

# KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

## I. Przypadek oderwania się tęczówki

od wieńca rzęskowego.

(IRIDODIALYSIS).

PODAJE

W. Garliński (Łódź).

Oderwanie się błony tęczowej oka od wieńca rzęskowego, jeżeli nie wyłącznie, to w każdym razie w niezrównanej większości przypadków powstaje wskutek urazu, w następstwie działania siły zewnętrznej, szybko bardzo narastającej i bodaj prędzej jeszcze ustępującej z miejsca, na które wywarło swe działanie.

Charakter błyskawiczny w mowie będącej siły, względnie do masy uderzającego ciała i do kierunku działania, może spowodować najróżnorodniejsze uszkodzenia gałki ocznej, i dlatego, ażeby nastąpiło czyste, niepowikłane zmianami innych błon oka oderwanie się tęczówki od wieńca rzęskowego, potrzeba, aby siła, działająca z zewnątrz, oprócz błyskawiczności, posiadała pewną masę i pewien kierunek działania. Zdaje się wszelako, że wchodzące w grę omawianego przypadku warunki mogą się układać w różne kombinacje — koniecznością wszakże fizyczną będzie zawsze pewne, stałe napięcie siły działającej. Być może, że ta ściśle określona wysokość napięcia siły, spowodującej uraz na gałkę oczną, jest przyczyną, że wypad-

ków czystej irydodyalazy jest bardzo mało. Powyższy fakt będzie tem bardziej zrozumiały, jeżeli dodamy, że siła zewnątrz musi koniecznie działać na pewne, określone miejsce gałki ocznej, mianowicie, na rąbek rogówkowo-spojówkowy (Bałlaban).

Mechanizm powstawania oderwania się tęczęwki od wieńca rzęskowego do ostatnich czasów był traktowany po macoszemu. — Istniały, wprawdzie, hipotezy Schmidt-Rimplera, Förstera i Sattlera, lecz nie mogły zadowolnić większości patologów i okulistów, do tego stopnia, że nawet w najbardziej wyczerpujących podręcznikach okulistycznych, geneza irydodyalazy pomijana była milczeniem. Dopiero w ostatnich czasach sprawę tę poruszył dr. Bałlaban ze Lwowa i w znakomitej pracy swej: „O mechanizmie powstawania oderwania tęczęwki od wieńca rzęskowego przez uraz“ („Postęp okulistyczny“, 1899, kwiecień) zebrał znane dotychczas przypadki irydodyalazy, podał słusznej krytyce dawniejsze teorie i wyraził swój pogląd na sposób powstawania w mowie będącego przeistoczenia patologicznego u obwodu tęczęwki.

Teorya Bałlabana zdaje się być najbardziej bliską prawdy, a przypadek, który niedawno miałem sposobność obserwować w wielu bardzo szczegółach odpowiadał poglądom, wyrażonym przez niego we wspomnianej pracy. Dla tego więc uważam za rzecz nie pozbawioną pewnej racyi przytoczyć własny przypadek czystego niepokwiklanego oderwania się tęczęwki od wieńca rzęskowego.

Dotyczył on 12-letniego wyrostka Jana K., syna stangreta z Ujazdu, który w dniu 2-im maja 1899 roku został uderzony biczem w prawe oko, wskutek czego nastąpiła rana cięta skóry górnej powieki i utrata wzroku, obok zachowania całości gałki ocznej.

W dniu 8 maja, t. j. w dniu, kiedy poraz pierwszy widziałem pacyenta, znalazłem, co następuje: na skórze górnej powieki prawego oka świeża, powierzchowna blizna, różowej barwy, idąca w prostej linii od góry ku dołowi i nieco ku wewnątrz, aż do wolnego brzegu powieki górnej, kończąc się na granicy zewnętrznej  $\frac{1}{3}$  długości brzegu powiekowego.

Po rozchyleniu powiek znalazłem mocne nastrzyknięcie naczyń spojówkowych i okołorogówkowych. Rąbek rogówkowo-łącznicowy w zewnętrznej swej części pozbawiony nabłonka (? Red.), komórka przednia oka całkowicie wypełniona krwią. Siła widzenia =  $\frac{1}{\infty}$ . Pożucie światła zachowane. Projectio normalis.

Leczenie polegało na zastrzykiwaniach podłącznicowych rozcynu fizyologicznego soli kuchennej według metody Darier, które sto-

sowałem co trzeci dzień. Oprócz tego zapuszczaną była codziennie atropina (1%) i oko przez cały czas leczenia pozostawało pod lekko uciskającą aseptyczną opaską.

Przebieg choroby był dla pacyenta nader pomyślny: krew z przedniej komory poczęła się stopniowo wsysać, objawy podrażnienia ustępowały i po upływie 3 tygodni czasu mogłem usunąć opaskę i wypisać chorego do domu.

Wówczas stan oka prawego był następujący: ze strony powiek, prócz lekkiej blizny na górnej powiece, nic innego nie zauważyłem. Nastrzyknięcie naczyń spojówkowych i okołorogówkowych ustąpiło zupełnie; rogówka na całej swej przestrzeni była przezroczystą; komórka przednia w miarę głęboka, źrenica jednak nie miała już kształtu prawidłowego koła, lecz została spłaszczoną w zewnętrznej swej części. U obwodu tęczówki, w części, odpowiadającej spłaszczeniu otworu źrenicowego, widać prostopadłą szparę, długości 4 mm. Przy badaniu wziernikowem stwierdzamy, że środki oczne są zupełnie przezroczyste i na dnie oka zmian żadnych niema. Skierowawszy wziernik na szparę w rąbku rzęskowym, dostrzegamy czerwony refleks dna oka. Siła widzenia  $\frac{20}{60}$ . Chory uskarża się na jednooczne wielowidzenie.

Opisany powyżej przypadek ważny jest z tego względu, że pozwala nam ściśle określić miejsce, gdzie oko zostało uderzone; do tego upoważnia nas 1) blizna na górnej powiece i 2) złuszczenie nabłonka w zewnętrznej części rąbka rogówkowo-spojówkowego. Przytoczone zmiany znalazłem, że tak powiem, matematycznie w tem samym miejscu, gdzie, po rezorbeyi krwi z przedniej komórki, zjawiała się potem szpara u obwodu tęczówki.

Tym sposobem przypuszczenie Bałabana, że przy powstawaniu czystej irydodializy siła działająca musi trafić granicę rogówkowo-twardówkową, znajduje zupełne potwierdzenie w naszym przypadku. Jeżeli jeszcze dodamy charakter błyskawiczny siły, działającej z zewnątrz (uderzenie biczem) i wiek pacyenta (12 lat), to przypadek, przez nas opisany, odpowiadać będzie wszystkim (trzem) warunkom, nakreślonym przez Bałabana i uznanym przez niego za niezbędne do wywołania czystego, niepowikłanego oderwania się tęczówki od wieńca rzęskowego.

Zgadając się w zupełności co do wspomnianych trzech warunków, wśród których powstać może urazowa irydodializa, musimy dodać, że przy ich zachowaniu może nastąpić nie tylko oderwanie się tęczówki od wieńca rzęskowego, lecz i cały szereg innych

zmian, począwszy od nic nie znaczącego zadrażnienia gałki ocznej, a skończywszy na zupełnem jej zmiążdżeniu. Zależec to będzie od masy działającej siły, jej kierunku i napięcia. Mówiąc przeto o charakterze siły błyskawicznej, naieżałoby koniecznie wspomnieć, że w obchodzącym nas przypadku siła działająca zzewnątrz musi mieć pewną masę, pewien kierunek i pewne napięcie.

Że charakter siły, wywołującej oderwanie się tęczówki, bywa rozmaity, dowodem tego służą przypadki czystej irydodylizy, które wystąpiły z jednej strony wskutek drażnienia postrzałowego, z drugiej zaś wskutek uderzenia skorupą ostrygi.

Genezę odłączenia tęczówki od wieńca rzęskowego objaśnia Bałłaban w ten sposób, że w chwili uderzenia gałki ocznej, granica rogówkowo-twardówkowa zostaje spłaszczona, przez co brzeg rzęskowy tęczówki wciska się ku środkowi; z chwilą zaś, gdy działanie siły ustaje, granica rogówkowo-twardówkowa nietylko powraca do stanu prawidłowego, ale nawet przechodzi poza granicę swej równowagi, czyli w odpowiednim miejscu staje się bardziej wypukłą, aniżeli w stanie prawidłowym. Według Bałłabana oderwanie się tęczówki powstaje nie w chwili spłaszczenia, resp. zakłęśnięcia rąbka rogówkowo-twardówkowego, lecz w chwili powrotu jego do stanu prawidłowego, kiedy tęczówka, której sprężystość jest znacznie mniejsza, aniżeli sprężystość rogówki i twardówki, nie jest w stanie zdążyć w tym samym tempie za rogówką (resp. twardówką), która szybko powraca do stanu poprzedniego położenia.

Przeciwno ostatniemu rozumowaniu nic, zdaje się, zarzucić nie można, natomiast trudno sobie objaśnić, dlaczego pomieniony autor uważał za potrzebne przypuszczać, ażeby rogówka (resp. twardówka) z chwilą ustąpienia działania błyskawicznej siły musiała przechodzić w stan wypukłości większej ponad normę, skoro powrót jej ze stanu zakłęśłego do stanu wypuklenia odbywa się z taką siłą i szybkością, że tęczówka nie jest w stanie wskutek małej swej sprężystości podążyć za tym ruchem i musi się oderwać od wieńca rzęskowego.

Dodam nadto, że w chwili przejścia granicy rogówkowo-twardówkowej ze stanu spłaszczenia w stan ultra-wypukły, nastąpiłoby musiało nadmierne rozciągnięcie brzegu rzęskowego tęczówki i co za tem idzie rozerwanie się błony tęczowej w kierunku promienia, wskutek czego powstałaby szpara poprzeczna, a nie podłużna, jak to bywa przy oderwaniu się tęczy od wieńca rzęskowego.

## II. NOTATKI LEKARSKIE

z dziedziny chorób wenerycznych.

PODAJE

*Fr. Giedroyć.*

Ordynator szpitala Św. Łazarza.



### IV \*). Wpływ leczenia swoistego w drugim okresie przymiotu na częstość występowania trzeciego okresu tejże choroby.

Zestawmy trzy następujące spostrzeżenia:

objawów, stanowiących niewątpliwą cechę trzeciego okresu przymiotu, inne choroby nie dają;

objawy trzeciego okresu widzimy tylko u tych, którzy ulegli kiedyś bezpośrednio wpływowi zarazka przymiotowego i przebyli pierwszy i drugi okres choroby, albo nabyli cierpienie to drogą dziedziczności;

chorzy z objawami trzeciego okresu posiadają odporność na zarazek przymiotowy (wyjątki bardzo nieliczne).

Zestawiwszy te trzy fakty, nie ulegające obecnie najmniejszej wątpliwości, możemy wyprowadzić jeden tylko wniosek stanowczy, mianowicie, że tak zwane objawy późne mogą zależeć wyłącznie od infekcy syfilitycznej, że stoją z nią w związku bezpośrednim, słowem, że podstawową i niezbędną przyczyną występowania tych zmian chorobowych jest przymiot sam, nie zaś co innego.

Jeżeli zaś z drugiej strony uprzytomnimy sobie, że wystąpienie trzeciego okresu przymiotu nie jest zjawiskiem stałym u każdego, kto przebył pierwsze dwa okresy choroby, nie jest zjawiskiem niezbędnem, a nawet względnie rzadkiem, będziemy zmuszeni przyznać, że oprócz podstawowej i niezbędnej przyczyny, którą wymieniliśmy

\*) Vide „Kronika Lekarska“, 1894 r.

wyżej, muszą odgrywać tu pewną rolę inne jeszcze przyczyny, pod-  
rzędne, mniej stałe.

W szeregu takich przyczyn wymieniają: niedostateczne leczenie  
swoiste, alcoholismus chron., tuberculosis, intermitteus, diabetes, scor-  
butus, morbus Brightii i t. p.

Którą z tych drugorzędnych przyczyn należy postawić na miej-  
scu pierwszym?

W r. 1899 miałem w oddziale swoim szpitala św. Łazarza  
15-tu chorych, przedstawiających niewątpliwe objawy przymiotu  
w trzecim jego okresie; we wszystkich tych przypadkach — łatwe  
dla wyraźnych oznak — rozpoznanie znalazło potwierdzenie w nader  
pomyślnym wyniku leczenia swoistego.

Rozpoznanie obecne i leczenie poprzednie u tych chorych przed-  
stawia się, jak następuje:

1. Czesław D. Exulcerationes et infiltrations nasi. Gumma  
iris. Keratitis. Cicatrices palati et faucium. Infectio ante 6 annos.  
Specifice non curatus.

2. Jan W. Syph. cerebrialis. Hemiparesis dextra. Infectio  
ante 8 annos. Specifice non curatus.

3. Jan R. Ulcera gummosa faciei. Tempus infectionis igno-  
tum. Specifice non curatus.

4. Stanisław P. Syph. cerebr. Paralysis nervi oculomotorii.  
Infectio ante 8 annos. Tum semel specifice curatus.

5. Jan B. Syph. tarda. Gummata exulcerata cutis. Tempus  
infectionis ignotum. Specifice non curatus.

6. Ignacy S. Syph. cerebrialis. Hemiparesis dextra. Infectio  
ante 11 annos. Tum semel specifice curatus.

7. Piotr R. Syph. tarda. Ulcera gummosa cutis et ossium  
faciei et cranii. Infectio ante 8 annos. Curatus specifice ab ipso  
initio morbi. Curabatur bis ter pro anno.

8. Karol L. Syph. tarda. Ulcera gummosa cutis. Tempus  
infectionis ignotum. Specifice non curatus.

9. Wojciec J. Paresis extremitatis superioris sinistrae. In-  
fectio ante 4 antos. Tum semel specifice curatus.

10. Grzegorz P. Cephalea nocturna vehemens, vertigines.  
Infectio ante tres annos. Curatus bis: per 20 et 18 inunctiones  
ung. cinerei.

11. Władysław N. Syph. tarda. Exulceratio serpiginosa pe-  
nis. Exulceratio in cavo nasi. Infectio ante 13 annos. Curatus bis:  
per 30 inunctiones ungu. cinerei et 90 iniectiones sol. sublimati.

12. Maryan C. Syph. tarda. Ulcera gummosa cutis. Infectio ante 6 annos. Tum semel specificè curatus.

13. Jan M. Syph. tarda. Ulcera gummosa nasi. Infectio ante 3 annos. Tum semel specificè curatus.

14. Heliodor M. Syph. tarda. Gummata exulcerata linguae et cutis dorsi. Infectio ante 8 annos. Tum cura prima per 22 injectiones subcutaneae solut. sublimati. Postea per 5 annos sine cura mansit, deinde quatuor curae specificae propter exulcerationes linguae recidiventes semel — bis pro anno. — Alcoholismus.

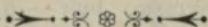
15. Gaudenty W. Syph. tarda. Gummata exulcerata faciei. Infectio ante 5 annos. Tum semel specificè curatus.

Uderzała mnie często okoliczność, że chorzy, dotknięci przymiotem w trzecim jego okresie, byli — o ile dowodziły wywiady — niedostatecznie leczeni, lub też zgoła zostawali bez leczenia swoistego w początkach choroby. Chcąc mieć dokładniejsze i pewniejsze w tym kierunku wiadomości, zebrałem wszystkie odpowiednie przypadki, które się w ciągu roku w szpitalu nadarzyły i nie sądzę, by fakt, że na 15 chorych jeden tylko (7) był w odpowiednim czasie dostatecznie leczony, można było przypisać prostemu zbiegowi okoliczności; sądzę, przeciwnie, że nawet te kilkanaście przypadków wskazują na ważną rolę leków swoistych, użytych w dostatecznej mierze w pierwszych okresach choroby, nietylko dla usunięcia istniejących, ale nadto dla zapobieżenia możliwym w przyszłości, a groźniejszym objawom przymiotu późnego, czyli innymi słowy, że w szeregu przyczyn występowania u pewnych tylko chorych późnego okresu przymiotu na pierwszym miejscu należy postawić brak lub niedostateczne leczenie rtęcią w początkach choroby.

Zjawisko to nader łatwo daje się wytłómaczyć na zasadzie teorii pasorzytniczego pochodzenia przymiotu. Finger <sup>1)</sup> na zasadzie faktów, że okres trzeci nie jest zjawiskiem koniecznym w następstwie zarażenia się przymiotem, a raczej wyjątkiem w przebiegu tego cierpienia, następnie, że chory w okresie tym traci zdolność udzielania choroby swojej komubądź z otoczenia lub przelewania jej drogą dziedziczości, wreszcie, że objawy późne mogą być udziałem osobników, które nigdy przedtem nie przechodziły pierwszego ani drugiego okresu choroby, przyszedł do zupełnie słusznego wniosku,

<sup>1)</sup> „Die Syphilis als Infectionskrankheit vom Standpunkte der modernen Bacteriologie.“ Arch. f. Dermatol. et Syph., 1890, B. 3.

że w powstawaniu ich nie może brać bezpośredniego udziału specyficzny zarazek resp. jakiś przypuszczalny pasorzyt przymiotowy, tylko produkty jego procesów życiowych — syfilotoksyny. Wiemy zaś z doświadczenia klinicznego, że wykwity przymiotowe, znikając względnie prędko i łatwo pod wpływem rtęci, bez niej zostają bez zmiany przez całe nieraz tygodnie, a w takim razie liczne i długotrwałe ogniska czynnych pasorzytów produkują ogromne ilości specyficznych toksyn, gdy przeciwnie rtęć, zabijając samą istotę chorobotwórczą, ogranicza okres jej czynnego życia, a więc ogranicza produkcję syfilotoksyn do najmniejszych rozmiarów, co w ostatecznym rezultacie zabezpiecza od wystąpienia przymiotu w przejawach okresu późnego czyli trzeciego.



## II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. Chirurgia.

92—107. Wyciąg sprawozdawczy z 13 zjazdu chirurgów francuskich, odbytego w Paryżu pomiędzy 16 i 21 października 1899 r. (*Revue de Chirurgie*, № 10, Novembre, 1899).

92. Mondot (z Oranu). **Przypadek spóźnionej trepanacji czaszki.** Osobnik pewien, będąc jeszcze 13-letnim chłopcem, spadł z wysokości na głowę i otrzymał ranę, która zresztą zagoiła się prawidłowo. Przez rok blisko poszkodowany czuł się zupełnie dobrze, z czasem jednak zaczął doświadczać drgawek i bólów, powtarzających się peryodycznie. Stan taki ze zmianami pewnymi utrzymywał się w ciągu lat ośmiu, w końcu jednak napady padaczki zaczęły powtarzać się niezwykle często, po 7 do 8 razy dziennie. Wobec takiego stanu rzeczy na miejscu bliźny starej wykonano trepanację, przyczem zauważono tamże bardzo wydatne, ograniczone ściśle zgrubienie kości. Za pomocą dłuta i młotka kość doprowadzono w tem miejscu do spoistości prawidłowej. Wynik zabiegu w tym razie był bardzo pomyślny, operowany bowiem wyzdrowiał i pozbył się padaczki na stałe.

93. Mondot (z Oranu). **Wycięcie kuli, pozostającej w mózgu w ciągu lat trzech i miesięcy siedmiu.**

Mężczyzna 40-letni strzelał do siebie z rewolweru w zamiarze samobójczym trzy razy w głowę; na razie wyjęto mu z rany jedną kulę, gdyż pozostałych nie można było odnaleźć. Pozornie osobnik



ów wyzdrowiał zupełnie, po upływie wszelako lat trzech zauważył, że nie dopisuje mu pamięć, niekiedy zaś i świadomość nawet, nadto w rozmaitych odstępach czasu doznawał napadów gorączki. Badanie radiograficzne wykryło w mózgowiu obecność kuli. Nocy, poprzedzającej operację, chory ów dostał napadu ostrego szaleństwa. I tu jednak po dokonaniu trepanacji i usunięciu zagłębionej na 5 cm. w mózgu kuli, otrzymano wyzdrowienie zupełne.

#### 94. Poncet i Rivière (z Lyonu). Rak gruczołu tarczowego.

Na mocy spostrzeganych osobiście 47 przypadków odnośnych, autorowie określają istotę cierpienia, wyszczególnionego w nagłówku w sposób następujący: rak gruczołu tarczowego jest sprawą chorobową, względnie rzadką i w  $\frac{4}{5}$  razy powstaje na tle poprzedzającego ją wola, przeważnie u osób w wieku podeszłym. Z objawów właściwych wymienić należy szybkie powiększanie się wymiarów szyi, nader gwałtowne bóle, promieniujące w kierunku ucha, karku i twarzy, wybitne zaburzenia w oddechu i wymowie, wczesnie wrzeczcie występujące charłactwo. Podeczas badania osobnika stwierdza się obecność twardego guza nieruchomego, który odsuwa wybitnie narządy szyi wraz z towarzyszącymi tymże gruczołami, doprowadza do nader wyraźnego rozděcia żył powierzchownych, wrzeczcie owładza skórę. Z postępem czasu chory porusza głowę z trudnością coraz większą, tak, że ta ostatnia zdaje się być przylutowaną do tułowia. Śmierć następuje tu zwykle z upływem 6 do 7 miesięcy, licząc od chwili zauważenia po raz pierwszy objawów chorobowych, przypadki jednak ostre mogą zakończyć się niepomysłnie już po dwóch tygodniach; postaci te mogą być łatwo rozpoznaniem błędnie, ze względu bowiem na towarzyszącą im gorączkę wysoką, nieraz przyjmowano je za zwykłe zapalenie gruczołu (thyroiditis). Leczenie nawet chirurgiczne bywa tu w większości wypadków bezsilnem zupełnie; pomocnem zaś staje się tylko wobec t. zw. torbielowatej nowotworu odmiany, tenże bowiem daje się wówczas usunąć do szczętnie. W razie istnienia bolesnej niezmiernie postaci „obrzeczowej“ (cancer en carcan) ulgi pewnej choremu dostarczą cięcia, poprowadzone dokoła gruczołu. Co do tracheotomii, ta przyspieszała tylko zawsze rozwiązanie fatalne.

#### 95. Auvray (z Paryża). Rany drążące przestrzeni Traubego. — Praca dr. A. obejmuje 3 przypadki ran, w mowie będących.

W przypadku pierwszym, gdzie rana przestrzeni Traube'go powstała od uderzenia nożem, miano do czynienia z odmą piersiową, przebicciem przepony, oraz z uszkodzeniem ściany przedniej żołądka. Droga laparotomii otrzymano tu wynik bardzo pomyślny, pomimo stwierdzonego wylewu zawartości żołądka do otrzewny. Dwa drugie przypadki, operowane również, zakończyły się śmiercią, a w obu miano do czynienia z ranami postrzałowemi. W pierwszym kula przedziurawiła ścianę przednią żołądka i zatrzymała się na tylnej, rozdarłszy błonę tejże śluzową. Śmierć zależną tu była od wycień-

czenia osobnika przez krwotoki nader obfite, jak również od pomocy spóźnionej. Poszkodowanemu w drugim przypadku kula przedziurawiła żołądek na wskroć i tu znów przeoczono w przebiegu rękoczynu ranę ściany narządu tylnej, umiejscowioną wysoko.

Rany przestrzeni Traube'go nie są zjawiskiem częstym i znane są wskutek tego niezbyt dokładnie; uszkodzenia te dotyczą jednocześnie jamy piersiowej i brzusznej, przyczem objawy ze strony tej ostatniej przemagają. Że narządy piersiowe rzadziej w tych razach ulegają szwankowi, tłumaczy się to bardzo łatwo, brzeg bowiem dolny płuca dotyka zaledwie części górnej omawianej przestrzeni, stąd też rzadko zostaje uszkodzony przez czynnik, uraz wywołujący.

W przypadku, gdzie zranioną została powierzchnia żołądka tylna, otwierać trzeba uchylek sieci tylny, torując sobie doń drogę przez wiąz żołądkowo-okrężnicowy (lig. gastro-colicum) i tam, gdzie zachodzi obawa rozdarcia, choćby błony śluzowej tylko, podtrzymującego krwawienie, podejmuje się bez wahania gastrotomię, która pozwala zbadać jamę żołądka i powstrzymać źródło krwawienia. Tam jednak, gdzie rana tego narządu umiejscowiona jest bardzo wysoko, na granicy przełyku np. i ukryta pod przeponą, warunki operacyjne stają się o wiele trudniejsze. Wykonywa się wówczas szerokie cięcie boczne, równoległe do brzegu klatki piersiowej i łączące się z wykonaniem pośrodku cięciem pionowym. Jeżeli zajdzie potrzeba, rezekuje się nadto lewy łuk żebrowy i takie wycięcie częściowe 7, 8, 9 oraz 10-ej chrząstki otwiera drogę dogodną do najbardziej posuniętych ku górze części żołądka. Jakkolwiek rezekcya taka utrudnia bardzo operacyę całą, wskazana jest jednak bezwarunkowo, w razie bowiem niedokonania jej, chory skazany jest na śmierć wskutek niepowstrzymanego krwotoku.

#### 96. Braquehaye (z Tunisu). O odcięciu sutki za pomocą ulepszonego sposobu Halsted'a.

Rokowanie po odcięciu zwyrodniałej przez raka sutki o tyle jest pomyślniejszem, o ile używane w razach tych sposoby operacyjne są bardziej dokładne. To też zabieg Halsted'a, polegający na wycięciu całego większego mięśnia piersiowego wraz z chorą sutką daje pokaźną stosunkowo ilość wyzdrowień trwałych (42%). Autor ulepszył jeszcze metodę powyższą, czyniąc ją bardziej radykalną, a mianowicie: przedewszystkiem, wykonywa cięcie en raquette, ogon którego jest wykrojony z powierzchni ramienia przedniej, na wysokości ścięgna m. piersiowego, a gałąź sprzężna (la bonde), opisująca szeroko sutkę, łączy się z ogonem na podstawie pachy. Brak tejże pokrywa się potem małym skórnyim płatem trójkątnym. Dalej dokonywa się wycięcia mięśnia, szczedząc pilnie opłucny i gałęzi dziurawiających międzyżebrowych przednich (rami perforantes intercostales ant.), przyczem mięsień przecina się aż do jego przyczepu ramieniowego. W niektórych razach usuwa się również i mniejszy mięsień piersiowy. Po podwiązaniu i przecięciu gałęzi żyły pachowej, wyłuszczyć trzeba gruczoły i wszystkie bądź zwyrodniałe, bądź podejrzane tylko tkanki z pod pachy, którą oczyszcza się dokładnie, się-

gając aż pod łopatkę, drenuje. Autoplastyka, za pomocą której pokrywa się ranę obszerną, po dokonaniu cięć zwalniających na skórze brzucha, stanowi ostatni etap całego zabiegu, co zaś do szycia, chirurg zwracać powinien uwagę baczna, ażeby płat pachowy wyscielał jamę dostatnio, od tego bowiem zależy w przyszłości swoboda ruchów odsiebnych.

Autor operował metodą powyższą w spostrzeżeniach 7; przypadek najdawniejszy sięgał tu wstecz 18 miesięcy, za każdym zaś razem natura guza określoną została ściśle drogą badania pod drobnowidzem. U 3-ch kobiet otrzymano zejście niepomyślne; z tych jedna umarła w 12 dni po zabiegu na skutek charłactwa i bronchopneumonii, dwie inne — po upływie roku, wolne wszelako od nawrotu miejscowo; 4 pozostałe operowane żyją dotąd, ciesząc się stanem zdrowia wyborynym.

97. **Monprofit (z Angers). Pylorektomia i gastro-enterostomia.** Autor wykonał 11 mniej lub bardziej rozległych rezekcyi żołądka na skutek raka odzwiernika lub jego okolicy. Ośmiu operowanych wyzdrowiało, troje na wyczerpaniu i z rozległemi, w zrosty obfitującymi guzami zmarło. W przypadku dwunastym rezekowano żołądek wobec zwężenia odzwiernika bliznowatego, poczem otrzymano wynik pomyślny. Gastro-enterostomię z przyczyny raka podejmował dr. M. 24 razy z wynikiem złym w 3-ch przypadkach tylko, przyczem jeden z owych chorych, operowanych bez skutku, zmarł na udar mózgowy. Odpowiednio do natury przypadków używano trzech anastomozy rodzajów, mianowicie: metody Woelfler'a, gastroenterostomii tylnej v. Hecker'a, oraz sposobu Y. Roux'a. Wobec braku jakichkolwiek bądź powikłań, zależnych od szwu, używanie guzików zespalających staje się całkiem zbyteczne. Z doświadczenia, na materiale powyższym nabytego, wynika, że, obok konieczności operowania możliwie wczesnie, rękoczynów radykalnych nie należy zalecać osobnikom słabym i że anastomoza jest w razach tych daleko więcej skuteczna.

98. **Jonnesco (z Bukaresztu). Leczenie chirurgiczne rozszerzenia żołądka.**

Rozszerzenie żołądka wraz z towarzyszącym mu opuszczeniem (ptosis) żołądka, oraz nieżytem przewlekłym tego narządu jest cierpieniem nader powikłanem, a stosowane wobec niej rękoczyny chirurgiczne pozostają często bezskutecznymi zupełnie, nie dotyczy bowiem wszystkich owych powikłań zarazem. Gastropeksya zapobiega np. obsunięciu się żołądka, nie wywiera jednak wpływu żadnego na inne tegoż niedokładności, gastrografia zwęża rozszerzenie, lecz nie usuwa nieżyty, gastroenterostomia, wzmacniająca upośledzoną śluzówkę narządu, jest bezsilną wobec dylatacyi tegoż i ptozy. Jedynie zatem skuteczną byłaby operacya taka, która, odprowadzając zawartość żołądka przez odzwiernik sztuczny, zwęźałaby jednocześnie światło narządu i utrzymywała tenże w położeniu prawidłowem. Kombinacyi takiej autor dokonał w jednym przypadku, dotyczącym 30-letniego mężczyzny, który od lat trzech padał na mocne bóle i uczucie pa-

lenia w nadbrzuszu po jedzeniu, oraz nawykowe zaparcie stolca. Podczas badania zbiedzonego nad wyraz osobnika znaleziono wydatne rozszerzenie się i przemieszczenie żołądka, który ciągnął się linią ukośną, dochodząc poniżej pępka. Droga laparotomii, wykonanej w kierunku linii środkowej ponad pępkiem, przekonano się, że nader powiększony i obwisły narząd nie przedstawia na wysokości odźwiernika żadnych zmian widocznych. Po dokładnym obejrzeniu i wymacaniu żołądka wykonano przedewszystkiem gastrorafię przednią, a mianowicie: dziewięć nitek katgutowych przeciągnięto w kierunku od krzywizny wielkiej do małej, na całej długości ściany przedniej od odźwiernika do wpustu; szwy te, nakładane w odległości 2 ctm. jeden od drugiego, zajmowały błonę surowiczą i mięsna, pozostawiając śluzówkę wolną zupełnie. Po zawiązaniu nitek, których końce zachowano dla gastrospeksji następczej, krzywizny obie tak się zbliżyły do siebie, że ściana żołądka przednia znikła prawie, a narząd sam, przyjąwszy postać walca, zwęził się bardzo. Nitek nie obcinano krótko, gdyż postanowiono zużytkować je podczas wykonywania gastropeksji następczej. Dalej, zrobiono choremu gastroenterostomię (g. transmesocolica posterior), w którym to celu przecięto krezkę okrężnicy poprzecznej, brzegi rany przymocowano do tylnej ściany żołądka, połączono wreszcie tenże z jelitem czczym (stoma gastro-jejunałe laterale) trzema piętami szwów, oraz wykonano jejuno-jejunostomię boczną dla przeszkodzenia spływaniu żółci do żołądka. Przyszycie tego ostatniego (gastropeksya) stanowiło część zabiegu ostatnią, poczem narząd odzyskał swe umiejscowienie prawidłowe z odźwiernikiem tuż pod wątrobą. Ranę powłok zewnętrznych zamknięto szwem srebrnym, operowanego odżywiano w ciągu 3-ch dni przez odbytnicę, potem czas jakiś — wyłącznie mlekiem, a po upływie tygodnia stosować zaczęto dietę zwykłą. Przebieg pooperacyjny był zresztą całkiem prawidłowy, stan osobnika ogólny poprawiał się szybko i wyraźnie, a badana w końcu tygodnia siódmego zawartość żołądkowa była prawidłową zupełnie. W tym też mniej więcej czasie operowany wypisał się ze szpitala z raną, zagojoną doszczętnie.

99. L. Bérard i X. Delore (z Lyonu). **Niedrożność kiszek na skutek skręcenia się krezki i jelita czczego.**

Przytaczane dotąd u dzieci tylko skręcenie się (volvulus) kiszki czczej autorzy spostrzegali w ciągu ostatnich lat dwóch u 6 osobników dorosłych. Jeden raz miano do czynienia z całkowitem prawie skręceniem się kiszki biodrowej (ilaeum), w czterech przypadkach powikłanie to zajmowało 40 do 90 ctm. kiszki, raz wreszcie odcinek biodrowo-kałnicowy (ilaeo caecalis), zaopatrzony w krezkę, poskręcany był en masse. Za jedną z przyczyn, usposabiających bardzo do powstania omawianej sprawy chorobowej uważać trzeba wydłużenie się krezki, co następuje w tym razie, gdy pętla kiszki zawleczona zostanie do przepukliny starej.

Rozpatrując się w takiej pętli skręconej, widzimy na dwóch jej końcach bródę od zaciśnięcia, głębszą zazwyczaj na końcu górnym. W krezce, w ścianach pętli i w świetle tejże zauważa się obfity wy-

się krwawy, dzięki utrudnieniu krążenia powrotnego; ściany takie ulegają zmianom chorobowym prędko i stają się drożne dla drobnoustrojów jelita. Prawie wszystkich tych chorych operowano już po wystąpieniu objawów zapalenia otrzewny, co się zaś tyczy obrazu klinicznego, ten odpowiadał ściśle przebiegowi niedrożności ostrej; stwierdzano więc tu nagle bólów gwałtownych powstanie, upadek prędkości sił chorego obok niezupełnej na pozór kiszkiowej niedrożności, wymioty nie obfite wszelako, zachowaną wreszcie do pewnego stopnia dolnego odcinka jelit zdolność czynnościową. Wskutek nader znacznego wzdęcia brzucha umiejscowienie ścisłe przeszkody jest dla badającego przed operacją prawie niemożliwe, to też ta ostatnia (laparotomia) wskazaną tu być musi bezwarunkowo, przyczem niejednokrotnie niedosyć jest poprzestać na odkręceniu pętli, lecz należy jelito rezekować z przyczyny jego zgorzeli. U 4-ch chorych udało się dotrzeć podczas rękoczynu do miejsca przeszkody i takową usunąć, z wyrezekowaniem wprawdzie w jednym przypadku 70 ctm. kiszki, uratować się jednak udało zaledwie jednego tylko osobnika. W 2-ch spostrzeżeniach innych miejsce skręcenia odnaleziono na autopsyi dopiero; zresztą, na wynik ujemny wpływa tu bardzo wczesne powstawanie zmian natury zapalnej w otrzewnie.

100. **Monprofit (z Angers). Wyrezekowanie kiszki na długości 3 metrów i 10 ctm. w przebiegu herniotomii doszczętej.**

Mężczyzna 42-letni miał przepuklinę pachwinową wielkości głowy dorosłego człowieka, która powiększała się bezustanku i odprowadzić nie dawała się wcale. Podczas operacji znaleziono w worku przepuklinowym masę kiszki, w skład której wchodziło zarówno jelito cienkie i grube; masy tej, pozrastanej zewsząd, niepodobna było ani rozczłonkować, ni wepchnąć z powrotem do brzucha. Postanowiono zatem wyciąć całą ową zawartość worka, co też uskutecznilo po nałożeniu klampów na oba końce jelita i krezkę na wysokości wrót przepuklinowych. Zespoleńca odcinków dokonano za pomocą szwu dwupiętrowego, poczem uskutecznioną została anastomoza boczna. Wyzdrowienie nastąpiło z upływem 3-ch tygodni. W cztery miesiące po rękoczynie otrzymano od operowanego wiadomości całkiem pomysłne; osobnik ów donosił, że trawi bardzo dobrze i tylko niekiedy doświadcza rozwolnienia, gdy zje za dużo mięsa. Wycięty kłęb kiszki ważył 1660.0 i zawierał w sobie 2.33 metr. kiszki biodrowej, kątnicę ślepa, okrężnicę wstępującą i połowę prawą poprzeczną.

101. **Thiéry (z Paryża). Wskazania do opasek przepuklinowych.** Osobników, obarczonych przepukliną i noszących paski, częstokroć nałożone całkiem fatalnie, istnieje wszędzie mnóstwo, choć wielu z ludzi owych zabieg arcyprosty uwolniłby od kalectwa na zawsze. W sprawie tej wiele winni są i sami lekarze, którzy nieraz, nie doceniając operacji radykalnej, poprzestając na odesłaniu klientów swoich do pierwszego, lepszego bandażysty i nie zadając sobie trudu na sprawdzenie przyborów przezeń dostarczonych. Z wykazów działających

ności Towarzystw Dobroczyńnych można wyrobić sobie pojęcie, jakim to mirem cieszą się dziś jeszcze strupieszale „paski rupturowe“. Samo tylko Tow. Paryskie wydało biedakom tych ostatnich w roku 1898 sztuk zwyczajnych 15,444, podwójnych zaś — 1,505, co stanowi wydatek 70,000 fr. Ze wszystkich tego rodzaju chorych, których autor konsultował, a miewał ich setkami, ani jednemu opaska owa nie przydała się na coś. O ileż byłoby rzeczą prostszą operować osobistości takie! Należałoby zatem, ażeby w przyszłości lekarze, zachowując się mniej obojętnie wobec wybitnych postępów chirurgii, szerzyli coraz bardziej pomiędzy swą klientelą przeświadczenie o niewinności i pożytku operowania doszczętnego przepuklin.

102. **Vautrin** (z Nancy). **Zwężenia natury zapalnej jelita ślepego.** Przypadek dotyczy zwężenia kiszki ślepej, niewątpliwie zależnego od przymiotu. Mężczyzna 42-letni, który cierpiał od lat 6 na zaburzenia czynności kiszki, poddawany był dwukrotnie leczeniu swoistemu z przyczyny guza, znajduwanego na wysokości kątnicy ślepej. Ponieważ leczenie to nie uwalniało chorego od nawrotu cierpienia i tenże doświadczać zaczął nadto uporczywego zaparcia, postanowiono wykonać operację, zasadzającą się na wyrezekowaniu kiszki na długości 12 ctm., operowany wyzdrowiał.

Nie ulega wątpliwości najmniejszej, że w kiszce ślepej powstają w razach niektórych owrzodzenia, wywołane przez przymiot, tak, jak to zauważa się np. w odbytnicy. Doświadczenie, pozyskane z 11 przypadków odnośnych, poucza, że *a*) zastawka biodro-kątnicowa jest tu wyłącznie prawie siedliskiem zmian, że *b*) rezekeya jest najlepszym postępowaniem leczniczym i że w tych razach, *c*) gdzie operacja ta jest niemożliwą lub niebezpieczną, należy wykonać enterografię z wykluczeniem części jelita chorej.

103. **Phocas** (z Lille). **Leczenie chirurgiczne raka poprzeczniczy.** Podczas badania pewnego, 59 lat mężczyzny znaleziono u tegoż guz w brzuchu wielkości pomarańczy, dość twardy i bardzo ruchomy, którego obecności towarzyszyły napady mocnych bólów, oraz zaparcie, występujące z biegunką naprzemian. Stan chorego ogólny pogarszał się prędko. Laparotomię wykonano tu po upływie 4-eh miesięcy od wystąpienia objawów chorobowych. Podczas operacji przekonano się, że na powierzchni okrężnicy poprzecznej (colon transversum) znajduje się guz twardy, nie dający wszelako przerzutów na sieci. Ze względu, że uczucia twardości doznawało się daleko po za granicami guzika, kiszkę wyrezekowano na długości 17 ctm., przyczem usunięto również kawałek sieci i krezki. Podeszły względnie wiek operowanego i jego lichy stan ogólny przemawiały za prędkiem ukończeniem zabiegu, poprzestano więc tylko na umocowaniu jelita na zewnątrz i wykonaniu odbytu sztucznego. Wynik operacji był tu nader dodatni. Po zamknięciu odbytu pozostała mała przetoka kałowa, która w czas jakiś zagoiła się również. Od operacji upłynęło już 8 miesięcy i dotąd nie ma nawrotu. O ile przekonały badania pod drobnowidzem, guz usunięty był gruczolakiem, przeistaczającym

się jednak już w raka. W najświeższej pracy Lardennois'a, pomieszczone jest zestawienie 82 przypadków tego rodzaju polipowatych narośli; wszystkie przypadki poddane były operacji; wyzdrowiało osobników 29.

104. Delaunay (z Paryża). **Wyniki, otrzymane po wykonaniu rezekcji kiszki ślepej.**

Autor przytacza dwa przypadki rezekcji jelita ślepego, z których w jednym operacja wywołana została przez cierpienie natury gruźliczej, w drugim zaś — przez nabłoniak bujający o komórkach postaci walcowatej. W obu spostrzeżeniach tych wycięto nie tylko kątnicę, lecz również i odcinek końcowy kiszki biodrowej (ileum), oraz część początkową okrężnicy wstępującej. Jeden z chorych był operowany 6 miesięcy temu, drugi — 1½ roku, obaj żyją i dotąd nie doświadczyli nawrotu. Znane są nadto analogiczne przypadki, gdzie operowani przed laty 5-ciu lub 10-ciu dotąd cieszą się pomyślnym stanem zdrowia. Wyniki takie jednak otrzymać można tylko wtedy, gdy zabieg chirurgiczny podjęty jest wcześniej.

105. Paul Reynier (z Paryża). **O choledochotomii bez szwów.** W roku 1885-ym Parkes opisał własną nową metodę choledochotomii, polegającą na tem, że żółciowód rozcina się ponad kamykiem, po usunięciu zaś tego ostatniego, kanału nie zasywa się, lecz drekuje tylko. Operację P. powtórzyli Quénu, Morison, Kehr i Bischof. W spostrzeżeniu d-ra R. chodziło o 42-letnią kobietę, która od lat 12 doświadczała bólów w nadbrzuszu, przyjmowanych, wobec braku żółtaczki, za następstwo rozstrzeni żołądka. Z postępowaniem czasu bóle zaczęły powtarzać się coraz częściej, chora chudła i dostawała od czasu do czasu napadów gorączki, pokazały się wreszcie i żółtaczka, i stolce bezbarwne. Brzuch na wysokości brzegu zewnętrznego mięśnia prostego był na dotyk bolesny, prócz tego wyczuwano tamże masę twardą, nasuwającą myśl o obecności zaciśniętego w żółciowodzie kamyka. Z uwagi na wyraźne w danym przypadku wskazanie do interwencji chirurgicznej, poprowadzono mające 8 ctm. cięcie wzdłuż brzegu zewnętrznego wspomnianego mięśnia, a po usunięciu tęchich zrostów, łączących jelito z wątrobą, przedostano się z trudnością do pozostającej w stanie zapalnym sieci w okolicy otworu Winslow'a. Tu wymacano wielkości orzecha włoskiego masę twardą, która wydawała się być kamykiem, nie łatwo bowiem było orientować się doraźnie wśród starego ogniska zapalnego w otrzewnie z przemieszczoną ku górze ponad wnęką wątroby dwunastnicą. Wskazicielem ręki lewej uniesiono tkanki, zawierające kamyk, po przeprowadzeniu zaś długiego na 1½ ctm. cięcia w więzie żołądko-wątrobowym obnażono kamień żółciowy, wielkości pestki brzoskwini, który wygarnięto łyżeczką, zabezpieczwszy przedtem dno rany za pomocą gazy wyjąłowanej od przedostania się do takowego wypływającej z otworu żółci czarnej i gęstej. Gaza ta wypełniała ranę w ten sposób, że tworzył się z niej lejek, w środku którego mieścił się otwór, prowadzący do żółciowodu, zabezpieczony w dren; jamę otrzewnową za-

szyto na tyle, że wolną pozostała jedynie przestrzeń, niezbędna dla przesunięcia sączka i gazy, którą zmieniono dopiero dnia 8-go z pozostawieniem drenu na miejscu. Po upływie dwóch tygodni rana operacyjna zagoiła się, rzecz prosta, nie zupełnie, niewielka bowiem przetoka istniała przez dwa miesiące jeszcze, co, zresztą, nie miało wpływu ujemnego na występującą stopniowo w stanie ogólnym poprawę.

106. Lejars (z Paryża). **O doraźnych i późniejszych wynikach operacji, stcowanej w przypadkach zapalenia pęcherzyka i kamicy.**

Praca autora opartą jest na 20-tu przypadkach operacyjnych, z których w 2-ch dokonano częściowego wycięcia pęcherzyka (angio-cholecystitis acuta) z dobrym w jednym z tych ostatnich wynikiem trwałym. Spostrzeżenia pozostałe, w liczbie 18, dotyczą zapalenia pęcherzyka na tle kamicy (cholecystitis calculosa), przyczem, na mocy napotykanych tu objawów, rozróżnić można dwie postaci kliniczne cierpienia. W pierwszej — przeważa ból, którego wzmaganie się, rodzaj, umiejscowienie i powtarzanie się nie mogą pozostawiać wątpliwości żadnej co do pochodzenia i natury guzowatości. — Rozpoznanie przypadków kategorii drugiej nie jest tak łatwym, bóle nie dochodzą tu bowiem do natężenia zbyt wybitnego. Autor mniema, że w tych wątpliwych razach pożytecznym jest zawsze wykonać laparotomię, bodaj próbną.

Ogledziny pęcherzyka żółciowego, po utworzeniu sobie doń drogi za pomocą operacji, dawały w różnych przypadkach wynik rozmaity. Znajdywano zatem: a) pęcherzyk duży, zawierający ciecz czystą i jeden tylko kamyk rozmiarów większych, spoczywający bądź na dnie narządu, bądź weśnięty pomiędzy jego szyją i przewodem. Przypadków tego rodzaju narachowano 3. W jednym z nich uwięźnięcie kamyka było tak szczelne, że trzeba było poprzestać na cholecystostomii tylko, poczem w końcu 3-go tygodnia znaleziono kamień pod opatrunkiem. Innym znów razem napotymano b) pęcherzyk, wypełniony różnej wielkości złoгами kamicowemi, których ilość dojsć może do kilkuset. Z 12-tu takich spostrzeżeń otrzymano wyniki dobre po operacji w 10, lubo u niektórych osobników wyzdrowienie następowało dopiero po wydzieleniu się kamyków wtórnem przez przetokę. Otrzymane tu wyniki trwałe nie zawodzą już od lat 4 i 5. Widywano wreszcie i takie przypadki, gdzie c) pęcherzyk był skurczony, zgrubiały i zawierał tylko papkę kamykową. I w tych razach niekiedy rękoczyn chirurgiczny może być bardzo użyteczny, jak przekonywa o tem przypadek, dotyczący pewnej bardzo wynędzniałej chorej, u której wykonana cholecystostomia wraz z drenowaniem doprowadziła do polepszenia całkiem nieoczekiwanego, t. j. do ustąpienia bólów, nieznośnych przedtem. Interwencya tedy chirurga działa we wszystkich postaciach kamicowego zapalenia dróg żółciowych nader dodatno, usuwając nietylko przykre objawy chorobowe doraźnie, lecz czyniąc możliwem nadto wyzdrowienie trwałe.



107. Forgue (z Montpellier). Przyczynek do leczenia wczesnego pooderacyjnego zakażenia otrzewny.

W 3-ch przypadkach infekcji pooperacyjnej dr. F. otwierał brzuch na nowo. Dwa razy wprawdzie zabieg ten pozostał bezskuteczny, za trzecim razem wszelako dokonano, zaiste, wskrzeszenia. Laparotomię wtórną podjęto tu na kobiecie, której stan ogólny był rozpaczliwym nad wyraz. Po zdjęciu szwów znaleziono w miednicy małej płyn mętny. Jamę Douglas'a wymyto i zaopatrzono w dwa dreny, które wyzierały na zewnątrz przez ranę brzuszną. Już po upływie dni 5 otrzymano wyzdrowienie zupełne.

(Dok. nast.).

K. Niedzielski.

## II. Choroby weneryczne.

108. E. Finger. Obecny stan leczenia trypra. (Wiener Klinik, 1 Heft, 1900).

Dołek łódkowaty cewki moczowej męskiej posiada błonę śluzową, pokrytą wielowarstwowym płaskim nabłonkiem, a błona śluzowa pozostałej cewki pokryta jest nabłonkiem cylindrycznym w górnej warstwie; pod nią leżą tak zwane komórki przejściowe, a następnie komórki kubiczne i tkanka łączna podnabłonkowa z komórkami okrągłymi i naczyniami włosowatymi. Ziarnik tryprowy dostawszy się na nabłonek płaski dołka łódkowatego, może przenikać w przestrzenie międzykomórkowe, ale nie głęboko, gdyż płaski nabłonek opór im stawia. Jeśli jednak ziarnik tryprowy przejść zdoła na nabłonek cylindryczny, to obraz całkiem się zmienia.

Pasorzyt ten rozmnaża się tutaj nie tylko na powierzchni nabłonka, ale i w przestrzeniach między komórkami, a przechodząc między komórkami kubicznymi przedostaje się w górną warstwę tkanki łącznej. Przez takie przenikanie łączność między komórkami rozrywa się; komórki rozpadają się i ulegają śluzowemu zwyrodnieniu. Proces trwa dalej: ziarniki wytwarzają trujące substancje, które drażnią błonę śluzową i powodują odczynowe zapalenie. Naczynia ponadnabłonkowej tkanki łącznej rozszerzają się i z rozszerzonych naczyń, których ścianka na skutek zapalnego bodźca stała się przepuszczalną, występuje strumień ropnej surowicy i wielojądrowych białych ciałek krwi, które, przedostając się między komórkami, dążą ku powierzchni i wyrzucają na wierzch tryprowe ziarniki. Z chwilą, kiedy białe ciała krwi wyrzuciły na powierzchnię ziarnika tryprowego, zmienia też swoją taktykę. Podczas gdy poprzednio dążył ku tkance łącznej, teraz przenika w komórki ropne. Dla tryprowego ziarnika ważnem jest, że znajduje on materiał odżywczy dla siebie w samej komórce, a niezależnie od tego druga część tychże pasorzytów rozwijać się może swobodnie nazewnątrz komórek ropnych

na powierzchni nabłonka i w górnej warstwie tkanki łącznej. Przenikanie gonokoków w komórki ropne jest dążeniem do samoleczenia ustroju w myśl teorii Miecznikowa: gonokoki, wyrzucone przez strumień surowicy na powierzchnię błony śluzowej i pochłonięte przez białe ciała krwi zostają strumieniem moczu usunięte na zewnątrz.

Jak widzimy, ustrój posiada dzielne środki samoobrony przeciwko zarazkom trypowym i rzeczywiście, w normalnie i samodzielnie przebiegających przypadkach widzimy w trzecim tygodniu, że aczkolwiek naczynia tkanki łącznej są jeszcze rozszerzone i z nich występuje surowica i komórki ropne, ale ziarników Neisser'a, nie widzimy prawie wcale lub tylko pojedyncze egzemplarze. W naruszonym nabłonku następuje również odnowa, aby zapobiedz wtargnięciu świeżego zarazka. Z resztą komórek, jaka pozostała się po ostrym okresie, rozwija się drogą nabłonkowej przemiany wielowarstwowy płaski nabłonek. Gonokoki znajdują się teraz w drugim okresie tylko na powierzchni płaskiego nabłonka. Tutaj wywołują one jednak jeszcze stan zapalny, następstwem którego jest wędrowka białych ciałek krwi na powierzchnię, a że są one obciążone ziarnikami trypowymi, złuszczają przeto górną warstwę płaskiego nabłonka.

W normalnie przebiegających przypadkach, jeśli nie przyłączają się szkodliwe bodźce zewnętrzne, ilość ziarników Neisser'a wciąż zmniejsza się i w końcu piątego lub szóstego tygodnia w pewnej części przypadków znikają one całkowicie z cewki, a w większej ilości przypadków zarazek się jeszcze zostaje, nie wywołuje on już jednak silnego odczynu zapalnego. Jeśli właśnie w tym drugim okresie, okresie zmniejszonych objawów zapalnych, cewka ulegnie zwykłemu szkodliwym bodźcom — *abusus in Baccho et in Venere*, — to przekrwienie błony śluzowej zwiększa się, a co za tem idzie, zwiększa się znacznie ilość surowicy i białych ciałek krwi, które zaczynają rozdzielać, złuszczać świeżo powstały nabłonek i wskutek tego ziarnik trypowy ma możliwość przenikania w głąb w tkankę łączną, podśluzową, skąd znów zostaje strumieniem surowicy wyrzucony na powierzchnię, — jednym słowem, zaczyna się nanowo ta sama gra. Zaznaczyć jednak należy, że jeśli dłużej zarazek trypowy pozostaje w ustroju, to błona śluzowa przywyka do zarazka i jego życiowych produktów, odczyn zapalny coraz jest mniejszy i ustrój coraz mniej staje się zdolnym do usunięcia zarazka z tkanki cewki moczowej.

Jakież są dalsze skutki takich nawrotów choroby?

Na skutek często powtarzających się podrażnień komórki tkanki łącznej zaczynają się rozmnażać, tworzy się nasięk z jednojądrowych komórek i sprawa staje się przewlekłą. Z tych ogólnych zarysów sprawy trypowej możemy wyprowadzić podział ostrej rzeżączki na dwa okresy: pierwszy, w którym ziarniki Neisser'a znajdują się głęboko w tkance podśluzowej i drugi, w którym, dzięki odczynowemu zapaleniu, zarazek znajduje się na powierzchni, jak również mamy

objaśnieniu nawrotów i przewlekłej sprawy tryprowej. Tej patologicznej sprawie odpowiadają również objawy kliniczne.

W ciągu pierwszych 14—21 dni, a zatem w okresie wtargnięcia zarazka w nabłonek i górne warstwy tkanki łącznej, widzimy, że wydzielina składa się przeważnie z komórek ropnych, zawierających ziarniki i z płaskiego nabłonka dołka łódkowatego. W tym okresie wydzielina jest obfita, gęsta, żółto-zielona, są bóle podczas oddawania moczu i przy naprężeniu członka. Z chwilą, gdy tryprowe zarazki napowrót wydostały się na powierzchnię, objawy zapalne zmniejszają się i ostra rzerzączka wstępuje w długi okres. Wydzielina staje się mleczno-biała, bóle przy moczeniu i naprężeniu znikają i to występuje mniej więcej w 3-im tygodniu przy rzerzączce, przebiegającej bez leczenia. W wydzielinie znajdujemy nietylko ciała ropne z wewnątrz nich leżącymi ziarnikami, ale i komórki nabłonkowe różnych postaci, pokryte swobodnie leżącymi pasorzytami, a na tym ostatnim drobnowidzowym obrazie możemy opierać wniosek, że przemiana (metaplasja) komórek już się zaczęła.

#### *Wskazania przy leczeniu trypra.*

Zaznaczyć tu przedewszystkiem należy, że przy sprzyjających warunkach, a mianowicie przy lezeniu w łóżku może nastąpić samowyleczenie. Ponieważ jednak chorzy temu ostatniemu warunkowi nigdy prawie zadość uczynić nie są w stanie, a że z drugiej znów strony posiadamy leki, mogące skrócić przebieg trypra, nie powinniśmy przeto nigdy pozostawiać trypra leczącej sile natury. Bez wątpienia, najdzielniejszym środkiem jest leczenie miejscowe za pomocą szprycowem. Leki, w tym celu stosowane, podzielić się dadzą na trzy grupy: 1) leki, działające tylko antyseptycznie (protargol, larginina); 2) leki, działające antyseptycznie i zarazem ściągająco (azotan srebra, argonina i argentamina) i 3) leki, działające tylko ściągająco. Tu należy około 50 środków z siarczanem cynku, nadmanganianem potasu i alunem na czele. Zdawaćby się powinno, że ideałem tych środków winny być leki działające zarazem przeciwnilnie i ściągająco, t. j. niszczące zarazki i usuwające spowodowane przez nie zapalenie. Teorya i tutaj daleko odbiega od rzeczywistości. Leki tego typu, łącząc się z białkiem i chlorkiem sodu, tworzą z nimi nierozpuszczalne związki, a że działanie ich nie sięga zbyt głęboko, gdyż nawet 5% roztwór lapisu zastrzyknięty psom do cewki po uprzednim wywołaniu z niej zapalenia urazowego, jak to wykazały doświadczenia autora, dosięga zaledwie drugiej warstwy komórek, nie niszczą one przeto całkowicie zarazka, który już w 1-szym okresie trypra przenika w tkankę łączną podśluzową. Działanie zaś ściągające takich leków w tym okresie jest szkodliwe, gdyż, zmniejszając przekrwienie i zwężając naczynia, ograniczają wędrówkę białych ciałek krwi, które właśnie unoszą z sobą głęboko leżące ziarniki Neisser'a. Widzimy więc, że w 1-szym okresie trypra przeciwwskazane są leki, działające ściągająco, a zatem leki II i III grupy, a wskazane są tylko leki przeciwnilne, wśród których niewątpliwie pierwsze miejsce zajmuje protargol i larginina, doniosłe zdobycze ostatniej doby. —

Aczkolwiek ani protargol, ani largina nie działają tak głęboko, jakby było to pożądanem, to niewątpliwie działają energiczniej od innych antyseptyków, a że nie wywołują, zwłaszcza protargol, żadnego pieczenia, mogą być przeto ich roztwory dłużej, około 10 minut, zatrzymywane w cewce, co zwiększa działanie lecznicze przez nie wywoływane. Przy dłuższem, niż 5 minut, przetrzymaniu płynu w cewce zwieracz zewnętrzny rozluźnia się i przepuszcza płyn do tylnej cewki, co w pewnych razach znaleźć może lecznicze zastosowanie. W 2-im okresie trypra, jak wiemy, ziarniki Neisser'a przeważnie znajdują się na powierzchni świeżo utworzonego nabłonka, działanie więc leków przeciwnilnych w tym razie o wiele jest łatwiejszem, a że odczynowe zapalenie znaczenia tu już nie ma, jest więc wskazanie do stosowania leków przeciwnilnych i zarazem ściągających, t. j. azotanu srebra, argoniny i argentaminy.

Zaznaczyć tutaj należy, że leczenie ostrego trypra trwać winno dostatecznie długo, przynajmniej 6 tygodni, gdyż ziarniki Neisser'a kryją się w fałdkach błony śluzowej lacunae i w gruczolach Litre'go, co daje powód do wtórnego zakażenia (reinfekeyi).

#### *Leki balsamiczne.*

Do leków balsamicznych należy Balsamum Copaivae, który autor ze względu na uboczne ujemne działanie na żołądek i nerki odrzucił, a używa wyłącznie ol. santali, lub jego destylat gonorrhol. Niewątpliwym jest wpływ leczniczy dodatni środków balsamicznych na trypra, na czem jednak działanie ich polega — rzeczą jest po dziś dzień nie wyjaśnioną. Faktem jest stwierdzonym, że w moczu chorych, używających środków balsamicznych, ziarniki Neisser'a znakomicie rozwijają się.

Autor przeciwny jest leczeniu trypra wyłącznie lekami balsamicznymi, a znajduje wskazanie dla nich w tych przypadkach, w których miejscowe leczenie szprycowaniami nie może mieć chwilowo zastosowania, a mianowicie przy silnych zapalnych objawach tryprowych w cewce, przy obrzęku otworu zewnętrznego cewki i przy ostrej zapalnej stulejce (phimosi), spowodowanej zapaleniem żołądki i napletka miękkimi szankrami i t. p. Miejscowe leczenie szprycowaniami w połączeniu z ostrożnem stosowaniem środków balsamicznych uważa autor za najodpowiedniejsze w pierwszych okresach trypra.

#### *Leczenie ostrego trypra przedniej części cewki moczowej męskiej.*

Jeżeli nie ma żadnych specjalnych przeciwwskazań, to należy zacząć leczenie ostrego trypra od szprycowań, przyczem chory winien być pouczony, jak ma postępować, a mianowicie: szprycowanie winno być robione 3 razy dziennie w równych odstępach czasu, t. j. co 8 godzin, następnie chory przed zaszprycowaniem winien oddać mocz, a po oddaniu moczu przepłukać cewkę 2 — 3 szpryczkami letniej wody. Wtedy dopiero przystąpić należy do szprycowania właściwym lekiem. Co się tyczy samej szpryczki, to szpryczki zazwyczaj używane, a mające 5 — 8 grm. objętości, zbyt są małe, aby

ich zawartość mogła dokładnie wypełnić cewkę i wygładzić wszystkie jej fałdki i aby lek przyszedł w zetknięcie dokładne z błoną śluzową cewki. Szpryczka winna mieć 12 grm. zawartości.

Są to wszystkie drobnostki, które jednak dużo zaważyć mogą na szali skuteczności danego leku. Pierwszym płynem, który choremu przepisujemy do szprycowania, jest 0.25% — 0.5% — 1% roztwór protargolu. Lek ten winien znajdować się w zetknięciu z błoną śluzową przynajmniej przez 10 — 15 minut, trzeba jednak zwrócić uwagę na to, jeśli płyn nie wywołujący pieczenia, jak protargol, znajduje się w przedniej cewce dłużej niż 5 — 6 minut, to zwieracz cewki zewnętrzny rozluźnia się i płyn przenika do tylnej cewki. — W razie zajęcia tylnej cewki takie zetknięcie z lekiem jest pożądane; jeśli jednak mamy tylko trypra przedniej, to, chcąc uniknąć przedostania się płynu do tylnej cewki, należy polecić choremu, aby zaszprycował sobie 3 razy faz po raz i przetrzymał płyn, za każdym razem nie dłużej niż 4 minuty. Po 3 — 4 dniach takich zabiegów objawy zapalne przechodzą i występuje znaczna poprawa. Pomimo to chory szprycować powinien dalej i to coraz silniejszymi roztworami protargolu 0.5 — 1%. Analogiczne działanie ma largina, ale ponieważ roztwór jej ma odczyn alkaliczny, działa przeto lekko przyżegająco, nie możemy jej przeto używać w pierwszym okresie ostrego trypra, aczkolwiek ma tę wyższość nad protargolem, że działa głębiej. Po upływie jednak tygodnia, gdy silne objawy zapalne zmniejszą się, stosujemy 0.25 — 0.5% — 1% roztwory larginy. W drugim okresie ostrego trypra, który cechuje się tem, że nie ma żadnej wydzieliny, a tylko kłaczkki w moczu świadczą o istnieniu trypra, wskazane są, jak wiemy, leki antyseptyczne, a zarazem ściągające. Chcąc uchylić zadość powyższym wskazaniom, autor poleca na noc szprycowanie z 1% roztworu larginy i dwa razy w ciągu dnia szprycowanie płynem Uitzmann'a (t. j. Zinci sulfurici, Ac. carbolic, Aluminis crudif. an 0.25, Aq. dest. 200.0). Jeżeli ilość kłaczeków znacznie się zmniejszyła, to stosujemy dwa razy dziennie roztwór larginy, a na noc roztwór lapisu lub argentaminy w stosunku 0.05 — 0.1 : 200.0.

Tego rodzaju leczenie zapobiega częstości występowania trypra tylnej cewki, gdyż spostrzegano go tylko w 27% przypadków, podczas gdy w tryprze nieleczonym mamy 70 — 80%, a w tryprze, leczonym samym protargolem, 40% urethritidis posterioris.

#### *Leczenie ostrego zapalenia tylnej części cewki.*

Staraniem naszym przy ostrem zapaleniu tylnej cewki winno być, aby zrobić mocz możliwie kwaśnym, gdyż w ten sposób zapobiegamy następczemu zapaleniu pęcherza, stosowanie zatem alkalicznych wód mineralnych, tak chętnie przez lekarzy polecanych, jest dużym błędem terapeutycznym. Wskazaniom tym odpowiadają preparaty salicylowe (natrium salicylicum, salol, salipyrinum).

Pierwszym zatem lekiem, jaki dajemy choremu z zajęciem tylnej cewki, jest jeden z salicylowych związków, ale jeśli przytem chory cierpi na częste parcie na mocz, to winniśmy mu je usunąć; gdyż wywołuje ono przekrwienie narządów wodnych, a co za tem

idzie zwiększenie stanu zapalnego. Wybornym w tym kierunku lekiem jest 1 — 2 iniekcji morfiny w okolicę spojenia łonowego, pamiętać jednakże należy, aby dawka jednorazowa nie przewyższała 0.02, gdyż wyższe dawki morfiny wywołują same przez się parcie na mocz. Jeśli parcie na mocz staje się mniejsze, autor chętnie podaje extr. belladonnae w postaci czopków lub extr. flyoseyanicum, extr. Cannal. Ind. w proszkach. Przy krwawieniu połączonym z parciem na mocz wyśmienicie działa morfina; jeżeli zaś mamy tylko krwawienie, to wskazane są związki żelaza, a mianowicie półtorachlorek żelaza do wewnątrz. Przy silnych krwawieniach — podskórne zastrzykiwania ergotyny. Przy częstych polucjach, które w tym okresie trypra są bardzo częste, stosujemy związki bromowe w dużych dawkach (natrium brometum, camphora nonobromata).

#### *Leczenie podostrego zapalenia tylnej cewki.*

Po przejściu ostrych objawów zapalnych tylnej cewki — parcia na mocz, bólów przy końcu moczenia, krwawienia — przystąpić winniśmy do szprycowań protargolem, a później larginą, przyczem chory powinien plyn przetrzymać w cewce 10 minut, aby zwieracz zewnętrzny rozluźniał się i przepuścił lek do tylnej cewki. Po kilku dniach wydzielina znacznie zmniejsza się, a wtedy przystępujemy do przemywań sposobem Diday'a lub wkraplań za pomocą szprycy Gujon'a lub katereru Ultzmann'a. — Przemywania wskazane są w świeższych przypadkach, gdy mocz jest mętny, a wkraplania w późniejszych okresach, gdy w moczu całkiem czystym pływają pojedyncze kłaczkki, wskazujące na ogniskowe zapalenie.

Przemywania Diday'a polegają na tem, że choremu po wypuszczeniu moczu zakładamy katerer do pęcherza, a następnie nieco cofamy dopóki mocz z katereru przestanie wypływać, co jest znakiem, że dziób katereru znajduje się między zwieraczem cewki zewnętrznym a wewnętrznym. Następnie, dużą szprycą wpuszczamy dany plyn, który, przeszedłszy przez tylną cewkę, dostaje się do pęcherza już nieco rozłożonym, a tem samem mniej drażniącym. Aby przemyć i przednią cewkę, cofamy jeszcze więcej katerer, a gdy koniec jego znajdzie się w opuszcze (bulbus) cewki, plyn zaczyna wyciekać nazewnątrz. Lekami zazwyczaj używanymi do Diday'owskich przemywań są 1% — 2% roztwory protargolu i larginy, 0.5% — 1% roztwory azotanu srebra, roztwór 0.5<sup>0</sup>/<sub>00</sub> — 1<sup>0</sup>/<sub>00</sub> nadmanganianu potasu i tak zwany plyn Ultzmann'a: Zinci sulfurici, Aluminis crudi, Ac. carbolici 1.0 — 2.0 : 1000.

Zasady są takie same, jak przy leczeniu przedniego trypra: zaczynamy od leków przeciwnilnych, a następnie przechodzimy do leków działających przeciwnilnie, a zarazem ściągająco. Przemywania takie robimy co drugi dzień, a niezależnie od tego chory szprycuje zwyczajnie dwa razy dziennie.

Gdy po kilku przemywaniach mocz stanie się przezroczystym, a tylko kłaczkki wskazywać będą na istnienie sprawy chorobowej, przystępujemy do wkraplań, albo za pomocą katereru z oliwką i szprycy Gujon'a, albo też za pomocą metalowego włosowatego ka-

tereru Ultzmann'a. Ponieważ wkraplania te stosujemy w późniejszych okresach trypra, gdzie są wskazane szprycowania antyseptyczne i ściągające zarazem, przeto najodpowiedniejszym tutaj lekiem jest azotan srebra w roztworze od 0.1% — 2%. Tutaj autor zastanawia się nad dyetą przy tryprze i nad tem, jak długo tryper winien być leczony. Co się tyczy pierwszego autor ostrzega przed użyciem napojów, zawierających kwas węglany, gdyż płyny te robią mocz alkalicznym, a zatem usposabiają do powstawania zapaleń pęcherza.

Co się tyczy drugiego punktu, to tryper winien być leczony dopóty, dopóki nie znikną kłaczkami z moczu, przyczem od czasu do czasu kłaczkami winny być badanie pod drobnowidzem i jeśli nie znajdziemy w nich ziarników Neisse'ra, to znak, że mamy do czynienia z końcowym, po-tryprowym stanem zapalnym cewki. W tym razie doskonałym lekiem jest 2% zawiesina w wodzie bismuthi subnitrici. Chory winien szprycowanie zatrzymać przynajmniej przez 5 minut i robić go na noc, aby przez całą noc nie oddawać moczu. Jeśli kłaczkami znikną i nie wrócą pomimo użycia napojów alkoholowych i stosunków płciowych, przyczem dla uniknięcia powtórnego zakażenia, winniśmy polecić coitus condomatus, to chorego powinniśmy uważać za całkiem wyleczonego.

Co się tyczy tryprowego zapalenia pęcherza, to leczenie będzie takie same, jak przy leczeniu tylnego trypra, z tą różnicą, że płyn zapuszczamy wprost do pęcherza.

#### *Leczenie podostrego i chronicznego trypra przedniej cewki.*

Mocz mętny bez objawów podmiotowych cechuje podostry tryper, podczas gdy mocz przezroczysty z kłaczkami, które są dowodem już nie rozlanego, a ogniskowego zapalenia, jest objawem przewlekłego trypra.

W podostrych sprawach wskazane są Diday'owskie przemywania jużto przedniej części, jużto obu części cewki. W przewlekłym tryprze rozróżnić należy, czy sprawa chorobowa jest umiejscowiona tylko na powierzchni błony śluzowej (urethritis chronica superfidis), czy też sięga głębiej w tkankę podśluzową; w tym ostatnim razie mamy peri urethritis i cavernitis, jeżeli to dotyczy przedniej cewki i prostatitis glandularis, jeśli sprawa ma miejsce w tylnej cewce. — Jeśli tryper umiejscowiony jest nie na powierzchni błony śluzowej, a w tkance podśluzowej, to rzecz naturalna, leki ściągające usunąć go nie są w stanie; tutaj wskazane jest leczenie mechaniczne sondami, przyczem leczenie to winno być prowadzone stopniowo, z pewnemi przerwami i w połączeniu ze stosowaniem środków ściągających jużto w postaci przemywań, jużto w postaci wkraplań.

Co się zaś tyczy szczegółów, to przy powierzchownym przewlekłym tryprze wskazane są wkraplania azotanu srebra lub siarczanu miedzi, przyczem w świeższych przypadkach stosujemy azotan srebra, a w późniejszych siarczan miedzi. Wskazania są tutaj, jak widzimy, takie same, jak przy jaglicy, gdyż anatomicznie biorąc obie te sprawy chorobowe — jaglica i rzerzączka — są bardzo do siebie zbliżone.

Tutaj autor robi bardzo ważną, praktyczną uwagę, a mianowicie, że dopóki ziarniki Neisser'a są w cewce, dopóty siarczan miedzi źle znosi się i wywołuje obostrzenie sprawy chorobowej.

Głównem naszym zadaniem przy leczeniu przewlekłej rzeżączki jest stopniowe wzmacnianie roztworów, co możemy osiągnąć albo przez dodanie większej ilości danego leku (0.5% — 5% azotanu srebra i 5% — 20% siarczanu miedzi), albo też zamieniając wodę na głębiej w tkankę przenikającą glicerynę, lub też stosując za pomocą szprycy Tommasoli'ego maść lanolinową (lanolini 95 + ol. olivarum 5) z połączeniem ze stosowną ilością azotanu srebra lub siarczanu miedzi. Rzeczą jest naturalnie wprawy i doświadczenia odpowiednio umiejętnie prowadzić wyżej opisane leczenie, przerywać je w razie wystąpienia obostrzenia, przechodzić do stosowania środków wewnętrznych i t. p. Rzeżączki, trwające nie dłużej niż rok, poddają się leczeniu chemicznymi środkami, natomiast trypra dłużej trwające (peri urethritis et cavernitis chronica circumscripta) leczyć musimy na drodze mechanicznej za pomocą ucisku i rozszerzenia cewki, co osiągamy za pomocą coraz to wyższych numerów sond, albo jeszcze dokładniej za pomocą rozszerzaczy Oberländer'a, Planer'a i Kollmann'a. Jak wiadomo, zewnętrzny otwór cewki jest najwęższą częścią kanału moczowego i przepuszcza najwyżej № 30 skali Charriér'a, podczas gdy opuszcza cewki może być rozszerzoną do № 40— № 45, rzeczą jest przeto zrozumiałą, że zwyczajnie sondy nie mogą wywrzeć należytego ucisku i w tym właśnie kierunku działają rozszerzadła. Leczenie mechaniczne winniśmy łączyć ze stosowaniem odpowiednich leków zależnie od stanu błony śluzowej.

*Leczenie trypra tylnej części cewki, oraz tryprowego zapalenia gruczołu krokowego i neurastenii płciowej.*

Przy cierpieniu tryprzem gruczołu krokowego wskazane jest przedewszystkiem mięsienie tegoż gruczołu, które winno być dokonywane za pomocą ruchów obrotowych z tyłu ku przodowi. Mięsienie stercza (prostata) wpływa dodatnio na zmniejszenie okołogruczółowych nasięków, a oprócz tego przez mechaniczne wytłaczanie nagromadzonych w gruczole wytworów chorobowych, — wyciśnięcie zawartości oddzielnych gruczółków i rozszerzenie przewodów, wyprowadzających ułatwianie przenikania w nie płynów już to wprowadzanych za pomocą wkraplań, już to przemywań. Mięsienie stercza winno być wykonywane co drugi dzień, a jeśli występują objawy podrażnienia tylnej cewki (parcie na mocz, ból przy końcu moczenia, krwawienie etc.), to, rzecz naturalna, mięsienia zaprzestać należy do czasu ustąpienia objawów niepożądanych. Środkami pomocniczymi przy mięsieniu stercza jest ergotyna do wewnątrz podawana (0.1 × 3) i ichtyol w czpkach (0.1 — 0.2 pro supposit.). Ochładzanie kiszki stolcowej, za pomocą aparatu Arzberger'a, znajdzie wskazanie w tym razie, jeśli gruczoł kiszkowy silnie jest obrzmiały, ale badanie palcem per rectum nie wykazuje w nim chęłbotania. Ochładzanie takie robi się 3 razy dziennie po 1/2 — 1 godziny.



Również dobrze robi przepuszczenie przez przyrządek Arzberger'a wody gorącej o temperaturze 40 — 50° C. Prawdopodobnie gorąca woda wywołuje silny skurez gładkich mięśni i pożądaną w tym razie niedokrwistość tkanek.

Na tej samej zasadzie polega psychrofor Winternitz'a — przyrząd do ochładzania cewki. Zastosowanie jego daje wyśmienite wyniki w neurastenii płciowej, powstałej na tle colliculitis seminalis skutkiem onanizmu, przewlekłego trypra lub przerywanego stosunku (coitus interruptus).

Częste zmiany nocne, przedwczesny wytrysk nasienia, niedostateczne napięcie członka, rozmaite przykre uczucia w cewce, bóle krzyża, nerwobóle występujące w kierunku jąder — oto są kliniczne objawy neurastenii płciowej, w której psychrofor Winternitz'a częstokroć doskonale oddaje usługi. Posiedzenia trwać winny nie dłużej niż 10 minut co kilka dni.

Antrophory — rodzaj świeczek z odpowiednimi lekami, nadają się tylko do leczenia przedniego trypra.

Endoskop — wziernik kanału moczowego, aczkolwiek niewątpliwie jest ważnym nabytkiem w dziedzinie chorób moczowych daje rozpoznać i leczyć tylko powierzchowne zmiany błony śluzowej. — Ani przewlekłego zapalenia ciał jamnistych, ani zapalenia okołocewkowego lub zapalenia stercza (prostatitis glandularis) rozpoznać, a tem samem leczyć za pomocą endoskopu nie możemy.

*E. Kurella.*

### III. Choroby nosa i gardła.

109. Wolkensztejn. Przypadek reumatycznego zapalenia stawu obrączko-nalewkowego. (Jeżeniedielnik, № 49, 1899).

35-letni dobrze zbudowany i odżywiony mężczyzna, po dłuższej głośniejszej rozmowie na powietrzu w czasie niepogody, silnie ochrypł i zaczął odczuwać mocny ból przy łykaniu. Na kilka dni przedtem chory miał dreszcze i bóle w stawach. Wogóle zaś zawsze był zdrow. Na drugi dzień od chwili zachorowania pacjent był badany przez autora.

Badanie wykazało: chory mówi zaledwie szeptem; łykanie bardzo bolesne. Przy obmacywaniu krtani chory odczuwa ból nawet przy lekkim ucisku w okolicy stawu obrączko-nalewkowego. Błona śluzowa gardzieli zaczerwieniona. Badanie krtani za pomocą wziernika wykazało obrzęk i zaczerwienienie w okolicy obrączko-nalewkowego. W wewnętrznych narządach zmian nie wykryto. Ciężota 39.8°, tętno 110. Mając na uwadze powyższe objawy: bolesność krtani przy ucisku, ból przy łykaniu, prawie bezgłos, zatrudnienie

w oddechaniu, obrzęk i zaczerwienienie stawu, autor przyszedł do przekonania, że ma do czynienia z reumatycznym zapaleniem stawu.

Przetwory salicylowe i rozgrzewający okład na szyję dały wynik dobry. Chory po 3 dniach wyzdrowiał.

*Łogucki.*

110. Dr. P. Schmithnisen. **Bezkrwawa operacja typowych polipów noso-gardzielowych.** („Die unblutige Operation d. typischen Nasenrachenpolypen“ — Wiener medicinische Wochenschrift, № 24, 1899).

Autor podaje opis operacji 5 przypadków polipów jamy nosogardzielowej u mężczyzny w wieku pomiędzy 17 — 20 rokiem życia, mając na względzie jedynie nowotwory łagodne. Chorzy ci zgłaszali się do autora z powodu peryodycznie zjawiających się krwawień z nosa, które, zdaniem autora, bywają wywoływane wskutek uwięźnięcia nowotworu w jamie nosa, a więc powstają drogą zastoj w żyłach.

We wszystkich tych przypadkach autor stosował z początku elektrolizę, przez co, zmniejszając objętość nowotworu, przerywał zastój w żyłach. Dopiero po zatrzymaniu krwawień autor przystępował do operacji usuwania polipów pętlą galwanokaustyczną, zakładając ją bądź od strony jamy nosogardzielowej, bądź też przez jamę nosową, i zaciskając pętlę dokoła nowotworu na możliwej wysokości. We wszystkich tych przypadkach cząstki nowotworu pozostawały, nie przeszkadzając bynajmniej chorym swobodnie przez nos oddychać. Guzy te po zbadaniu okazały się włókniakami.

Operując w ten sposób, autor nie miał krwotoku w żadnym z tych przypadków, zaleca on jednak pewną ostrożność przy operacji guzów, które mają ciemno-czerwone zabarwienie, wskazujące na obfitość krwi, napełniającej nowotwór.

Wnioski, do jakich dochodzi autor, są następujące.

1) Typowy polip jamy nosogardzielowej, t. j. znajdujący u dzieci w epoce dojrzewania, jest to nowotwór łagodny.

2) Wzrastanie nowotworu zmniejsza się, im starszym staje się indywiduum.

3) Przy operowaniu nie należy więc usilnie starać się o zupełne usunięcie nowotworu wraz z podstawą jego.

4) Naturalne drogi przez nos i gardziel — wystarczają w zupełności dla usunięcia nowotworu.

5) Wszelkie większe operacje przygotowawcze winny być uważane przy zwykłych polipach jamy nosogardzielowej jako zbędne.

6) Ponieważ chirurgowie nie posiadają dość cierpliwości dla tej bezkrwawej operacji i ponieważ ekstyrcycja wraz z różnymi przy-

gotowawczemi operacyami wykazała kilka wypadków śmierci, to typowe polipy jamy nosogardzielowej winny być pozostawione kompetencyi lekarzy-specyjalistów chorób nosa i gardła.

*Logucki.*

111. G. Scheff. O związku pomiędzy chorobami nosa i oczu ze szczególnem uwzględnieniem kanału łzowego. („Ueber die Beziehungen der Nase zu den Augenkrankheiten mit besonderer Berücksichtigung des Thränennasencanals.“ Wiener Medicin. Wochenschrift, № 51, 1899, № 1, 1900.

Już w wieku zeszyłym zwrócono uwagę na zaburzenia wzroku przy ropieniach w jamach bocznych nosa (Weleya, 1786). Autor przed laty dwudziestu czynił spostrzeżenia, dotyczące się chorych na jaglicę żołnierzy i u wielu znalazł wyraźne zmiany w jamie nosa: błona śluzowa nosa była zaczerwieniona, spulchniona, pokryta gęstą wydzieliną. Wszyscy pacycenci oświadczaali zgodnie, że jednocześnie z chorobą oczu zjawiał się u nich silny katar nosa. W celu otrzymania dokładnego obrazu anatomicznego jamy nosa i jego przydatków, autor przedsiębrał na trupach wlewania do jamy nosa masy stygnącej, jednak próby te nie dały dobrych rezultatów. Mimo to spostrzeżenia kliniczne nie pozwalają wątpić, że kanał łzowy stanowi istotną drogę, którą nieznanym dotąd zarazek chorobotwórczy jaglicy przedostaje się z jamy nosowej do oka lub odwrotnie. Ziem zwraca uwagę na ten ważny fakt, że w Egipcie przed zjawieniem się epidemii jaglicy, nadzwyczaj wiele spotyka się chorych z nader silnym katarom nosa i dlatego przypuszcza, że zarazek jaglicy pierwotnie umiejscawia się w nosie, stamtąd dopiero przechodzi przez kanał łzowy do oka.

We wszystkich podręcznikach chorób ocznych okuliści zwracają uwagę na istnienie związku przyczynowego pomiędzy chorobami nosa i oczu.

Heunkeiser oświadcza, że każdy wypadek z zaburzeniami w worku i kanale łzowym należy badać również rinologicznie. Fuchs wylicza wielką ilość chorób nosa (ozaena, przerost muszli, owrzodzenia, nowotwory), które mają wpływ bezpośredni na powstawanie wielu zaburzeń w oku, w kanale i worku łzowym. Większa część chorób zakaźnych, wywołując ropienie w jamach nosa, przedstawia poważne niebezpieczeństwo i dla kanału łzowego, a tem samem i dla oka.

Zaburzenia w przydatkach nosa, jako to ropienie w jamach Highmora, w zatokach czołowych i t. d. mogą również być niebezpieczne dla oka, wywołując zapalenie łącznicy, a nawet *phlyctaena*.

Przy zaburzeniach w jamie nosa należy starannie badać użębienie i zwracać szczególną uwagę na brak jednego lub kilku zębów śiecznych. Jeżeli widocznym jest brak zęba, a nie można przypisać, żeby został on usunięty drogą operacyjną (ściśle przyleganie sąsied-

nich zębów), to należy myśleć o wadzie rozwojowej, o pozostaniu zęba w alweoli. Autor podaje rysunek preparatu, na którym widać, że prawy wielki ząb sieczny przez *canalis incisivus* przedostał się do jamy nosa, wywołując tem zjawiska niedrożności. Wypadki tego rodzaju należą do dość rzadkich, zdarzają się jednak i były już opisane przez Sewill, Merinaud, J. Scheff i autora. Przy badaniu w razie niepewności mogą oddać pewną przysługę promienie Roentgena.

Wysoko położone przetoki zębowe mogą być do złudzenia podobne do przetok kanału łzowego. Po wyjęciu odpowiedniego zęba cierpienie ustępuje całkowicie. Nakoniec autor radzi przy zaburzeniach oka, kanału łzowego i nosa, starannie badać uzębienie i myśleć o możliwości związku pomiędzy okiem, kanałem łzowym a nosem. Ważnem jest to nietylko ze względu na rozpoznanie choroby, lecz i ze względu na leczenie.

A. Ż.

## IV. Wiadomości terapeutyczne.

### — 112. (ek) Epilepsia.

Toulouse i Richet pomieścili w „Le progrès médicale“, 1899, № 48, bardzo ciekawą pracę o wpływie pokarmu ubogiego w związku chloru na leczenie padaczki bromkiem sodu. Jak wiadomo, związki bromowe wpływają na przebieg padaczki, jeśli podawać je w dużych dawkach (8.0—15 grm. pro die), takie jednak dawki źle oddziałują na organizm. Wobec tego autorowie spróbowali dawać chorym pożywienie ubogie w sól kuchenną, aby w ten sposób chlor zastąpić drugim haloidem—bromem. Te teoretyczne rozumowania najzupełniej potwierdziła praktyka. — Już dwugramowe dawki bromku sodu wywoływały pożądany skutek, przyczem napadów padaczki nie było przez  $\frac{1}{2}$  roku i więcej. Trzeba być jednak ostrożnym z ilościowym podawaniem bromku sodu

i nie dawać go więcej nad 4 grm. pro die. Autorowie nazwali swój sposób metatroficznym.

### — 113. (hu) Hyperhidrosis manus.

W Riforma medica znajdujemy następujący przepis na nadmierne pocenie się rąk:

Rp. Acidi borici 5.0  
Boracis ven.  
Acid. salicyl. aa 15.0  
Glycerini  
Spir. vini dil. aa 60.0

MDS. Nacierać 3 razy dziennie.

### — 114. (hu) Hyperidrosis pedum.

Środki stosowane w tem cierpieniu muszą usuwać lub ograniczać nadmierne pocenie się i wstrzymywać rozkładanie potu. Według Adler'a w nadmiernem poceniu się nóg doskonałe rezultaty dają formalina i tannoform, które to środki jednakowo

czynią zadość temu podwójnemu wskazaniu. Przy objawach rozmięczenia skóry pomiędzy palcami A. poleca zasypywanie codzienne tannoformem, po zniknięciu zaś tych objawów zapędzowanie jednorazowe 40% formaliną. Niemniej pomyślnie rezultaty A. widział od zwyczajnej pasty cynkowej z następczem przypudrowaniem officynalnym proszkiem salicylowym obok codziennych letnich kąpielii nożnych z dodatkiem tanniny.

(Münch. medic. Woch., № 42, 1899).

— 115. (hu) **Hyperidrosis pedum.**

Cohn poleca przy nadmiernem poceniu się nóg kwas borny sproszkowany. Po dokładnem poprzednio oczyszczeniu stopy należy cienką warstwą wetrzeć proszek pomiędzy palcami i tam, gdzie jeszcze zajdzie potrzeba. Skutek tego leczenia jest szybki; po jednorazowem nawet wcieraniu trwa on po większej części cały tydzień.

(D. med. Woch., № 44, 1899).

— 116. (oh) **Leczenie influenzy.**

Ross poleca przeciw influenzy cynamon jako odwar lub w postaci tabletek w dawkach 15.0 gramowych i mianowicie z początku w ciągu 2 godzin co pół godziny, następnie co godzina aż do spadku ciepłoty. Wreszcie przez następne 4 dni jeszcze po 4 dawki dziennie.

— 117. (oh) Dr. Borne z Montbéliard leczy influencję w sposób następujący: Pierwszego dnia co kwadrans łyżkę stołową następnej mikstury:

Wody chloroformowej	60.0
Wody zwyczajnej	60.0
Magnezyi	8.0
Salolu	1.0
Betolu	1.0
Antifebryny	1.0
Syropu pomarańcz.	35.0.

Przez następne 5 dni należy brać rano i wieczorem po 2 proszki składu:

Magnezyi	10.0
Betol	5.0
Salol	2.5
Terpentyny	2.5
(na 20 proszków).	

— 118. (oh) O. Neill radzi w influenzy:

Calomel. vapor. par.	0.18
Pulv. Doveri	0.6
Natrii bicarbon.	0.12

fp. DS. zażyć na noc.

Następnego dnia co 2 godziny po 0.3 fenacetyny.

— 119. (oh) Comby leczy influencję u dzieci w sposób następujący. W przypadkach lekkich wystarcza zachowanie się higieniczne. Przy zaburzeniach żołądkowych podaje 10 — 15 olejku rycynowego; przy kaszlu 0.5 — 1.0 ipeki. Przy silnem rozwolnieniu — antiseptica kiszkowe — Benzonaftol, Natr. bicarbon. po 0.25 pięć, sześć razy dziennie. Przeciw wysokiej ciepłocie wypada uciekać się do chininy i antipyriny. Np. w czopkach — po 0.20 — 0.50. Antipyrinę podaje chętnie w następującej postaci:

Rp. Antipyrini	1.0
Aq. lauroceros.	2.0
Bals. tolut.	40.0
Aq. destill.	60.0

DS. łyżeczkami od kawy, albo też z Aqua menthae pip. 1 : 60. W silnych zapaleniach oskrzeli, przekrwieniu płuc, stawia goryczczniki, podaje wyskok i terpin.

Rp. Terpini	1.0
Cognac	20.0
Syr. Aurant.	30.0
Extr. Chinae	2.0
Aq. melissae	60.0

DS. łyżeczkami od kawy.  
(Wien. m. Presse, 11).

— 120. (hu) **Protargol.**

Floret otrzymał dodatnie rezultaty od protargolu w postaci maści (5 — 10 proc. z wazeliną i lanoliną aa) w oparzeniach, ulcus cruris i przewlekłej pryszczycy, i wychwała szczególnie jego nie sprawiającą bólu i przyspieszającą zabliznienie własność.

(Therap. Beil. u. Deutsch. med. Woch., Oct., 1899).

— 121. (jz) **Scrophulosis.**

Dr. Lewy z Neuhofen podaje, że, podając nastój tytoniu z 0.25—100 grm. co 2 dni po łyżeczce rano w przypadkach zołzów, w których nie doszło do ropienia gruczołów, otrzymywał wyleczenie zupełne w ciągu 3 tygodni, żadnych objawów ubocznych nie mógł zauważyć. Tak szybkie znikanie obrzmienia gruczołów niekiedy przebiega z lekką gorączką, ustępującą samoistnie. W przypadkach początkowej gruźlicy płuc autor widział po nastoju tytoniu

znikanie potów nocnych, kaszlu, oraz wzmoczenie łaknienia.  
(M. med. Woch., 9).

— 122. (jz) **Tannopin.**

Bayer i S-ka wprowadzają w użycie tannopin, który jest produktem tanniny i urotropiny. — Według Tittel'a ma on toż samo działanie, co tanningen, tannokol i t. d. Podaje się w dawkach po 0.3 — 0.5 — 2.0 grm. dziennie u dzieci.

(Th. Mon., 2, 1900).

— 123. (hu) **Ulcera varicosa.**

Andriani w jednym przypadku ulceris varicosi, trwającego 10 lat, otrzymywał wyleczenie od airołu. Na lewej goleni znajdowały się 2 owrzodzenia o stwardniałych brzegach, naokoło których była rozlana, sucha pryszczycza. Po daremnem stosowaniu rozmaitych środków owrzedzenia były gruntownie oczyszczane i zasypywane airolem. Po 2-eh dniach pryszczycza znikła, owrzodzenia zaś miały już lepszy wygląd. Zwolna wypełniały się one zdrową ziarniną, tak, że po dwóch miesiącach 60-letnia pacjentka była zupełnie wyleczona.

(Gazz. internat. di med. prat., № 8, 1899).

## V. Towarzystwo Lekarskie Lubelskie.

Posiedzenie zwyczajne z d. 4 stycznia 1900 r.

Przewodniczący — Prezes *Janiszewski*.

I. *Majewski* przedstawia włościankę lat 32-eh, której przed 5-ma dniami wyluszczył *torbielowłoknikomięsaka* (cystofibrosarcoma) prawego policzka wielkości jabłka. Rana zagojona przez rychłozrost bez odczynu miejscowego.

II. *Czerwiński* przedstawia chorą J. P., lat 37, u której z powodu wypadnięcia macicy wykonał w maju 1899 r. zabieg skrócenia więzów obłych sposobem Aleksander-Adams'a; obecnie, w pół roku po zabiegu — cierpienie pierwotne wróciło i *Czerwiński* ma zamiar wykonać u chorej wyłuszczenie macicy.

III. *Jaczewski* przedstawia chorego z t. zw. *językiem czarnym* (lingua nigra). Chory lat 23, zresztą zdrów, skarży się na lekkie pieczenie języka i nieco osłabiony zmysł smaku co do rozpoznawania pokarmów słodkich już od paru miesięcy, t. j. od czasu, jak się pokazała „plama“ na języku. Przy badaniu znaleziono, że nasada i część powierzchni grzbietowej języka jest zabarwioną na ciemnobrunatno, prawie koloru czarnego, i że brodawki nitkowate są znakomicie przerosłe i wydłużone. Badanie mikroskopowe co do obecności grzybków, opisywanych przez Hewelkego i Ciaglińskiego dało wynik ujemny. Przyczyna niewiadoma. Chory nigdy nie miał sobie przepisywanych pigulek z azotanem srebra, żadnych objawów choroby Addisona również nie przedstawia.

IV. Odczytano i przyjęto protokoły poprzedniego zwyczajnego posiedzenia z dn. 19 grudnia 1899 roku.

V. *Czerwiński* opisuje ciekawy przypadek porodu przedwczesnego, w którym przeszkodę porodową przedstawiał przepełniony moczem pęcherz płodu. Dnia 21/XI Cz. był wezwany do 33-letniej M. M., rodzącej już 6-ty raz. Wszystkie dawne porody przebiegały prawidłowo; obecnie rodząca oblicza okres ciąży na 6-ty miesiąc, przy wewnętrznem jednak badaniu wielkość macicy odpowiada 8-mu; bóle porodowe dość silne: wody płodowe odeszły przed paroma godzinami. Pomimo wiotkości powłok brzusznych ani główki, ani też żadnej części płodu wyczuć nie można; nie znaleziono również bicia serca płodu. Przy badaniu przez pochwę określono: ujście maciczne całkowicie roztwarte, a w niem obie nóżki płodu. Nóżki ściągnięto do pochwy i przy pociąganiu za nie natrafiono na niezwykły opór: półgodzinne trącenie pozostało bez żadnego rezultatu. Wykonano wówczas badanie połową ręki i stwierdzono u płodu zupełny brak otworu stołcowego, a na miejscu organów płciowych brodawkowatą wyniosłość, wielkości dużego ziarnka grochu, otoczoną dokoła fałdą skóry; zresztą dolny koniec tułowia płodu nie szczególnego nie przedstawiał. Na zasadzie tych danych badania zrodziło się przypuszczenie, że przeszkodą porodową mogło być wodogłowie, lub też, w razie zarośnięcia zewnętrznego otworu cewki moczowej, nadmierne rozciągnięcie pęcherza moczem, jakkolwiek przy badaniu dolna część brzucha płodu była zupełnie miękka. Rodzącą przeniesiono na oddział położniczy w szpitalu Św. Wincentego i tutaj, przy pomocy Tymińskiego, *Czerwiński* ukończył poród w następujący sposób: prawą nóżkę, mocno wkliniowaną pod spojenie łonowe, wyłuszczone w stawie biodrowym, gdyż tamowała ona całkowicie dostęp do kręgosłupa, który wobec przypuszczenia wodogłowia, musiał być przecięty. Po wyłuszczeniu nóżki wprowadzono do pochwy lewą rękę (płód był zwrócony grzbietową powierzchnią na prawo) i końcami palców dosięgnięto do dolnych kręgów lędźwiowych. Samo przecię-

cięcie kręgosłupa (zwykłymi nożyczkami dekapitacyjnemi) było bardzo trudne ze względu na podłużne położenie płodu; w kanał górnego odcinka przeciętego kręgosłupa wprowadzono zgłębnik maciczny aż do jamy czaszkowej, przyczem okazało się, że takowa płynu nie zawierała. Przy wyjmowaniu zgłębnika zauważono, że pomiędzy oba odcinki kręgosłupa wstawia się ciało kuliste, elastyczne; po nadcięciu takowego trysnął strumień płynu, który, następnie przy badaniu okazał się moczem — ogólna ilość jego wynosiła około 2 litrów. Po odejściu płynu płód z łatwością za lewą nóżkę wyciągnięto. Przedstawia się on jak worek, na którym siedzi małeńka główka. Powłoki brzuszne nadzwyczaj rozciągnięte: skórny pierścień pępkowy równa się w średnicy szerokości dłoni, kiszki cienkie bez żadnej zawartości, za to okrężnica przepełniona kałem, kończy się ona ślepo z lewej strony pęcherza moczowego; zagięcia esowatego i kiszki stolcowej odnaleść nie można. Nie można również odnaleść cewki moczowej; w prawej nerce wodonercze — lewa normalna. Wątroba i śledziona znacznie wypchnięte ku górze. W dolnej części brzucha widzimy, jak gdyby guz — twardy, kształtem nieco przypominający siodełkowatą macicę, z boków jego wychodzą bardzo wyraźne jajowody, są i jajniki. Stosunek pęcherza moczowego do tych organów płciowych niejasny: ma się wrażenie, że leży on po za macicą. Z obawy, aby nie uszkodzić tego bądź co bądź ciekawego preparatu, Czerwiński nie robił żadnych przekrojów narządów wewnętrznych, lecz w najbliższym czasie prześle dla dokładniejszego badania prof. Przewojskiemu i rezultat zakomunikuje na posiedzeniu Towarzystwa.

Na tem posiedzenie zakończone.

Prezes *Janiszewski*.

Sekretarz *A. Majewski*.

Posiedzenie zwyczajne z d. 18 stycznia 1900 r.

Przewodniczący — prezes *Janiszewski*.

I. *Majewski* przedstawia J. B., wieśniaka lat 18-tu z *polydactylią*; *mały palec u lewej nogi jest dwudzielny*; składają go dwie jednakowe połowy, z których każda posiada dwa samodzielne członki palcowe (2-gi i 3-ci); członek 1-szy jest dwudzielny w części przedniej; w tylnej — stanowi go jednolita kość o prawidłowej powierzchni stawowej; obie połowy małego palca są wielkości i grubości właściwej normalnemu palcu; ustawione są one do siebie pod kątem 45°. Ruchy właściwe — mały palec dwudzielny wykonywa w danym przypadku prawidłowo; czynności bosej nogi nie są upośledzone; obuwia chory nosić nie może. Dnia 20-go stycznia *Majewski* mały palec dwudzielny wyluszczył, i w 10 dni później J. B. odjechał zdrów do domu.

II. Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia z d. 4 stycznia 1900 r.

III. *Czerwiński* przedstawia preparat *zaśniadu groniastego* (*mola racemosa*) wielkości głowy dorosłego człowieka, urodzony w d.



15 stycznia w szpitalu św. Wincentego, 45-cioletnia wieloródka przybyła na oddział Czerwińskiego w dniu 8-ym stycznia w stanie ostrej niedokrwistości po krwotoku z narządów płciowych, który trwał 2 dni. Regularność przedtem była zatrzymana w przeciągu 4-ch miesięcy. W chwili oględzin wydzielina z macicy — skąpa, ujście jej zamknięte; zarówno przy wewnętrznym, jak i przy zewnętrznym badaniu oddzielnych części płodu wyczuć nie można. Wielkość macicy odpowiada 6-mu miesiącowi ciąży. W przeciągu 6-ciu następnych dni chora nie krwawiła zupełnie (leków do wewnątrz nie stosowano żadnych, zalecono tylko spokojne leżenie w łóżku). Z 14-go na 15-ty w nocy zjawily się silne bóle porodowe i po 2 godzinnym ich trwaniu chora urodziła w całości przedstawiony zaśniad. W czasie bólów i po ich ukończeniu żadnego prawie krwawienia nie było. Przebieg okresu połogowego był bezgorączkowy. 26-go stycznia chora wypisaną została z dobrze zwiniętą macicą.

IV. *Majewski* przedstawia zachowany w formalinie całkowity anatomo- patologiczny preparat narządów moczowych 4-roletniego chłopca.

Pęcherz moczowy wypełnia tu *śluzak (myxoma)* dużych rozmiarów, wychodzący z *szyjki pęcherza*. Składają go liczne grona, z których każde wyrasta na szypule; w skład grona wchodzi pojedyncze jajowatego kształtu miękkie śluzaki wielkości — grochu do orzecha askowego. Niektóre drobne grona i pojedyncze śluzaki, urwawszy się z szypuły, leżą wolne w jamie pęcherza. Nowotwór pokrywa obydwie otwory moczowodów.

Ściany pęcherza są bardzo grube; pojemność — zwiększona; błona śluzowa — szarawo-czarna.

Moczowody silnie rozszerzone, grubości przeciętnego średniego palca u ręki dorosłego człowieka; ściany moczowodów — zgrubiałe.

Miedniczki nerkowe, obiedwie, silnie rozszerzone i wypełnione jasno-żółtym, wołnistym, przezroczystym płynem, w ilości około 1-go litra w każdej (wodonereze).

Nerki znacznie (w dwójnasób) powiększone; powłoka włóknista zdziera się łatwo; na przekroju — tkanka korowa żółtawego koloru silnie rozrośnięta na koszt istoty rdzennej (chroniczne mięszone zapalenie nerek).

Przebieg choroby był następujący.

J. W., chłopiec włościański lat 4-ch, chorował od pół roku; miewał od czasu do czasu silne bóle brzucha i zatrzymania moczu; wypuszczano mu go wtedy cewnikiem.

Przybył do szpitala Św. Wincentego w stanie bardzo ciężkim z zatrzymaniem moczu od dni dwóch i z silnymi bólami w podbrzuszu; pęcherz moczowy silnie wzdęty, przy dotknięciu bolesny, twarde, — dosięgał na 4 ctm. powyżej pępka. Chłopiec — wątyły, błądy; twarz — lekko obrzękła. Cewnik miękki, pomimo że wchodził do pęcherza, nie opróżniał go, wobec tego *M.* wykonał zaraz po przybyciu chorego do szpitala *cięcie pęcherza nadłonowe*.

Pęcherz okazał się wypełniony wielką ilością wolnych śluzaków, które *M.* usunął; w szyjce pęcherza nowotwór siedział na kilku

szypułach, wobec jednakże ciężkiego stanu chorego — doszczętnego zabiegu *M.* zaniechał, a poprzestał na osączkowaniu rany.

Chory w dni cztery po zabiegu przy objawach wzmagającego się upadku sił zmarł.

W przypadku danym *M.* miał do wyboru przekłucie pęcherza lub cięcie nadłonowe; wobec jednakże tego, że cewnik miękki pęcherza nie opróżniał, pomimo że wchodził dość łatwo i głęboko, *M.*, przypuszczając ciało obce w pęcherzu, wybrał cięcie nadłonowe.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *A. Janiszewski.*  
Sekretarz *A. Majewski.*

## VI. SPRAWOZDANIE

### z posiedzenia Warszaw. Towarzystwa Lekarskiego.

Posiedzenie z d. 11-go stycznia 1900 r.

Przed porządkiem dziennym: 1) *Sinolecki* przedstawił chorego z nowotworem jam nosowych. Chory 35-cioletni, silny, dobrze zbudowany, zaczął doznawać przed kilkoma laty trudności przy oddychaniu przez nos; prócz tego nos zaczął powiększać się. Obecnie nos jest wielkości pięści, otwory jego są wypełnione przez miękki guz, którego natura nie jest jeszcze określona.

2) *Skowroński* przedstawił dziecko z luxatio coxae obturatoria congenita.

Na porządku dziennym: 1) *Faytt* przytacza statystykę z kliniki Guyon'a z roku 1898/9. Wykonano tam 415 operacji: 282 na drogach moczowych, 101 na narządach płciowych i 32 na moczopłciowych. Na 144 operacji na cewce zejście śmiertelne było w 6-ciu przypadkach; na 96 operacji pęcherza, śmierć zdarzyła się w 6-ciu przypadkach; na 44 operacji nerek, śmierć miała miejsce w 4 przypadkach.

Na 87 nowotworów pęcherza, zbadanych przez Motza: znaleziono: 25 razy papilloma, 20 epithelioma, 13 rak, 5 kankroid, 3 adenoma, 2 fibromyoma, 1 — myoma. *F.* przytacza 3 przypadki wyleczenia gruźlicy pęcherza. Metoda Bottini'ego leczenia przerostu gruczołu krokowego była stosowaną 3 razy; może ona być pożyteczną w ściśle ograniczonych przypadkach. W końcu *F.* przedstawia preparaty drobnowidzowe.

2) *Halpern* mówił o odruchowym wpływie przewlekłego podrażnienia szyjki pęcherza na nerki. Ostre przypadki chorób dróg moczowych nie wykazują dobrze odruchu na nerki. W przypadkach przewlekłego podrażnienia szyjki pęcherza, połączonego ze wzmożo-

nem, lecz niebolesnem parciem na mocz, jak skutek trypra, nadużytych płciowych i samogwałtu, *H.* znajdował (108 przypadków) zawsze zwiększoną ilość moczu. Objaw ten objaśnia *H.* jako odruch z szyjki pęcherza na nerki, wynikający z łączności innerwacji tych narządów.

Posiedzenie z d. 30-go stycznia 1900 r.

Przed porządkiem dziennym: 1) *Rychliński* przedstawił 40-letniego mężczyznę, który wśród zupełnego zdrowia dostał naraz drętwienia w prawej połowie ciała, stracił mowę i przytomność. Po paru dniach chory wrócił zupełnie do siebie. Po trzech dniach zjawił się podobny napad z objawami pobudzenia. Przy badaniu znaleziono nieznaczną nierówność źrenic i pewne utrudnienie w wymawianiu długich wyrazów. Podobne napady powtarzały się jeszcze 2 razy, przyczem zjawiały się drgawki w prawych kończynach. Wywiady, ani badanie nie dawało wskazówek na przymiot; jednak *R.* zastosował jod i rteć, jak powiada, z dobrym skutkiem. Ze względu na nierówność źrenic *R.* przypuszcza początek paraliżu postępowego.

2) *Sztejner* przedstawił: a) 40-toletniego mężczyznę, który przybył do szpitala z przepukliną pachwinowo-moszną, uwięzioną od 3 dni. Przy herniotomii znaleziono kışkę cienką w stanie zgorzeli na przestrzeni 40 ctm.; utworzono odbył sztuczny, a po 6-ciu tygodniach zszyto oba końce kışki.

b) Zdjęcie Röntgenowskie z klatki piersiowej 16-toletniego młodzieńca z cieniem od kuli, która została potem wyjęta z powyższego miejsca.

3) *Łogucki* przedstawił 38-mioletniego krawca, który po uderzeniu kilkakrotnem w brzuch pięścią zaczął czuć się niedobrze. Przy badaniu znaleziono: bladeść, ogromną śledzionę, a we krwi 3,450,000 krążków czerwonych, 420,000 ciałek białych, 60% barwnika i znaczną eozynofilię (białaczka śledzionowa).

4) *Sokołowski* przedstawił chorego 47-mioletniego z tętniakami aorty brzusznej. Po dźwignięciu ciężaru przed 5-ciu laty chory uczył ból w krzyżu, nie ustępujący dotychczas. Po lewej stronie kręgosłupa poniżej pępka wyczuwa się guz tętniący. Chory ma porażenie prawego nerwu okoruchowego, zniesienie odruchów kolannych i bezład. Röntgenogram wykazał guz tętniący pomiędzy 10 — 12 kręgami.

Na porządku dziennym *Sokołowski* mówił o cierpieniach dróg oddechowych, wikłających zimnicę, z powodu przypadku, który szczegółowo opisuje. Slusarz 25-cioletni, dobrze odżywiany, przybył do szpitala z powodu kaszlu, w bólu w piersiach dreszczy, gorączki od dłuższego czasu. Pierwsze badanie nie wykazało nic, prócz zaopatrzono go oddechu i porozrzucanych rzeżeń. Naraz chory dostał silnych dreszczy i gorączki (39°), potem zaś obfitych potów; w dolnym płacie lewym wystąpiły liczne trzeszczenia. Śledziona powiększona. Podobny stan powtarzał się co trzeci dzień; w przerwach

jednodniowych objawy przedmiotowe i podmiotowe ustępowały. — Badanie krwi wykazało plazmody zimnicy. Po zadaniu chininy wszystkie objawy chorobowe ustąpiły szybko. Po tygodniu wystąpił nawrót choroby z podobnymi objawami, które ustąpiły znowu pod wpływem chininy. — S. uważa chorobę za zimnicę trzeciaczkową, w której na pierwszy plan wystąpiły objawy płucne pod postacią kataru drobnych oskrzeli, a potem ostrego zrazikowego zapalenia płuc. Ostre zapalenia płuc na tle zimnicy, sporzeganie dawniej często, należy uważać za zakażenie mieszane wtórne. U osobników, dotkniętych charakterem zimniczem zapalenie płuc rozwija się zwykle skrycie, bez objawów i kończy się śmiercią; niekiedy w charakterze zimniczem rozwija się postać przewlekła zapalenia płuc, wiodące do ich marskości.

W dyskusji *Dąbrowski* zaznacza, że widział opisanego chorego, lecz widocznie nie w tym okresie, bo zmiany w płucach nie wyglądały na zapalenie zrazikowe. Zapalenie oskrzeli i skrzeliaków w malarii należy do zjawisk częstych, zwłaszcza w płacie dolnym lewym (czy nie sąsiedztwo powiększonej śledziony).

*Janowski* jest zdania, że niedość mieć objawy zapalenia zrazikowego płuc w zimnicy, żeby orzec, że jest ono zimnicze, a trzeba zrobić przekłucie próbne i wykazać we krwi z ogniska zapalnego plazmody. — Zdanie *Sokołowskiego*, żeby zbadać, o ile zimnica uodparnia przeciw gruźlicy, niema wielkiej r. cyi bytu, ponieważ zgóry można przypuszczać, że zimnica, na równi z innymi chorobami wycieńczającymi, może tylko usposabiać do gruźlicy.

*Dunin* uważa zapalenie płuc w przebiegu malarii jako sprawę specyficzną zimnicową. Przekłucie próbne, proponowane przez *Janowskiego*, nie może dać wyników rozstrzygających, ponieważ krew z płuc zależy do ogólnego krwiobiegu i może zawierać podobnie plazmody.

*Freidensohn* odróżnia zapalenie płuc zimnicowe od zimnicy, powikłanej przez zapalenie płuc.

*Ciągliński* zwraca uwagę, że i w płocinie można znaleźć plazmody zimnicowe, podobnie jak spiryle *Obermeijera* w moczu.

*W. Miklaszewski.*

## VII. BIBLIOGRAFIA.

*Année Chirurgicale*, I, 1898, publiée par le Dr. Depage, Agrégé à l'Université de Bruxelles, Chirurgien des Hôpitaux. — Bruxelles, Lamertin Editeur, 1899.

Nieustanne postępy chirurgii w wysokim stopniu utrudniają oryentowanie się w bogatym materiale, gromadzącym się corocznie

w literaturze medycznej. Obszerne traktaty i podręczniki w pewnej tylko mierze odpowiadają potrzebie, jaką odczuwa każdy lekarz-praktyk śledzenia za nowymi odkryciami, nowymi zastosowaniami i zmianami dawniejszych metod, gdyż wskutek nieprzerwanego ruchu naukowego tracą one nadzwyczaj szybko swą aktualność. A niepodobna nabywać wszystkich nowych wydań, następujących po sobie w przerwie nieraz kilkoletniej. Niepodobna również czytać wszystkich pism peryodycznych i skrętnie szukać w nich prac, odnoszących się do danej specjalności.

Liczne niemieckie „Centralblatt'y“ ułatwiają w znacznej mierze poszukiwania bibliograficzne, lecz wydawnictwa te nie są kompletne, znajdujemy w nich sprawozdania tylko z niektórych prac, a inne prace, uważane za mniej ważne, zaledwo są cytowane. Można wszelako tu zrobić uwagę, że niema prac bezwartościowych dla lekarza, zajmującego się daną kwestyą; wszystkie, nawet najdrobniejsze szczegóły, nabierają w jego oczach znaczenia, gdyż na ich podstawie grupuje on własne materiały i usiłuje budować wnioski.

Więc też z prawdziwą radością witamy ukazanie się nowego wydawnictwa chirurgicznego, które ma na celu zaradzenie wszystkim brakom dotychczasowych publikacji bibliograficznych. Jest niem „Année chirurgicale“, którego pierwszy tom, obejmujący sprawozdania z prac chirurgicznych za rok 1898, ukazał się w Brukseli pod redakcją d-ra Depage'a. Jest to dzieło zbiorowe, mające blisko dwa tysiące stron druku, poświęcone wszystkim pracom wchodzącym w zakres patologii zewnętrznej (chirurgia ogólna i szczegółowa: ginekologia, oftalmologia, otologia, położnictwo i t. d.) i zawierające 7 tysięcy referatów.

Wyższość tego wydawnictwa nad innemi polega głównie na tem, że jest prawie kompletnem, a przynajmniej o wiele obszerniejszem od innych; specjalnym referentom powierzone zostały sprawozdania nietylko z prac wysłanych w języku francuskim, niemieckim, angielskim i włoskim, lecz nadto uwzględnione zostały prace pisane w języku polskim, rosyjskim, czeskim, fińskim i t. d. Prócz tego każdej pracy poświęcono krótsze lub dłuższe sprawozdanie, usiłując, o ile możliwości, zastąpić czytelnikowi oryginał i nie są to zatem sprawozdania banalne, lecz istotne streszczenia i wyciągi.

Inną dodatnią stroną tego wydawnictwa jest wielki porządek w ugrupowaniu materiału, co możliwem jest jedynie dla wydawnictw wychodzących nie częściej jak raz na rok, gdyż dopiero po ukończeniu roku można głębiej wniknąć w treść materiału i ugrupować go według działów. Przy końcu książki znajduje się podwójny spis rzeczy, według treści i według alfabetycznego porządku nazwisk autorów, co czyni łatwem i szybkim szukanie wszelkich wskazówek.

Wreszcie wspomnieć należy o tem, że „Année chirurgicale“ wychodzi zaledwo w parę miesięcy po ukończeniu się roku, z którego daje sprawozdania, i tak np. „Anne chirurgicale“ z roku 1898 uka-

zała się już w sierpniu 1899 roku, co wobec olbrzymich rozmiarów dzieła uważać należy za nader pożądaný rezultat. Następne wydawnictwa ukazały się zapewne o wiele wcześniej, w kwietniu lub maju.

*Dr. med. Józefa Joteyko.*

\* \* \*

„Pamiętnik Jubileuszowy“, wydany ku uczczeniu dwudziestopięcioletniej działalności prof. Edwarda Sas Korczyńskiego przez byłych jego uczniów. Kraków, 1900.

Jest to wielki tom, zawierający 242 + 557 stronic in II, z których pierwsze stanowią część historyczno-statystyczną, drugie — część naukową, złożoną z 34 prac oddzielnych.

W pierwszej części znajdujemy:

1) „Zarys dziejów kliniki lekarskiej uniwersytetu Jagiellońskiego od jej założenia do r. 1875“, źródłowo opracowany przez doc. d-ra Ludomiła Korczyńskiego.

Założenie tej kliniki, jak i wogóle wprowadzenie całego wydziału lekarskiego na nowe tory, zawdzięcza wszechnica Jagiellońska A. Badurskiemu, który swymi umiejętnymi i niestrudzonemi zabiegami osiągnął celu tego, dzięki poparciu Komisji edukacyjnej, w roku 1780-ym.

Następcą jego był Fr. Kostecki, trzecim J. W. Hildebrand (z Wiednia). Następnie Schultess (Niemiec), Fr. Kostecki (powtórnie), W. J. Boduszyński, J. Linhard, J. M. Brodowicz, Józef Dietl, K. Gilewski, wreszcie od r. 1874 dr. Edward Korczyński. Znajdujemy tu dużo ciekawych szczegółów historycznych i biograficznych, charakterystykę działalności naukowej i społecznej kierowników kliniki i stopniowy rozwój urzędów klinicznych, aż do objęcia jej przed 25-ciu laty przez jubilata. Zarys ten ozdobiony jest 8-iu portretami dyrektorów kliniki.

2) „Ważniejsze wiadomości z ostatniego dwudziestopięcia kliniki lekarskiej Uniw. Jagiell.“ pióra dr. Adama Schmidta.

Po wstępie biograficznym autor przedstawia te trudności różnego rodzaju, jaki jubilat musiał zwalczać, aby klinikę o tyle o ile postawić na wysokości zadania. Czytając te borykania się z warunkami materialnymi, szczupłością miejsca, zupełnym brakiem pieniędzy — powtarzające się codziennie przez tak długi szereg lat, podziwiać należy energię, wytrwałość i wiarę w ważność podjętego zadania kierownika kliniki, które mu dodawały ochoty do pracy nieustającej a wielostronnej — uczonego i nauczyciela w klinice, a obywatela w różnych komisjach, komitetach i towarzystwach. Dowodem wiekopomnym pierwszej — to wyrobienie długiego szeregu dzielnych pracowników na polu medycyny, z których wielu już teraz zyskało imię uczonych i godność profesorską, i cały długi wykaz prac, dokonanych w klinice, obejmujący 171 tytułów, z tych 40 pióra samego profesora, a pozostałe 36 autorów uczniów. Do działalności oby-

watelskiej zaliczyć należy—udział w komisji dla Krynicy, działalności jako radcy miasta, rektora uniwersytetu, w komisji balneologicznej i t. d. i t. d., a w końcu — starania o nową klinikę, które, niezałożone jeszcze dotąd — należy uważać jako zapoczątkowanie drugiego, miejmy nadzieję, 25-lecia płodnej działalności jubilata.

Drugą część tomu stanowi, jak wspomnieliśmy na początku, 34 prac naukowych, napisanych przez obecnych i byłych uczniów, którzy krótszy lub dłuższy przeciąg czasu zajmowali się na klinice, bądź w charakterze stałych asystentów, bądź pracowników czasowych.

Są to prace z różnych gałęzi medycyny, którym autorzy w dalszej swej karierze praktycznej się byli poświęcili.

Stawili się do apelu wszyscy żyjący, aby ofiarami z ducha swego złożyć hołd wielbionemu mistrzowi i kierownikowi i jeszcze raz okazać mu wdzięczność niewygasającą za otrzymane odeń kiedyś wskazówki na drodze wiedzy i życia.

Jako całość „Pamiętnik jubileuszowy“ pod względem zewnętrznym (druk, papier) przedstawia się wspaniale. Zdobi go duży portret Szanownego Jubilata, opatrzony podobizną własnoręcznego podpisu.

H.

## VIII. Program Wystawy Przyrodniczo-Lekarskiej

IX-go Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w Krakowie 1900 roku.

Celem wystawy jest przedstawić ogółowi publiczności, a zebrany na Zjeździe lekarzom, przyrodnikom i technikom w szczególności, ruch naukowy w piśmiennictwie przyrodniczym, lekarskim i technicznym, owoce badań umiejętnych, środki naukowe, jakimi się obecnie posługujemy, tudzież wszystko, co z gałęzi przemysłu i rękodzielnictwa z naukami przyrodniczymi, lekarskimi i technicznymi w związku pozostaje, a przede wszystkim to, co się w kraju wyrabia, a więc nie potrzebuje być z zagranicy sprowadzone. W ten sposób mamy się rozpatrzyć, czego nam jeszcze brakuje, a jakie są zalety i niedostatki w tem, co już posiadamy. Przedmioty więc kwalifikujące się do wystawy są następującego rodzaju.

### I.

*Literatura przyrodnicza, lekarska i techniczna z czasu od roku 1891 do 1900 włącznie, a więc:*

1) Pisma peryodyczne przyrodnicze i lekarskie, technologiczne i techniczne. Wydawnictwa książkowe peryodyczne ilustrowane i nieilustrowane.

2) Dzieła traktujące o jakiegokolwiek gałęzi z nauk przyrodniczych lub lekarskich i technicznych, jakoteż rozprawy większe i mniejsze z tychże nauk i wszystkich z niemi związek mających.

3) Diagramy, kartogramy, mapy i wszelkie wykazy statystyczne z zakresu demografii, fizyografii, statystyki zdrowotnej, higienicznej, zdrojowej, zakładów ubezpieczenia robotników od wypadków, kas chorych i t. p.

4) Plany i opisy szkół, kuchni, łazienek, rzeźni, szpitali, zakładów dobroczynnych, higienicznych wogóle, a w szczególności urządzeń we fabrykach i pracowniach rękodzielniczych.

5) Drzeworyty, litografie, sztychy, fotografie i inne sposoby odwzorowywania przedmiotów, mających związek z naukami przyrodniczymi, lekarskimi i technicznymi, wykonane dla celów naukowych dydaktycznych i dla popularyzowania wiedzy.

## II.

*Okazy z zakresu nauk przyrodniczych, jako to:*

1) Okazy flory, fauny i kamielin.

2) Górnictwo i hutnictwo.

3) Rolnictwo i ogrodnictwo.

4) Preparaty anatomiczne i anatomo-patologiczne, tudzież zbiory preparatów mikroskopowych.

5) Okazy przyrodnicze i wyroby anatomiczne sztuczne z różnych materyałów, jak masa, gips, воск i t. p.

5) Okazy i modele z zakresu techniki naukowej wszelkich gałęzi umiejętności przyrodniczych, higieny i technologii, jak np. przyrządy do fizyki, fizjologii, farmakologii, farmacyi, chemii, krystalografii, astronomii i t. p.

## III.

*Przetwory chemiczne i wyroby chemiczno-technologiczne, a więc:*

1) Produkty chemiczne krajowe surowe i przerobione, służące do leczenia celów higienicznych i rolnictwa.

2) Wyroby farmaceutyczne fabryczne i przemysł aptekarski, jak zioła suszone, czekolady lekarskie, kapsułki, kołaczyki, perfumy, kosmetyki, mydła lecznicze, leki wchodzące w zakres „farmacopea elegans“ i leki złożone, wyrabiane na większe rozmiary, o ile skład ich jest znany, lub komitetowi Wystawy został przedłożony.

3) Wody mineralne naturalne polskie, przetwory w zdrojowskich polskich otrzymywane, a więc sole, ługi, borowina i wszystkie inne przetwory zdrojowe.

4) Wody mineralne naśladowane i sztuczne lekarskie.

## IV.

*Przemysł techniczny.*

1) Chemiczny, 2) mechaniczny, 3) budowlany.



## V.

*Hygiena.*

1) Produkty spożywcze i dyetetyczne, jak mięso, drób żywy i przygotowany. Ryby żywe. Sposoby karmienia i hodowania jednych i drugich. Konserwy. Marynaty. Gotowe potrawy i sposób ich przygotowania. Jarzyny i owoce świeże i suszone. Mleko. Masło. Sery i wszelkie wyroby i przetwory gospodarstwa mlecznego, oraz przyrządy wzorowe do prowadzenia takiego gospodarstwa potrzebne. Kefir. Kumys. Mleko wielokrotne i mleko lekami zaprawione. Pieczywo zwykłe i specjalne dla chorych, jak sucharki, konglutynowe bułeczki, pierniki zwykłe i specjalne dla chorych. Miody pitne zwykłe i miody lecznicze, oraz to wszystko, co ma związek z hodowaniem pszczoł, otrzymywaniem miodu surowego i przerabianiem tegoż. Wina owocowe i wina lecznicze. Wino naturalne dla chorych i wszystko to, co ma związek z fabrykacją win i ich pielęgnowaniem. Wyskok i wszystkie jego przeróbki.

2) Sposoby i środki żywienia ludności, wojska. Kuchnie tanie i polowe. Wartość odżywczą pokarmów w zastosowaniu do potrzeb społecznych. Pokarmy sztuczne. Fałszowanie pokarmów i napojów oraz sposoby wykrywania tegoż.

3) Urządzenia mieszkań, jak umeblowanie, opalanie, przewietrzanie, oświetlanie, zaopatrywanie w wodę, wydalanie odpadków i nieczystości. Dezynfekcja.

4) Odzież. Materyały surowe i przerabiane. Bielizna. Obuwie. Ubrania zwierzęce. Pościel.

5) Urządzenia zdrowotne miast. Wodociągi. Kąpiele. Kanalizacja. Usuwanie odpadków. Ogrzewalnie publiczne. Łaźnie ludowe. Oświetlanie. Zabezpieczanie od pożarów. Ratownictwo w nagłych przypadkach. Urządzenia sanitarne na przypadek epidemii i klęsk elementarnych.

6) Urządzenia szpitalne, jak okazy łóżek, pościeli, bielizny, druków administracyjnych i t. d.

7) Urządzenia szkolne i ochron dla dzieci, więc okazy ławek, tablic, przyrządów pomocniczych pedagogicznych. Rozrywki. Ogrzewanie. Oświetlanie. Wentylacja.

8) Zestawienie usiłowań, zmierzających do utrzymania i podniesienia zdrowotności młodzieży, więc plany parków Jordana, urządzenia gniazd sokolich. Okazy i modele przyrządów gimnastycznych. Kolonie wakacyjne i lecznicze. Internaty i kursy szkolne.

9) Środki i sposoby ochraniań zdrowia i życia robotników przy wykonywaniu specjalnych zawodów.

## VI.

*Narzędzia i przyrządy.*

1) Narzędzia anatomiczne i chirurgiczne, okulistyczne i położnicze, dentystyczne, semiotyczne, weterynaryjne.

- 2) Przyrządy ortopedyczne, elektrolekarskie, balneotechniczne, chemiczne, fizyczne, optyczne, meteorologiczne i astronomiczne.
- 3) Opaski i środki opatrunkowe.

## VII.

*Pielęgnowanie chorych.*

Przyrządy i materiały do pielęgnowania chorych służące, jako to: nosze, wózki, namioty, baraki, wozy s.pitalne, wagony, wanny, natryski i t. p.

## VIII.

*Fotografia.*

- 1) Aparaty fotograficzne i wszystko to, co do zdejmowania fotografii, wywoływania i reprodukowania jest potrzebne.
- 2) Fotografia zastosowana do nauk przyrodniczych, lekarskich i technicznych.
- 3) Fotografie amatorskie w okazach.
- 4) Pomysły własne w modelach i rysunkach, odnoszące się do samej techniki fotograficznej jako też do stosowania sztuki fotograficznej w naukach przyrodniczych, lekarskich i technicznych.

## IX.

Wszystkie inne przedmioty, które się nie dały pomieścić w powyższych działach, a mające związek z naukami przyrodniczymi, lekarskimi i technicznymi.

## KRONIKA BIEŻĄCA.

*Dnia 15-go marca 1900 r.*

Od kolegi Cz. Wroczyńskiego z Białej otrzymujemy list następujący w kwestyi bytu lekarzy, który ze względu na oryginalność i pewną słuszność poglądów umieszczamy:

Wśród inteligencji naszego społeczeństwa lekarze pod względem liczby pierwsze zajmują miejsce. Czy i pod względem moralnym ogół im to miejsce przyznaje? Niestety, nie. Chcę wyjaśnić, dlaczego się tak dzieje. Jeżeli zwrócimy uwagę na życie lekarzy

w Warszawie i na prowincyi, spostrzegamy dziwne zjawisko. Nie wielki tylko procent lekarzy część swego czasu poświęca pracy naukowej, a jeszcze mniejszy pracy społecznej. Lekarzy działaczy społecznych na palcach policzyć można. Większość lekarzy wszystkie swe siły wyteża na jaknajprędzszym zdobyciu praktyki (niezależności materyjalnej), odrzuciwszy na bok wszystkie inne obowiązki i cele ogólne. Smutne wyniki tej wyłącznej pogoni za rublem widzimy. Najprzód ogólny zanik charakterów. Lekarz, chcąc prędko wyrobić sobie popularność, musi być zbyt zabiegliwym, giętkim, musi często schlebiać słabostkom ogółu, a przez to musi nieraz stanąć w kolizyi z własnymi przekonaniem i, ani się spozstrzeże, jak charakter jego skartłowaciał, a zasady zmarniały. Dalej, coraz częściej słyszymy o wykroczeniach etycznych, dochodzących aż do skandalów, którym ogół chętnie daje posłuch, a przez to piedestał, na którym nauka postawiła lekarza coraz bardziej się zniża. Nie byłoby tego, gdybyśmy się pozbyli nieuzasadnionych obaw o nasz byt i naszą przyszłość. Człowiek inteligentny, a chcący pracować w naszym społeczeństwie *zawsze i wszędzie* znajdzie powszedni kęs chleba. Widzimy, że nawet w Warszawie wobec tak olbrzymiej konkurencyi, nawet mniej zdolni lekarze zdobyli sobie poważne uznanie, dzięki tylko wytrwałej pracy, a na prowincyi lekarze, miłujący swój zawód, literalnie są przepracowani, tylko dyletanci i próżniacy stanowią tak zwany proletaryat naukowy.

Nadprodukcji lekarzy u nas niema. Sądzę więc, że niepotrzebnie są trwożymy widmem czychającej na nas nędzy i wszystkie artykuły w tej kwestyi, tak często spotykane w ostatnich czasach na łamach pism lekarskich i brukowych, tylko moralną szkodę nam przynoszą. Lepiej zwracajmy więcej uwagi na to, *jacy jesteśmy*, a ogół więcej nas cenić będzie, a pracę naszą wedle możliwości zawsze nagrodzi.

---

— Dr. med. Józefa Joteyko, sprawozdawczyni z polskich prac do rocznika „Année chirurgicale“, uprasza o nadsyłanie jej odbitek z artykułów treści chirurgicznej, począwszy od roku 1900, pod adresem: Insitut Solvay, pare Leopold, Bruxelles.

—h.— *Miejsce dla lekarza.* Miasteczko Koziegłowy (przez Myszków) od dwóch miesięcy pozbawione jest pomocy lekarskiej, gdyż uprzednio praktykujący tu kolega musiał się przenieść z powodów nie odeń zależnych. Stałej pensyi, wypłacanej przez kasę gminną, jest 300 rb., oprócz tego mieszkanie w naturze albo 100 rb. na lokal. Praktyka ma być dość liczna, zarówno na miejscu, jak i w okolicy.

—h.— Między 25 i 28 kwietnia odbędzie się w Neapolu zjazd dla badań nad gruźlicą, pod protektoratem królowej i przewodnictwem ministra Baccellego. Będą 4 sekcye: 1) etyologia i zabezpieczenie (przewodniczący prof. de Giovanni); 2) patologia i klinika

(przew. prof. Maragliano; 3) leczenie (prof. de Rienzi); 4) uzdrowiska (przew. prof. Capozzi). Składka 20 lirów. Będą ulgi na kolejach i statkach. Żony członków mogą korzystać z ulg po opłacie składki. Informacje daje biuro: Neapol, Clinica medica, Ospedale Gesu é Maria.

### SPROSTOWANIE

w 5-ym zeszytcie „Kroniki Lekarskiej“ r. b.

<i>Strona</i>	<i>wiersz</i>	<i>wydrukowano:</i>	<i>winnno być:</i>
166	21	zaburzenia	krztuszenie
169	31	Nikolaicz	Nikolaier
172	40	jak	jaka.

# SPIS RZECZY.

## Prace oryginalne.

- I. Przypadek oderwania się tęczówki od wieńca rzęskowego. (Iridodialysis) — W. Garliński — str. 209.  
II. Notatki lekarskie z dziedziny chorób wenerycznych — Fr. Giedroyé — str. 213.

## II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. Chirurgia.

92 — 107. Wyciąg sprawozdawczy z 13-go zjazdu chirurgów francuskich, odbytego w Paryżu pomiędzy 16 i 21 października 1899 roku — str. 216.

### II. Choroby weneryczne.

108. E. Finger — Obecny stan leczenia trypra — str. 225.

### II. Choroby nosa i gardła.

109. Wolkenstejn — Przypadek reumatycznego zapalenia stawu obłączko-nalewkowego — str. 233. 110. Dr. P. Schmithnisen — Bezkrwawa operacja typowych polipów noso-gardzielowych — str. 234. 111. G. Scheff — O związku pomiędzy chorobami nosa i oczu ze szczególnem uwzględnieniem kanału łzowego — str. 235.

IV. Wiadomości terapeutyczne — str. 236.

V. Towarzystwo Lekarskie Lubelskie — str. 238.

VI. Sprawozdanie z posiedzenia Warsz. Tow. Lekarskiego — str. 242.

VII. Bibliografia — str. 244.

VIII. Program Wystawy Przyrodniczo-Lekarskiej — str. 247.

Kronika bieżąca — str. 250.

Sprostowanie. — str. 252.

Do dzisiejszego numeru dla wszystkich pp. prenumeratorów dołącza się prospekt „Kelen“, środek wywołujący ogólną narkozę.

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

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

Дозволено Цензурою. Варшава, 1 Марта 1900 года.

Pozwalamy sobie podać do wiadomości, że z dniem  
1 stycznia r. b. otworzyliśmy w filii naszej na **Placu Teatralnym**  
nowy oddział .

**Srodków opatrunkowych,  
Wyrobów gumowych  
i Przyrządów chirurgicznych.**

Warsz. Towarzystwo Akcyjne  
**HANDLU TOWARAMI APTECZNYMI**

dawniej

**Zjednoczeni Aptekarze**

**Ludwik Spiess i Syn.**

**KEMMERN**

**Wody siarczane i borowina**

Miejscowość oddalona o 46 wiorst od Rygi, Droga Żelazną Rygsko-Tukumską. Sezon r. 1900 otwiera się z dniem 20 Maja i trwać będzie do 1 Września.—Kąpiele słono-siarczane, siarczано-igłiwiowe, siarczано-alkaliczne, z kwasem węglanym, parowe, alkaliczne alkaliczno solne, alkaliczno-igłiwiowe, błotne, błotne rozcieńczone.

Wody mineralne, kefir, mięsienie, frykcyje, kamera inhalacyjna, elektryzacya. Rocznie przyjeżdża więcej niż 2500 chorych, z różnemi cierpieniami reumatycznymi, syfilitycznemi, skrofulicznymi, skórnymi i kobiecemi. Miejscowość lesista, ogromny park nowo urządzony, wieczorem i rano muzyka. Biblioteka, czytelnia, zabawy dla dzieci. Wille w cenie 10 do 150 rubli za 6 tygodni. Pensjonaty z całkowitem utrzymaniem od 8 rb. 20 kop. tygodniowo. Komunikacya z morzem za pomocą dyliżansów po 20 kop. tam i z powrotem. Z Rygi do Kemmern podczas sezonu chodzi do 12 pociągów na dobę, zatrzymujących się we wszystkich miejscowościach wybrzeża. Osoby, pragnące mieć szczegółowe wiadomości, raczą się zwracać pod następującym adresem:

**KEMMERN**, powiat Rygski.

Dyrektor Zakładu D-r Med. A. Sotin.