków urethritidis gonorrhoeicae, leczonych metodą Janet'a, 906.
- IV. **Choroby oczu.** 374. D-r Gałęzowski. O dziedziczności przymiotu w oczach w drugim pokoleniu, 908.
- V. **Sprawozdania z posiedzeń towarzystw lekarskich.** Korespondencya z Paryża, 910.—Bibliografia, 914.
- VI. 375 — 378. Wiadomości pomniejszych, 916.
- Odcinek, 918.—Kronika bieżąca, 923.

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

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