

# KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

I. Przyczynek do farmakologii strychniny.

## O WPŁYWIE półkul mózgu na odruchy rdzenia.

PODAŁ

Henryk Sadkowski.



Obserwując doświadczenia, dokonywane w czasie lekcji w Laboratorium Farmakologicznem Warszawskiem, zauważyłem, niejednokrotnie, że zdolność odruchowa rdzenia po jego przecięciu wzmagą się w przypadkach zatrucia strychniną daleko szybciej i silniej niż bez przecięcia. Przeprowadziłem szereg doświadczeń na żabach, ażeby sprawdzić to spostrzeżenie i za każdym razem otrzymywałem indentyczne wyniki. Z doświadczeń tych przytoczę tu tylko niektóre, jako typowe dla całego szeregu.

Pierwsza serya doświadczeń polegała na przecięciu rdzenia rozpalonym drutem na wysokości drugiego nerwu rdzeniowego i na wstrzyknięciu strychniny pod skórę lub do żyły skórnej.

Celem kontrolowania objawów doświadczalnych zawsze jednocześnie dokonywane było wstrzyknięcie tej-że ilości i tego samego roztworu strychniny żabie normalnej, z nieuszkodzonym rdzeniem.

Przykład. Wzięto 2 żaby tej samej płci i wagi. Jednej z nich o godzinie 1-ej minut 20 po połud. przecięto rdzeń powyżej opisanym sposobem. W 10 minut potem jednej i drugiej za-

strzyknięto po  $\frac{1}{2}$  cent. sześcien. roztworu strychnini nitrici w koncentracji 0,0001 na 1 cent. sześć. Już o godz. 1-ej min. 38 u żaby z przeciętym rdzeniem wystąpiły drgania włókienkowe mięśni i kurcze tężcowe, a o godz. 1-ej min. 44 — kurcze rytmiczne, po nich tężec i śmierć. Druga żaba pozostała żywą i kurczom nie podlegała.

Druga serya doświadczeń różniła się od pierwszej tylko tem, że u żaby, służącej za sprawdzian, dokonywano przyżegania grzbietu mniej więcej na tej samej wysokości, ale nie przenikającego do rdzenia. Wyniki były ujemne, t. j. samo przyżeganie, nie uszkadzając istoty rdzeniowej, nie powoduje wzmożenia czynności odruchowej.

Trzeci rodzaj doświadczeń miał na celu li-tylko sprawdzenie wyników, otrzymanych w 2-eh pierwszych seryach.

Przykład. Wzięto 2 żaby jednakowej płci i wielkości i wstrzyknięto im pod skórę po 0,0001 strychnini nitrici w 1 centymetrze sześć. wody przekroplonej.

Największa różnica w terminie zjawienia się kurczów nie przenosiła 7 minut.

Tak więc doświadczenia powyższe stwierdziły, że działanie strychniny po przecięciu rdzenia kręgowego poniżej rdzenia przedłużonego ulega znacznemu wzmożeniu. Należy jeszcze wziąć pod uwagę, że chłonięcie strychniny odbywa się tutaj w warunkach niepomysłnych, gdyż skutkiem usunięcia wpływu ośrodków naczynioruchowych (przecięcie rdzenia)—ciśnienie krwi znacznie się obniża (<sup>1</sup>).

Powstaje teraz pytanie, czy owo wzmożenie odruchów rdzenia zależy li-tylko od usunięcia wpływu ośrodka hamującego Siechenowa, czy też należy przypuszczać, że mogą tu grać rolę i inne części mózgu. Szukając wyjaśnienia u autorów, spotykamy w tej kwestyi wiele zdań sprzecznych.

Tak, co do działania strychniny rozpowszechnione jest mniemanie, iż posiada osobliwszy wpływ na komórki ruchowe rdzenia; wpływ ten przypisują pewnemu powinowactwu strychniny z temi właśnie częściami układu nerwowego, a jako dowód, pomiędzy innemi, przytaczają tę okoliczność, że największa ilość strychniny u zwierząt nią zatrutych znajduje się w rdzeniu (<sup>2</sup>), oraz, że w komórkach rdzenia zachodzą zwykle zmiany postaciowe (<sup>3</sup>). Z drugiej znów strony nie brak dowodów, że strychnina działa również i na mózg, ponieważ zarówno przy wstrzyknięciach podskórnych tej trucizny, jak i przy bezpośrednim zetknięciu jej z istotą korową daje się zauważyć znaczne obniżenie pobudliwości ośrodków ruchowych (<sup>4</sup>). Pewna zaś

część autorów utrzymuje przeciwnie, że przy wprowadzeniu minimalnych ilości strychniny wprost do istoty szarej mózgu występuje obraz osobliwszego pobudzenia psychiki oraz kurcze (5).

I zdanie powag farmakologicznych w kwestyi mechanizmu działania strychniny brzmią wcale nie jednoznacznie.

Nothnagel, na przykład, sądzi, że strychnina powoduje porażenie ośrodków rdzenia, hamujących odruchy.

Bernstein zaś przypuszcza, że pod wpływem strychniny następuje zmniejszenie normalnych przeszkód w przechodzeniu pobudliwości z jednej grupy zwojów na drugą.

Rossbach notuje jako fakt, że wzmożona pobudliwość zwojów zawiadujących odruchami zależy od bezpośredniego na nich działania strychniny (6).

Wogóle można się wyrazić, że strychnina wywołuje odruchowe kurcze, działając bezpośrednio na komórki zwojowe istoty szarej rdzenia, przytem kurcze następują tylko od mechanicznych, termicznych i elektrycznych podrażnień, od chemicznych zaś — nie.

Działania strychniny na mózg odrzucać absolutnie nie można wobec faktu, że czucie dotyku, zmysł wzroku i słuchu — słowem czynności mózgu — ulegają wzmożeniu.

Można także przewidywać, że kurcze wskutek strychniny winny się wzmacniać przy przecięciu rdzenia, gdyż wtedy wykluczamy wpływ ośrodka Siezenowa, ośrodka hamującego odruchy (7).

Wszystko to jednak nie wystarcza, aby wyczerpująco i niezbićcie objaśnić zajmujące nas zjawisko, t. j. wzmożenie się tak znaczne odruchów. To ostatnie ma miejsce wogóle wtedy, ilekroć zniesione zostają pewne wpływy mózgu, hamujące odruchy. Tak nienormalne wzmożenie się odruchów ścięgowych spotykamy w różnych sprawach chorobowych rdzenia, kiedy mózg, wskutek, na przykład, spraw zwyrodniających w drogach piramidalnych, jest jakby odcięty od układu rdzeniowego; tu należą: sclerosis lateralis amyotrophica, paralysis spinalis spastica (Erb, Charcot), sclerosis disseminata, porażenia mózgu i t. p. Wiadomo także, że przy ataku apoplektycznym chorzy są niezwykle wrażliwi na działanie strychniny (8).

Wobec powyższych danych i celem ich wyjaśnienia przedsięwzięliśmy jeszcze następujące doświadczenia.

Czwarta serya, mianowicie, doświadczeń polegała na tem, że jednej żabie, po uprzedniej trepanacyi, tęnym drutem ostrożnie oddzielono półkulę mózgu aż do szypulek mózgu (pedunculi cerebri).

Druga żaba służyła dla kontroli. O godz. 2-iej obydwóm wstrzyknięto wprost do krwi po  $\frac{1}{2}$  cent. sześć. strychnini nitrici w koncentracji 0,0001 na 1,0. O godz. 2-iej min. 10 u pierwszej żaby występują kurcze w tylnych kończynach, również reaguje ona prędzej na wpływy drażniące; odruchy słuchowe zachowane; przy dmuchnięciu na nią otrzymujemy skutek jak od strychniny — atak epileptyczny. O godz. 2-iej min. 20 — teżec przy podrażnieniu i po niem, a o godz. 2-iej min. 45 — śmierć. Tymczasem druga żaba przez czas cały i na drugi dzień nie okazywała zmian żadnych, kurczów nie miała, odruchy zachowała prawidłowe.

Drugi przykład (z tej samej seryi).

Wzięto 2 żaby wagi mniej więcej po 77 gramów. Pierwszej o godz. 12-iej w południe zrobiono trepanację i ostrym nożem odcięto półkule mózgowie na wysokości szypuł. Druga żaba — stan prawidłowy. O godz. 12-iej min. 5 obydwóm wstrzyknięto w żyły skórne brzucha po  $\frac{1}{2}$  cent. sześć, strychnini nitrici w koncentracji jak wyżej. W 5 minut później wstrzyknięto obu do jamy brzusznej taką samą ilość i tego samego roztworu strychniny. (Minimalna dorażająca dla żab użytych do doświadczenia podług Falk'a = 0,000154). Natychmiast potem t. j. o godz. 12-iej min. 11 — u pierwszej odrazu nastąpił teżec. O godz. 12-iej min. 16 u drugiej żaby odruchy prawidłowe, u pierwszej toniczne kurcze, o godz. 12-iej m. 37 — u drugiej status idem — u pierwszej teżec. O godz. 12 m. 40 nareszcie i u drugiej następują kurcze teżecowe, ale bardzo słabe. O godz. 12-iej min. 42 — u drugiej kurcze tylko przy wstrząsaniu.

O godz. 1-iej min. 10 pierwsza żaba ginie. O godz. 12-tej min. 15 druga — jeszcze żyje, a kurczom ulega tylko przy dotykaniu. Na drugi dzień oraz i następnych dni pozostaje żywą i kurczom nie podlega.

Wynik tej seryi doświadczeń wykazał, że i po samem usunięciu dużych półkul mózgu strychnina w małej stosunkowo ilości wywołuje znaczny wpływ i powoduje wzmożenie odruchów.

Wreszcie piąta serya doświadczeń polegała na trepanacji bez umyślnego uszkodzenia istoty mózgu. Tutaj objawy zatrucia strychniną raz występowały, w innym razie nie. Taki, albo inny wynik zależy, naszym zdaniem, od sposobu dokonywania samej operacji t. j. od tego, czy mózg ulega uszkodzeniu lub nie.

Nader ważnym jest jednak fakt, że przy tych doświadczeniach żaby nie ginęły nigdy.

Zestawiając wyniki naszych doświadczeń, przechodzimy do następujących wniosków :

1) Bez względu na niepomysłne warunki dla chłonięcia strychniny i dla jej ugrupowania się w tkankach organizmu zwierzęcego, jakie istniały w naszych doświadczeniach (usunięcie wpływu ośrodków naczynioruchowych, krwawe operacje: trepanacja, usunięcie półkul mózgu) t. j. bez względu na osłabione ciśnienie krwi — w działaniu strychniny otrzymujemy większe napięcie.

2) Uraz, nie uszkadzający istoty mózgu, nie powoduje wzmoczonego działania strychniny.

3) Półkule mózgu posiadają niewątpliwie wpływ hamujący na odruchy rdzenia.

4) Ażeby wywołać efekt strychniny, a nawet śmierć żaby, po wycięciu półkul mózgowych potrzebną jest dawka znacznie mniejsza — od trującej dla żaby normalnej. Jakkolwiek wpływ hamujący mózgu na odruchy rdzenia znany jest oddawna, pomimo to jednak nie był stwierdzony doświadczalnie; jeszcze zaś mniej istnieje danych, co do osłabienia odruchów przy otruciu strychniną. Znanem jest, na przykład, osłabienie odruchów przez impulsy woli. Przy krwotokach do mózgu bywa wzmoczenie odruchów. Brown-sequard i Goltz — utrzymują nawet, że porażenia czasowe lub niedowłady (paresis) przy uszkodzeniach istoty korowej mózgu mogą zależeć od drażnienia części otaczających przez uszkodzoną część mózgu: po ustąpieniu podrażnienia — przechodzi i wzmoczenie odruchów. (Sternberg, Senenreplexe). Wiadomo także, że u psa częściowe usunięcie półkul mózgu powoduje samo przez się wzmoczenie odruchów.

Zapomocą tedy naszych doświadczeń eksperymentalnie stwierdzony został ciekawy fakt wpływu regulującego półkul na odruchy rdzenia.

---

## L i t e r a t u r a .

---

1. F. Nawrocki. O mechanizmach w mózgu żaby tamujących odruchy rdzenia. „Pam. Tow. Lek. Warsz.“ 1869, LXII, 524.  
A. Fabian. O mechanizmach w mózgu żaby tamujących odruchy rdzenia. „Gaz. Lek.“ 1869, № 11, str. 163.
2. Lovett. „Journ. of Physiologie“ 1888, Vol. IX.
3. Nissl. Ueber experiment. erzeugte Veränderungen an d. Vorderhornzellen d. Rückenm. bei Kaninchen. „Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie“ Bd. 48.

- Goldscheider u. Flatau. Normale u. Pathol. Anatomie d. Nervenzellen. 1898.
- E. Biernacki. Strychnina jako środek działający na mózg. „Gaz. Lek.“ 1890, X, 372.
5. J. Bruner. Najnowsze prądy w nauce o odporności. „Kron.Lek.“ 1898
6. H. Notnagel, M. Rossbach, Handbuch der Arzneimittellehre. Wien. München. 1894.
7. Setschenow. Physiologische Studien über die Hemmungsmechanismen f. die Reflexthätigkeit des Rückenmarkes im Gehirne des Frosches. 1863.
- Setschenow u. Paschutin. Neue Versuche am Hirn u. Rückenmark des Frosches. Berlin. 1865.
8. Naunyn. Mittheil. aus der medicin. Klinik zu Leipzig. 1888.

## II. Lekarz jako biegły przed sądem.

Odczyt wygłoszony na Zjeździe przyrodników i lekarzy polskich w Krakowie,

dnia 21-go Lipca 1900 roku.

Podał

*Dr. Józef Zawadzki.*

(Dokończenie).

W sprawach cywilnych biegły wzywany jest bądź gdy idzie o ubezwłasnowolnienie, bądź w celu określenia poczytalności, bądź też w różnych sprawach o odszkodowanie.

W pierwszym przypadku sąd za zgodą stron powołuje lub wyznacza z urzędu przeważnie 2 psychiatrów oraz 1 lekarza, zajmującego się chorobami wewnętrznymi. Badanie odbywa się w obecności sądu, prokuratora, a jeśli jest i obrońcy, protokół prowadzi sekretarz. Po ukończeniu badania psychiatrycznego, lekarze dokonywują badania somatycznego i wnioski swoje na piśmie podają sądowi. Rzadko się zdarza, aby wynikała różnica zdań między biegłymi, prawo jednak

w tym razie żąda piśmiennego wyluszczenia zdania odmiennego przez biegłego. Prócz badania chorego częstokroć pomaga lekarzowi-biegłemu w postawieniu rozpoznania świadectwo lekarzy, którzy leczyli chorego oraz, niekiedy, badanie świadków. Zazwyczaj niema większych trudności w określeniu czy chory jest poczytalny lub nie, gdyż w większości przypadków są to demenci wtórni, którzy już czas jakiś przebyli w zakładzie dla obłąkanych lub leczyli się w domu, chodzi zazwyczaj o dodanie im kuratora, a sprawy tego rodzaju powstają na żądanie najbliższej rodziny chorego. Niekiedy jednak trzeba badania dłuższego i wtedy należy oddać chorego pod obserwację szpitalną.

W sprawach za to o wynagrodzenie za uszkodzenia biegły jest nieraz w wielkim kłopotcie. Rozprzestrzeniły się te sprawy w czasach ostatnich niezmiernie, a istnieje cały szereg obrońców, którzy specjalnie tem się zajmują, co gorzej zaś lekarzy, którzy na każde żądanie wydają świadectwa, sprawa bowiem może być rozpoczęta jedynie po załączeniu świadectwa lekarskiego, iż powód wistocie jest do pracy niezdolny. Niestety, o świadectwo takie jest bardzo łatwo, a ulubionym konikiem piszących w braku obrażeń zewnętrznych jest neuroza traumatyczna. Biegli w tych sprawach wzywani są za zgodą stron lub przez sąd wyznaczani zwykle w liczbie 3-eh. Są obecni przy badaniu świadków i po zbadaniu powoda wnioski swoje składają do akt piśmiennie. Są tu też same braki, o których wspominałem przy omawianiu badania w sądzie karnym — badanie dokonywa się w sądzie, gdzie niema żadnych narzędzi, ani urządzeń właściwych.

Ponieważ sąd częstokroć zadaje pytania, o ile powód jest do pracy nieudolny i w jakim stopniu stracił tę zdolność do pracy umysłowej i fizycznej, gwoli ułatwienia biegłym odpowiedzi na to pytanie podaję tu prawidła d-ra G. Haaga, opracowane według tabel Otto Bode (München 1898 Skala der Einbustse an Erwerbsfähigkeit bei Unfallschäden). Prawidła te są przyjęte przez większość Tow. ubezpieczeń przy wynagradzania poszkodowanych skutkiem przypadków.

Naturalnie, w każdym pojedynczym przypadku należy indywidualizować opinię, skala podana może być tylko wskazówką ogólną, zwracać należy uwagę na stan poprzedni badanego, wiek, zajęcie i t.p.

Oto skala Otto Bode.

Oczy: utrata 1 oka — utrata zdolności = 30% — 40%, zależnie od zajęcia, naturalnie, utrata zdrowego oka u osobnika, który przedtem widział na jedno oko = 100% utraty zdolności do pracy.

Słuch: utrata słuchu na jedno ucho pociąga za sobą utratę zdolności do pracy = 10%, na oba uszy = 70%.

Kończyna górna: unieruchomienie: a) *stawu ramieniowego* prawej ręki — 50%, lewej 40%, utrudnienie ruchów w tym stawie, jeżeli możliwe jest podniesienie ramienia do linii poziomej — 30%, dla prawej 20% dla lewej k. g., zwichnięcie nawykowe prawego stawu ramieniowego — 35%, lewego — 15%.

b) *staw łokciowy*: nadmierna ruchomość aktywna w prawym: utrata zdolności — 60%, w lewym 50%, nadmierna ruchomość pasywna praw: 45%, lew.: 60%.

Zrośnięcie stawu pod kątem prostym prawej kończyny — 40%, lewej 30%, pod kątem tępym prawej — 60%, lewej 50%.

Brak ręki prawej — 80%, lewej 70%.

c) *Przedramię*: złe zrośnięte złamanie kości promieniowej prawej — 60%, lewej 50%.

Porażenie okolicy n. promieniowego prawego — 50%, lewego 40%, n. śródownego oraz łokciowego prawego 75%, lewego 60%.

Staw dłoniopromieniowy: brak (ewent brak dłoni) prawego 75%, lewego 65%, zrośnięcie prawego 40%, lewego 30%.

Palce: brak palucha prawego 25%, lewego 20, II palca (wskazującego) prawego 17%, lewego 15%, III praw. 13%, lewego 12%, IV prawego 9%, lewego 8%, V praw. 11%, lew. 10%.

Kończyna dolna prawa i lewa: Wyluszczenie w stawie biodrowym brak kończyny 85%, amputacja nad stawem kolanowym 80%, poniżej 60%, staw kolanowy bujający 50%, złamanie rzepki przy aparacie wyciągowym 50%, zrośnięcie stawu pod linią prostą 50%, pod kątem 80%, staw fałszywy na goleni 80%, zrośnięcie stawu skokowego 30%, stawów stopy 40%. Brak wielkiego palca 10%, innych 5%.

Konieczność użycia przy chodzeniu kija, kul i t. p., stosownie do przypadku 50—70%.

Tułów: Przepuklina pępkowa, lub na linii białej brzucha — 50%, przepuklina pachwinowa jednostronna 10%, obustronna 15%, udo-wa jednostronna 15%, dwustronna 20%. Przepuklina, połączona z ewentracją trzewiów brzusznych, 50—100%.

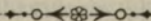
Powyżej przytoczona skala ułatwia odpowiedź na pytanie co do zdolności do pracy, ale tylko w przypadkach uszkodzeń somatycznych i tylko odnośnie do pracy fizycznej; skoro w grę wchodzi praca umysłowa, skala zmienić się musi, utrata np. słuchu dla lekarza, urzędnika kolei i t. p., pozbawia ich zupełnie możliwości zarobkowania, jakiegokolwiek bądź kalectwo kończyny górnej prawej, pozbawia malarza, muzyka, chirurga również możliwości pełnienia nadal obowiązków zawodowych.



Jeszcze trudniej orzec, gdy wchodzi w grę neuroza traumatyczna. W czasach ostatnich powstał cały szereg prac, poświęconych temu wytworowi cywilizacyi, a mimo to, dotąd pojęcie choroby nie skryształizowało się należycie. Nie będę wchodzić tu w szczegóły, zaznaczę tylko, że w danym razie wykrycie symulacyi jest rzeczą nieraz bardzo trudną i wymaga wielu badań. Sumienie lekarza wymaga tu badań specjalnych i wydawanie sądu po badaniu jednorazowym na sądzie uważam za błąd wielki; do chorych takich należy zastosować, to co się już robi przy badaniu psychiatrycznym — obserwacya dłuższa w szpitalu pod kierunkiem specjalistów, wtedy dopiero może być mowa o zbadaniu zgodnym z nauką, tembardziej zaś lekarze wymagać tego powinni, że badanie w sądzie może być tylko bardzo pobieżne.

Szanowni Panowie! Staralem się w krótkim tym rysie dać obraz działalności lekarza biegłego w sądach w przypadkach najczęstszych oraz wykazać braki widoczne, chciałem zwrócić uwagę ogółu lekarzy na ważność powołania i obowiązki społeczne, jakie leżą na lekarzu, którego sąd powołuje na biegłego. Widzieliśmy w toku tej pracy, że nie zawsze od lekarza zależy usunięcie braków, ale że często lekarze bądź przez nieznajomość swych praw, bądź z innych przyczyn nie korzystają z przysługujących im przywilejów. Ponieważ prawda bezwzględna jest celem ekspertyzy, wyczerpać wszelkie środki należy ku jej wyświeetleniu i czerpać pełną dłońią ze wszystkich źródeł dostępnych. Pomnieć należy, że lekarz biegły ma w sądzie rolę zaszczytną przedstawiciela światła i wiedzy, że, dzięki dobrze pojętemu poczuciu obowiązku, lekarz podnosi naukę w oczach wszystkich, przez złe wzięcie się do rzeczy obniża jej wartość.

Przystępując do orzeczenia w sądzie należy mieć to na uwadze i czynami głosić wielkość nauki i światła.



## II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. Chirurgia.

Sprawozdanie z XIII Zjazdu Międzynarodowego Lekarzy, odbytego pomiędzy d. 2 i 9 sierpnia 1900 r. w Paryżu.

(Dokończenie).

#### B. Sekcja chirurgii wojskowej.

434. Dr. Fontan (z Tulonu). **Opieka nad rannymi podczas bitwy na morzu.**

Autor uważa za rzecz niewłaściwą zupełnie — opatrywanie rannych bezpośrednio na samym terenie walki. Pomoc, której udziela chirurg, uwijający się wśród świstu kul i łoskotu granatów, posiadać musi, z natury rzeczy, wartość niewielką i narażanie przez lekarza życia jest niepotrzebnym zupełnie z jego strony bohaterstwem. Ten ostatni czynności swe lecznicze wykonywać powinien na punkcie opatrunkowym, lecz inna rzecz, czy tamże dostarczą mu rannych w każdym momencie bitwy. Otóż doświadczenie, z dawniejszych bitew morskich osiągnięte, poucza, że tak nie jest, że zawsze trzeba czekać zaprzestania ognia lub, przynajmniej, jego zmniejszenia się, by mógł przystąpić do zbierania i przenoszenia rannych. Tymczasem ci ostatni leżą na pokładzie, na nowe wystawieni pociski, narażeni na śmierć od krwotoku lub wstrząsu. Tak opłakane warunki złagodzić można znacznie uprzedniem zaopatrzeniem żołnierzy w materiały opatrunkowe i wyuczeniem, jak z niemi obchodzić się należy, a nadto przez łatwość otrzymania na każdym posterunku herbaty gorącej z niewielką domieszką wysokoku.

Gdy zamęt bitwy ucichnie i do uprzątnięcia pobojowiska nastanie chwila dogodna, zaczyna się wówczas zazwyczaj borykanie z trudnościami transportu. Każdy nowoczesny statek wojenny posiada, wprawdzie swe posterunki opatrunkowe i środki przewozu, lecz panująca wszędzie ciasnota, przebiegające kręto korytarze, zmiany ustawiczne w poziomie i kierunku, czynią manewrowanie z rannymi niezwykle uciążliwym i wymagają przyrządów specjalnych. Hamak tu nie wystarcza, nie chroni bowiem rannego od wstrząśnień i bolesnych dlań nagłych zmian położenia, obmyślane zaś mniej lub więcej dozwolone sposoby, służące do unieruchomienia hamaków złemu nie zaradzają bynajmniej. To też przyrządem, jedynie odpowiednim może być tu tylko rynna metalowa Auffret'a, która wymaganiom transportu odpowiada wybornie. Przez ustawienie odpowiednie części swych

składowych rynna ta daje się dopasować ściśle do zarysów ciała każdego osobnika, unieruchamiając go przytem zupełnie i podtrzymując w pozycji dowolnej. W rynny takie, łatwo prześlizgujące się przez korytarzyki najbardziej ciasne, zaopatrzoną jest dziś marynarka francuzka i okręty wojenne niektórych państw innych; niedobrem jest to tylko, że przyrządów tych rozdano za mało, gdyż biorąc średnio, jedna rynna Auffert'a, obliczoną została na 300 ludzi załogi. Tymczasem, ilość tego rodzaju przyrządów ratunkowych normowaną być winna nie mnogością osady okrętu, lecz raczej, cyfrą wyznaczonych dłań noszy.

Po przeniesieniu rannego na stół operacyjny należy przedewszystkiem: a) ranę oczyścić, ku czemu niezbędną jest woda przegotowana i płyny odkażające, przechowane w zbiornikach z blachy żelaznej. Watę i gazę trzyma się w pakietach zapieczętowanych. Wyjaławiania zapomocą autoklawu dokonywa się tylko dla narzędzi i ligatur. Dalej, trzeba postarać się: b) zatrzymać krwotok i powetować utratę krwi zastrzykiwaniami wyjałowionego roztworu soli kuchennej; c) nałożyć opatrunek unieruchamiający na kończynę złamaną; d) dokonać wreszcie zabiegów naglących, jak nałożenia podwiązek, wyrównania braków, zamknięcia jam, stojących otworem i t. p. Z wydobywaniem ciał obcych można na razie zatrzymać się. Wszystkie te jednak rękożyny są tymczasowemi tylko, a ranni muszą być przeniesieni jak najprędzej bądź na ląd, bądź „do okrętu-szpitala“ (navire-hôpital), który powinien krążyć po za eskadrą wojenną i udzielać przytułku nietylko swoim, lecz i wrogowi.

### C. Sekcya chirurgii ogólnej.

#### 435. Bradford (z New.-Jork'u). Leczenie choroby Pott'a w okresie rozwiniętego już garbu.

Leczenie cierpienia Pott'a zasada się na stosowaniu środków i zabiegów, mających na celu, prócz możliwego przywrócenia zarysów prawidłowych, zabezpieczenie części już chorych od ucisku i wstrząsu. Odpowiednio do tego leczenie skierowane być winno do: 1) osiągnięcia poprawy; 2) do powstrzymania rozwoju garbu, i 3) osłabienia jego rozrostu.

*Ad I.* Jeżeli mamy do czynienia ze sprawą chorobową w okresie ostrym, poprawę osiągnąć można dość łatwo. Jeżeli skostnienie wywołująca sprawa zapalna (osteitis ossificans) zdążyła już wytworzyć się wraz z zesztynieniem (ankylosis), przecięcie lub łamanie kości staje się niezbędnem, przyczem tkanek miękkich oszczędza się jak najbardziej. W okolicy szyjowej pociąganie jest bardzo na miejscu, na wysokości pół-grzbietu udaje się zapomocą wyciągu oddzielić trzony zajęte. Najskuteczniejszym jest jednak stosowanie siły w kierunku przednio-tylnym, nadto należy utrzymywać kręgosłup przez długi czas w położeniu prawidłowem.

*Ad II.* Jeżeli zniekształcenie nie jest zbyt wydatnem, można powstrzymać rozrost garbu skutecznie przez użycie dokładnie przylegającego przyrządu. Nałożenie w pozycyi wyprostowanej gorsetu gipsowego lub stalowego utrzymuje kolumnę pacierzową w położeniu możliwie prawidłowem i daje duże widoki powodzenia.

*Ad III.* Tu trudności napotyka się wtedy zwłaszcza, gdy garb rośnie jednocześnie z powiększaniem się stopniowem wzrostu kręgosłupa, a więc w okresie dziecięcym i młodzieńczym chorego. Sprawa leczenia wikła się również i w tych razach, gdy kręgosłupa nie można, wobec trudności natury mechanicznej, unieruchomić, jak należy. Wówczas odpowiednie leczenie wzmacniające wiele zdziała dobrego w kwestyi zmniejszenia energii rozpędowej garbu.

436. Dr. Roux (z Lozanny) i A. Jalaguier (z Paryża).  
**O wskazaniach leczniczych w przypadkach zapalenia wyrostka robaczkowego.**

Najważniejszym zadaniem lekarza jest tu, jak zresztą, wobec każdej sprawy chorobowej, wyrobienie sobie poglądu ścisłego, czego nie należy robić. Pamiętać zatem trzeba, przystępując do leczenia zmian zapalnych w wyrostku robaczkowym, że stosowanie środków czyszczących, nawet w okresie zdrowienia, jest przeciwwskazane stanowczo i że zastępuje się przez enemy. A nie należy tu dawać się omamić ani przez pomyślny po wypróżnieniu obfitem obrót choroby, bo ten ostatni jest następstwem, a nie przyczyną wyzdrowienia, ni objawami rzekomego zamknięcia światła kiszek (pseudo-ileus), zwykła to bowiem komplikacya tego rodzaju zapaleń. Również ciężkim jest błędem wszelakie dźwiganie i przenoszenie chorego z miejsca na miejsce, z łóżka na łóżko, gdyż jelito chore, równie jak i kończyna uszkodzona wymaga absolutnego spoczynku, unieruchomić zaś ją można przez makowiec, stosowany przeważnie drogą odbytncy. Lecz i tego środka nadużywać nie można z uwagi na prawdopodobne przy nim porażenie jelita lub pęcherza, bóle zaś zaspakają się zastrzykiwaniami morfiny. Nadto w okresie początkowym, dopóki nie ustaną wymioty, chory zachowywać powinien dyetę ścisłą i zaspakając pragnienie kilkoma tylko kroplami płynu, nalanego na język lub obmywaniem narządu tego wodą. Lód stosowanym być winien również ostrożnie, a niekiedy uciec się wypadnie do okładów ciepłych.

Co do operacyi autorzy trzymają się zasad następujących:

1) w każdym przypadku zapalenia okołokatniczego należy dokonać rezekcyi; 2) w okresie jednak ostrym ograniczyć trzeba wskazania przynajmniej o 75%. Operuje się zatem zawsze „na zimno“ (à froid), t. j. po przełomie pierwszym, gdy przeminą objawy zakażenia ogólnego, a sprawa utraci miejscowo złośliwość swoją. Doktryna nęcąca i wygodna operowania śpiesznego, z chwilą postawienia na pewno dyagnozy, nie da się usprawiedliwić w zasadzie, doświadczenie bowiem poucza nas, że okres ostry choroby kończy się naj-

częściej umiejscowieniem sprawy zapalnej, a nawet jej rozejściem się, zabiegi zaś operacyjne przeszkadzać mogą tylko tego rodzaju przebiegowi, osłabiając siły ustroju, który z chorobą walczy zazwyczaj skutecznie. Rękoczyn zawieszony jest tu nie pożądanym o tyle jeszcze, iż pobudzać może do stawiania dyagnozy pośpiesznej, a więc chwiejnej; znane są też przypadki, w których zapalenie jelita grubego (enterocolitis), a nawet kolkę wątrobową albo nerkową przyjmowano za cierpienie wyrostka. Zresztą, obserwowanie chorych uważne i rozbiór objawów drobiazgowy pomoże zawsze do wykrycia takich rzadkich, bądź co bądź, powikłań, jak zapalenie otrzewny lub wytworzenie się dużych ograniczonych zbiorników ropy. Na wesanie się tej ostatniej samoistne liczyć nie można i operować tu trzeba nawet w okresie ostrym, t. j. ognisko z wytworów gnilnych opróżnić, przedrenować i wyrostek wyciąć, o ile tenże łatwo jest dostępnym.

Po upływie dni czterech lub pięciu od chwili wybuchu sprawa zapalna względnie cichnie i umiejscawia się, przyczem wysięk wy-czuwa się wyraźnie. Jeżeli objawy ogólne nie są zatrważające, można i wówczas poczekać na wessanie się samoistne. Ale gdy stan gorączkowy utrzymuje się stale, gdy bóle nie słabną, wysięk powiększa się i tętno przyspiesza, należy operować bezzwłocznie. Dokonanie rękoczynu chirurgicznego niezbędnem jest i wtedy również, gdy gorączka, która już ustąpiła, powraca na nowo, stając się przestankową (hektyczną), gdy wysięk, zmniejszony już, znowu się wzmagą, a chory zapada w stan zubożenia na wszystko. Osobliwie zaś z operacją nie można ociągać się w tym razie, gdy chory dostaje dreszczy wstrząsających i nieodpowiedniego dla danej ciepłoty tętna, za jakie uważa się tętno szybkie przy krzywej chwiejącej się. Lekarz, który z zapaleniem wyrostka robaczkowego miewał często do czynienia, postawi wskazanie do operacji odrazu, unie bowiem określić i pochwycić chwilę ową trafnie, gdy „wygląd chorego złe robi wrażenie”. Lecz objaw taki, przy całej swej cenie, staje się często niepochwytym.

Co do sposobu prowadzenia cięcia, należy mieć na względzie, że wobec otrzewnowej rozlanej sprawy zapalnej wykonywa się laparotomię; tąż drogą dochodzi się do ognisk ropnych w okolicy biodrowej, prowadząc, wszelako, cięcie z boku od linii środkowej. Jeżeli ogniska powstały na wysokości lędźwi, dokoła i tuż poniżej wątroby lub w miednicy, wreszcie, dokonywa się incyzji na wysokości, odpowiedniej umiejscowieniu ropnia; który w tych razach należy zawsze starać się opróżnić bez otwierania otrzewny. Dalej, operowanie „na zimno” wskazane jest w przypadkach, dających nawroty i wobec przewlekłego przebiegu cierpienia (appendicitis chronica), w których wyrezekowanie wyrostka jest pewną wyzdrowienia rękojmnią; nadto w przypadkach zastarzałych wypadnie nieraz uzupełnić zabieg ów przez usunięcie zrostów i pasem włóknistych oraz wyswobodzenie zbaczających lub pogiętych pętli jelitowych. W razie posokowatego zapalenia otrzewny na wynik pomyślny operacji liczyć nie można, a jedyna wtedy ucieczka pozostaje w dokonywanych en masse za-

strzykiwaniach surowicy, które, rzeczywiście, nieraz już doprowadzały sprawę na pozór straconą do wyleczenia.

437. Prof. Andrea Cecherelli (z Parmy), M. Mayo Robson (z Leeds) i Jules Boeckel (ze Strassburga). —  
**Chirurgia trzustki.**

Cierpienia trzustki napotyka się daleko częściej, niż możnaby sądzić, mała zaś względnie liczba opisywanych spostrzeżeń tłómaczy się znacznymi trudnościami w postawieniu odpowiedniego rozpoznania. Tą nieobfitą, względnie, kazuistyką objaśnia się też do pewnego stopnia i niewielkie stosunkowo w dziedzinie trzustki postępy chirurgii, która tu ma zadanie niezwykle trudne, zależnie od warunków anatomicznych. Narząd ten pozostaje w ścisłym z trzewiami innymi związku i umiejscowiony jest głęboko, posiada unaczynienie i unerwienie obfite i wydziela nader ważny dla ustroju sok trawienny.

Patologia trzustki nie jest, bynajmniej, uboższą od patologii narządów innych, ani mniej od tejże różnorodną. Robson przytacza statystykę, obejmującą 50 przypadków guzów złośliwych, z których najczęstszym bywa: a) raka. Lubo nowotwór ten zdarza się najczęściej u osobników powyżej lat 40, nawiedzić jednak może i ludzi młodszych; w tych jednak razach rozpoznanie stawiać należy nader oględnie, nieraz już bowiem przyjmowano za raka przewlekłe w omawianym gruczole sprawy zapalne (pancreatitis chronica), łądząco z przebiegu doń podobne i nie dające się rozróżnić na oko nawet podczas oględzin pośmiertnych.

W przypadkach też takich leczenie chirurgiczne rokować może wielkie widoki powodzenia, gdy, przeciwnie, operacja na gruczole, zajętem przez raka, da się usprawiedliwić w tych tylko razach, gdy zwyrodnienie ogranicza się jedynie do pewnej części narządu, lub gdy cierpienie to dostępne jest dla chirurga w okresie początkowym. Z 13 przypadków, w których dr. R. dla przyniesienia ulgi choremu dokonał cholecystotomii lub cholecystenterostomii, w 9 otrzymano poprawę nader wybitną; autor operował nadto kilku osobników, u których rozpoznano raka części główkowej trzustki, a którzy po operacji wyzdrowieli zupełnie i doskonałym cieszą się obecnie stanem zdrowia. Fakty jednak takie dowodzą, że nie miano tu do czynienia z rakiem, jeno z przewlekłym trzustki zapaleniem i dlatego też zabieg chirurgiczny doradzać należy w każdym nie zaawansowanym przypadku, pomimo stawiania dyagnozy złowieszczej. Do częstych, względnie, nawiedzających trzustkę spraw chorobowych, należą również: b) torbiele, bądź o zawartości krwawej w następstwie urazu bądź natury czysto retencyjnej, lub bąblowce. Zabieg chirurgiczny w tych razach, t. j. wyłuszczenie worka będzie całkiem na miejscu, a jak poucza statystyka Boeckel'a na 144 operowanych takich przypadków w 118 otrzymano wyzdrowienie bez powikłań żadnych. Jeżeli z jakiegokolwiek bądź względów nie jest możliwym wy-

łuszczenie, wypadnie zadowolnić się rozkrajaniem torbieli oraz przyszyciem ścian tejże do powłok brzusznych. Dalej, podobnie jak w cierpieniach wątroby, zauważa się tu niejednokrotnie: c) niezbyt a także nie dróg trzustkowych ostry (pancreatitis acuta) przyczem, prócz działających etiologicznie drobnoustrojów, pozostają nie bez wpływu i przyczyny zewnętrzne, jak zapalenie żóładki dwunastnicowej, kamica żółciowa lub trzustkowa, urazy, wreszcie, i rany. Ze spraw tych najważniejszymi będą dla chirurga przypadki, powikłane ropieniem i krwotokiem. W razie ewentualności pierwszej Ceccerelli radzi okres ostry przeczekać, a dla dokonania zabiegu proponuje trzy drogi: lędźwiową t. j. zewnątrzotrzewnąą, opłucną (transpleuralną) w kącie żebro-kręgowym i podpepkową; nadto niekiedy staje się koniecznym część trzustki, zwyrodniałą przez zgorzel, wyciąć zupełnie. Dr. R. przytacza 4 przypadki zapalenia trzustki ropnego, w których dokonano operacji po wytworzeniu się ropnia. W dwóch z nich usunięto wydzielinę drogą zewnątrzotrzewnąą, poczem otrzymano wyzdrowienie, w dwóch pozostałych — rękoczynny zakończyły się niepomyślnie, a ropa wydostawała się przez żołądek z wymiocinami na zewnątrz.

Według statystyki Boeckel'a, obejmującej 20 przypadków zapalenia trzustki ropnego i zgorzeli, w 11 osiągnięto wyniki dobre, a w 9 niepomyślnie. Wobec tego rodzaju spraw zapalnych rękoczyn wykonywa się bądź na gruczole samym, bądź w jego sąsiedztwie, mniej lub więcej bezpośrednio. Ta ostatnia możliwość nasuwa się wtedy, gdy ognisko krwawe lub ropne, w trzustce wytworzone pierwotnie, przedziera się na zewnątrz tego narządu i otarbia pomiędzy poblizkimi listkami otrzewny, tworząc wypukłość bardziej lub mniej znaczną ze spojonymi szczelnie ponad nią pokrywającymi listkami surowiczymi. Cięcie, rozumie się, prowadzić trzeba w miejscu najbardziej wydawnym. Po odseparowaniu trzustki ognisko opróżnia się lub wycina doszczętnie. Rzecz prosta, że operacje wewnątrzgruczolowe są cięższe.

d) Zapalenie trzustki łącznotkankowe przewlekłe (pancreatitis interstitialis chronica) nadaje wdzięczne dla chirurga pole, rękoczynny bowiem operacyjne, jak widać z pracy R. przynoszą choremu nie tylko ulgę, lecz są w stanie wyleczyć go zupełnie. Z 15 tego rodzaju przypadków wyzdrowienie otrzymało w 14, w jednym, który skończył się źle, do operacji przystąpiono za późno. Należy mniemać, że cierpienie, w mowie będące wraz z zajęciem kanalików trzustkowych bywa powikłaniem częstym kamicy żółciowodowej i trwać może w ciągu dalszym, pomimo rozejścia się sprawy pierwotnej. Pogląd ten potwierdzałyby spostrzeżenia d-ra Fergusson'a z Edynburga, któremu w każdym niemal przypadku zakończonym niepomyślnie zapalenia zakaźnego dróg żółciowych (angiocholitis infectiosa) udawało się wyciskać grudki ropne z przewodu Wirsungian'a. Również rzeczy przebiegać mogą odwrotnie, t. j. sprawa zapalna w trzustce, działając na żółciowód lub odźwiernik przez ucisk, wywołując może zmiany chorobowe w wątrobie lub żołądku.

Sama e) kamica trzustkowa jest sprawą rzadką, z którą zapoznajemy się zwykle, operując wobec ropnia trzustki lub niedrożności żółciowodowej. f) W razie krwotoku z narządu, w mowie będącego na skutek ran, stłuczeń lub zgorzeli, niezbędna wówczas operacja sprowadza się do nałożenia szwu lub podwiązania naczyń krwawiących, przyczem usuwa się skrzepy, zalegające w jamie brzusznej. Najczęściej jednak zabiegi te kończą się dla chorego nieomyślnie z przyczyny gwałtowności krwotoku, niknących szybko sił operowanego i trudności natury technicznej, które nie pozwalają na zapewnienie poszkodowanemu pomocy doraźnej i skutecznej. Wylew krwawy nagromadza się tu zwykle w tylnej jamie sieciowej. Interwencya, wreszcie, chirurga może być wskazana w przypadkach g) przepukliny lub h) wgłobienia trzustki, wobec t. zw. i) trzustki wędrującej, a nadto j) wobec zatkania kanału, łączącego narząd ten z dwunastnicą. W ostatnim tym przypadku wypadnie dla soku trzustkowego wytworzyć drogę nową, a jeżeli to jest niemożliwem — wykonać przetokę pankreatyczną. Obawy, że skierowanie soku trzustkowego do jamy brzusznej może stać się przyczyną zapalenia otrzewny są mocno przesadzone, gdyż sok ten, jeżeli jest prawidłowy, nie może działać ujemnie, a nadto ulega wesołu bardzo prędko. Ceccherelli dodaje kilka uwag, dotyczących szczegółów techniki operacyjnej na omawianym narządzie.

Uklócia igłą mięszu podczas szycia nie wywołują tu większego, niż na śledzionie lub nerce krwawienia; rany trzustki zaszywać można szwem ciągłym, baczyć jednak należy, by nitka nie pozostała w środku kanału, mogą bowiem w tych miejscach powstawać złogi. Jeżeli dokonywa się wyłuszczenia narządu, należy zawsze nałożyć podwiązkę przed wykonaniem cięcia, aby uniknąć krwotoku i rozlewania się soku trzustkowego; przypalania nie stosuje się, żęgado bowiem nie da nam nigdy trwałego strupa.

#### 438. Oscar Bloch (z Kopenhagi) i Félix Lejars (z Paryża). **O leczeniu ran zakażonych.**

Szereg prac i doświadczeń, zainaugurowany przez Lister'a, nad drobnoustrojami i toksynami tychże wraz z wypróbowaniem różnych środków bakterybójczych i metod odkażających doprowadził do wniosku, na niezbitęj spoczywającego podstawie, że każda, bez wyjątku, rana uważana być winna za zakażoną i że zakażenie owo oraz towarzyszące mu powikłania są prostem następstwem zatrzymywania się wydzieliny, obfitującej w mikroby. Z założenia takiego łatwo już wniosek wyciągnąć, co czynić trzeba, by ranę opatrzeć racjonalnie, przyczem niezbędna jest w tym celu pewna klasyfikacya uszkodzeń, która też w pracy Lejars'a uwzględniona została szeroko.

Autor ten odróżnia przedewszystkiem: 1) rany świeże, których zakażenie nie uwydatniło się jeszcze przez



jakikolwiek bądź odczyn, t. j. rany, których zainfekowanie możnaby na pozór podejrzewać tylko. Wyżej jednak powiedziano już, co mniemać o tego rodzaju pozorach, bo rzeczą jest znaną, że nawet czyste rany operacyjne nie są wolne, bynajmniej, od drobno-ustrojów chorobotwórczych. Z drugiej znów strony nie jesteśmy w stanie rozpoznać na ranie świeżej rodzaju zakażających ją drobno-ustrojów, stopnia jadowitości tychże oraz działania następczego. Wiemy tylko, że wchłanianie jadu przez uszkodzoną powierzchnię następuje niemal bezzwłocznie, że więc oczyszczenia rany dokonać należy jak najwcześniej, lubo zabieg ten w którymkolwiek bądź okresie czasu dokonany pożytecznym musi być zawsze. Doświadczenie poucza, że nie jesteśmy w stanie wytepić wszystkich zarodków, w obrębie uszkodzenia goszczących i, że nadane przez naturę tkankom żywym środki obronne odgrywają rolę niemalą w walce przeciwko infekcyi. Winniśmy zatem oczyścić powierzchnię przyranną mechanicznie jak najdokładniej i pomódz komórkom żywym w ich reakcyi obronnej, dokonywając jednocześnie niezbędnego wycięcia tkanek, z góry na zagładę skazanych. Woda przegotowana i okład wyjałowiony wystarczą tu zupełnie, antyseptyków można nie używać, bo stosowane w roztworze zwykłym działać mogą tylko drogą oczyszczania mechanicznego, a w roztworze mocniejszym zabiłyby żywotność komórek. Odpowiadający dokładnie zadaniu swemu opatrunek wyjałowiony posiadać musi własność wchłaniania, pokrywać ranę szelnie i unieruchamiać okolice lub członek uszkodzony dostatecznie.

2) Rany, których własności zakaźne uwydatniają się przez mniej lub więcej wybitny odczyn miejscowo-ogólny następczą mogą ewentualność dwojaką: a) objawy kliniczne zakażenia mogą istnieć od niedawna i rana nie ropieje jeszcze; b) ta ostatnia wstąpiła już w okres ropienia. W obu tych razach wskazaną byłaby przedewszystkiem seroterapia swoista, lecz, leczenie takie jest dopiero metodą przyszłości. Dziś posiadamy zaledwie surowicę przeciwzęczową i przeciwpaciorkowcową, z których pierwsza działa zapobiegawczo jedynie; drugiej zaś używa się najczęściej wobec spraw poporodowych i róży.

Odnosnie do drobnoustrojów odmiany innej jesteśmy bezbronni jeszcze i pozostaje nam tylko jednakowe z podaniem powyżej postępowanie lecznicze t. j. mechaniczne oczyszczenie powierzchni rany, ułatwienie wsiąkania, dren oraz zapobieganie zastojowi i wszelkiej dodatkowej infekcyi. Ta sama metoda mechaniczna stosuje się i dla leczenia ran, ropiejących obficie, po otwarciu ogniska zropiałego; w niektórych, wreszcie przypadkach, gdzie ma się do czynienia ze sprawami posokowatemi, zgorzelą tkanek lub gdzie rany dały początek wytworzeniu się jam, woda utleniona, działając zabójczo na drobnoustroje bezpowietrzne, jest środkiem nader pożytecznym.

Do kategorii ostatniej L. zalicza: 3) rany, powikłane ciężkim zakażeniem ogólnem, które zwalczać mogłaby również najlepiej surowica swoista, nie tak, wszelako, skuteczna, jak w początkowych okresach zakażenia. Dopóki jednak zagadnienia, wiążące się z metodą powyższą, nie będą rozwiązane praktycznie,

musimy poprzestać i w tych przypadkach na przeprowadzeniu leczenia miejscowego i oczyszczaniu *larga manu* ognisk chorobowych. Z drugiej znów strony wszelakimi możliwymi środkami należy wzmacniać odporność życiową i arsenał środków obronnych, zawartych w ustroju; pod tym też względem pożytecznymi są bardzo wlewania podskórne roztworu fizyologicznego soli kuchennej, które, wzmagając ciśnienie krwi, diurezę, stają się w walce ze sprawą posokowatą, nader pożądanymi środkami pomocniczymi. *K. Niedzielski.*

## II. Choroby kobiet.

Z sekeyi ginekologicznej IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, w lipcu 1900 r. w Krakowie.

(*Ciąg dalszy.*)

489. Stanisław Braun. O rozpoznaniu i leczeniu pierwszej połowy ciąży macicznej.

Ścisłe rozpoznawanie ciąży pozamacicznej jest zdobyczą nowszych czasów. Datuje się to od chwili, gdy w ciąży zamacicznej zaczęto otwierać jamę brzuszną przez co stało się dostępnem porównanie i zestawienie wyników badania ze stosunkami anatomicznymi. Gdy preparat ciąży pozamacicznej zaczęto poddawać ścisłemu badaniu anatomicznemu tak makro jak i mikroskopowemu, gdy w przypadkach nagłej śmierci z powodu ciąży pozamacicznej, zaczęto zwłoki zamrażać i robić rozliczne przekroje, wówczas wyjaśniono stosunki anatomiczne i topograficzne ciąży zamacicznej. Pomimo tego nie zawsze udaje się rozpoznać tę sprawę chorobową, ponieważ jest to powikłanie procesu płodzenia rzadkie, powtóre brak sposobności spostrzegania ciąży pozamacicznej od jej zawiązku do jej zejścia, gdyż osoby nią dotknięte nie doznają w pierwszych miesiącach żadnych dolegliwości, a szukają pomocy lekarskiej wtedy, gdy występują pierwsze objawy przerwania ciąży, jak gwałtowne bóle brzucha, połączone z omdlewaniami i krwotokiem wewnętrznym. Tutaj jednak objawy przerwania ciąży podobne być mogą do innych spraw chorobowych jak: 1) pęknięcie wrzodu okrągłego żołądka; pęknięcie jelit urazowe lub po wrzodach durowych, pęknięcie tętniaka, torbielaka, a dolny odcinek tak rozmiękły i wydłużony, że może naśladować szypulę, łączącą trzon macicy z workiem płodowym; 2) macica ciężarna ku tyłowi odchyłona, gdzie znowu trzon w tylnem sklepieniu umieszczony uważać można za jajo płodowe, a wydłużoną szyjkę za macicę; 3) macicaza ciężarna, około której znajdują się guzy elastyczne, wychodzące z dodatków; 4) macica zwijająca się w położu z guzami dodatków; 5) macica nieciężarna, a obok niej torbiel jajnika; 6) macica nieciężarna, a obok niej wypociny zapalne okołomaciczne;

7) macica z włókniakami podsurowicznymi; 8) macica dwurożna, w której ciąża rozwija się w jednym rogu; 9) macica szczątkowa, w której w rogu szczątkowym rozwija się ciąża; 10) skręcenie szypuły torbielaka jajnikowego naśladując przerwanie ciąży.

Po rozpoznaniu ciąży pozamaciecznej wypada stwierdzić: czy nie ma ropnia jajowodowego, ropnia wyrostka robaczkowego; skręcenia nagłego szypuły jajnikowego torbielaka i t. p. Badanie takich chorych zwykle zboliałych, osłabionych, niedokrewnych — jest utrudnionem, co się powiększa przez to, że istnieje tutaj podwójny szereg objawów; naprzód, objawy pochodzące od samego procesu płodzenia, powtórne, od nieprawidłowego usadowienia się jajapłodowego.

Nie wystarczy w tych razach wykazać obok objawów ciąży prawdopodobnych, (powiększona i rozpulchniona macica), a obok niej guz miękki elastyczny i niebolesny, ale trzeba wykluczyć cały szereg spraw najczęściej chorobowych, które ciążę maciczną naśladować mogą. Do takich spraw należą: 1) macica ciężarna, której trzon tak jest rozpulchniony i wodą płodową napięty, że może być uważany za guz, obejmujący jajo płodowe, szyjkę wydłużoną, że może naśladować powiększoną macicę a ciąża rozwija się dalej, lub 2) czy ciąża jest przzerwana zupełnie lub częściowo. Gdy chora taka niema żadnych przypadłości, to mamy do czynienia z ciążą utrzymaną. Gdy zaś osoba zdrowa bez przyczyny w 6—16 tygodniach ciąży dostaje nagle napadów gwałtownych bólów w podbrzuszu, połączonych z omdlewaniami i niekiedy z krwotokiem z pochwy, a badanie przedmiotowe obok znacznej niedokrewności, stanu bezgorączkowego, stwierdza guz około macicy, który się po każdym napadzie powiększa, rozpoznajemy przerwanie się ciąży pozamaciecznej. A będzie to przerwanie przez pęknięcie jajowodu (ruptura salpingis) — gdy następują gwałtowne bóle z ciężkim zapadem, a guz około macicy bardzo szybko się powiększa. Gdy zaś bóle występują napadowo, jednak mniej gwałtownie, z lekkimi omdleniami, a guz około macicy powoli po każdym napadzie zmienia swój kształt i rośnie, to mamy przed sobą poronienie jajowodowe (abortus tubarius), lub zaśniad jajowodowy (mola tubaria).

Jeżeli bóle i omdlenia po jakimś czasie zupełnie ustąpią, a około macicy wytworzony guz przedstawia typowy obraz krwisteku okółomaciecznego, lub guza krwawego niepowiększającego się dalej, to rozpoznajemy ciążę pozamacieczną już przerwaną, a jako jej ostateczne zejście będzie krwistek lub krwiak.

Leczenie w pierwszej połowie ciąży pozamaciecznej polega na zapobieganiu t. j. powinniśmy usunąć jak najdokładniej wszelkie zbroczenia w położeniu macicy i jajowodów, a przede wszystkim zapalne spraw jajowodów na tle rzeźączki w zakażeniu połogowem powstałe jako czynniki usposabiające do powstawania ciąży pozamaciecznej.

Ciążę pozamacieczną już powstałą uważać trzeba na równi z nowotworami za niebezpieczne powikłanie procesu płodzenia i usunąć z organizmu szybko i dlatego, jeżeli ciąża jest utrzymana, to wypada dążyć do zniszczenia jaja płodowego i przez to uniemożliwić dalszy rozwój albo jajo wyciąć. Do pierwszego celu dążyć mają środki

podkopujące siły matki i tem samem mające zniszczyć jajo. Środki te obecnie nie bywają stosowane. Najracjonalniejsze jest postępowanie Lawsontait'a, który radzi wyciąć guz obejmujący jajo przez powłoki brzuszne lub od pochwy. W przypadkach przerywania się ciąży czy przez pęknięcie jajowodów, czy też przez poronienie jajowodowe, należy wykonać spiesznie laparotomię, która tem pomyślniejszy da wynik im wcześniej do niej przystąpiono t. j. przy dobrem tętnie, brzuchu nie bardzo napiętym.

W razie zaś znacznej niekrewności, słabego tętna, znacznego podrażnienia otrzewnej wypada leczyć objawowo, podając środki przeciwzapalne i wzmacniające. Jeżeli zaś mamy do czynienia z przerwaniem ciąży dokonaniem, to wypada leczyć wytworzony krwistek lub guz krwawy, lecz nie rosnący, objawowo środkami przyspieszającymi wchłanianie. Do operacji uciekamy się, gdy krwistek albo rośnie, albo uległ zropieniu, lub wreszcie, gdy przez długi czas nie zmniejsza swoich wielkich rozmiarów. Do wszystkich tych przypadków nadaje się lepiej otwarcie jamy brzusznej od powłok brzusznych niż od strony pochwy, choć tą ostatnią drogą trzeba zawsze wypuszczać zropiałą krwistek.

#### 440. Pomorski. Przypadek ciąży zamacicznej z pęknięciem worka płodowego i częściowego wypadnięcia płodu do jamy brzusznej.

21-letnia kobieta, zamężna, spadła nieszczęśliwie z bryczki i mocno się potłukła. Stało się to właśnie podczas miesiączki. Chorowała ona ciężko przez cztery tygodnie, przez cały ten czas krwawiła i od tej chwili miała dotkliwie dolegliwości podczas regularności. Następnie stwierdzono retroflexio uteri mobilis i oophoritis sinistra. Autor rozszerzył macicę, wyskrobał, reponował i założył krążek.

W rok potem przedstawiła się ponownie z powodu wielkich dolegliwości i krwotoków. Stwierdzono ciążę zamaciczną po lewej stronie, macicę z boku prawego ułożoną, nie powiększoną. Chora ulegała chwilowym nagłym omdleniom. W końcu autor wykonał laparotomię. W brzuchu znalazł pełno krwi wolnej, po lewej stronie guz jajowodowy, pęknięty u góry i przyrosły do tylnej ściany Douglasa. Z otworu wydostawał się do jamy brzucha płód nóżkami, powina tętniła, górna część płodu jest jeszcze w środku worka płodowego. Worek cały wyciowano. Chora po 16-tu dniach wyzdrowiała. Autor przedstawił preparat.

Worek płodowy składa się z przedniej blaszki wiązadła szerokiego, z jajowodu i częściowo z jajnika. Tylne wiązadło jest pęknięte, a miejsce to zajmuje łożysko przyrośnięte do tylnej ściany Douglasa. Przypadek ten zasługuje na uwagę ze względu na swą przyczynowość. Cięża pozamaciczna rozwinęła się tutaj na podstawie dawniejszego procesu zapalnego przydatków macicy.

441. Pomorski. Preparat macicy wyjętej przez pochwę z rakiem ust macicznych i równocześnie z rakiem gruczolakowym. Carcinoma portionis et carcinoma adenomatosum corporis.

Gebhardt, C. Ruge, Krukenberg dowiedli, że rak gruczolakowy pomimo, że nie ma żadnych danych anatomicznych raka i w swej budowie pierwotnej przedstawia się jako gruczolak dobrotliwy z czasem przeistacza się w narośl złośliwą, w raka gruczolakowego, carcinoma adematosum. Taki właśnie preparat przedstawił prelegent. Pochodził on od chorej 40-letniej, którą autor operował z powodu od pół roku trwającego krwotoku.

Macica wycięta została przez pochwę. Na dolnej wardze rak, który przechodził już na tylne sklepienie. W jamie macicy narodził w kształcie szeroko rozsiadłych polipów. Niektóre z nich miały szypułkę jak nitkę cienką. Cała narośl to jakby grono grzybów wyrosłych z tylnej ściany. Mikroskopijna budowa wykazuje ogromny przerost gruczołów z bujaniem nabłonka w gruczołach. Budowa raka ust — jak to widać z przedstawionych preparatów mikroskopowych, różni się od budowy raka jamy macicy.

Nie było tutaj przerzutu z ust, ale i nie było zakażenia z jamy macicy, gdyż rak jamy jest w stosunku do raka ust bardzo małą naroślą. Przypadek ten ma i praktyczne znaczenie, wykazuje on, że w tych razach konieczne jest zupełnie wycięcie macicy, a nie wystarcza sama amputacja szyjki macicznej.

442 A. Sołowij. O postępkach w leczeniu przetok moczowych.

Autor oparł swój odczyt na obfitym materiale 50 przypadków (w przeciągu 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> lat) przetok moczowych. Opisawszy własną techniką omawia S. te rodzaje przetok, które dopiero od niewielu lat nauczyli się leczyć. Metoda Schauty, polegająca na oddzielaniu od kości blizn przymocowujących przetokę, jest dużym wzbogaceniem techniki operacyjnej.

W przypadkach przetok pęcherzowo szyjkowych daje oddzielenie pęcherza od macicy i osobne zeszcycie jego dobre wyniki. Wspomniawszy o całkowitej plastyce cewki, przechodzi S. do chirurgii moczowodów. Zamknięcie pochwy poniżej przetoki (Kolpokleisis) wykonuje S. wyjątkowo; gdzie nie da się wykonać wysoka kolpokleisis, radzi jej całkiem zaniechać.

Pomimo udoskonalenia techniki operacyjnej pozostają jeszcze wprawdzie nieliczne przypadki, które pomimo zręczności i wytrwałości operatora nie dają się uleczyć.

555. Rosner. **O opatrywaniu szypuły guzów brzusznych, wychodzących z części rodnych kobiecych.**

Autor od lat pięciu stosuje odrębny sposób od powszechnie używanego opatrywania szypuły guzów brzusznych ginekologicznych. Sposób ten polega na zastąpieniu dotychczasowego podwiązywania en mase podwiązywaniem poszczególnych światła naczyń i obszyciem miejsca przekroju błonkami otrzewnej.

Autor, zestawiając wszystkie w tym czasie tą metodą i ligaturami en mase operowane przypadki dochodzi do wniosku, że tak zwane wypociny szypułowe są nieporównanie rzadsze, jeśli się nie używa podwiązek en mase.

555. Czesław Stankiewicz. **W sprawie operacyjnego leczenia tyłozgięcia macicy.**

Każde tyłopochylenie i tyłozgięcie macicy, w czynnym okresie życia płciowego, powinno być leczone bez względu na to, czy przebiega skrycie lub daje objawy właściwe, czy jest powikłane lub nie. Tyłozgięcia dziewicze i starcze, jako niewystawione na wpływy szkodliwe, powinny być leczone w tych tylko razach, gdzie powodują stany uciążliwe dla chorych. Zabiegiem chirurgicznym przynależne jest pierwsze miejsce w tym razie, gdy inne sposoby (wianki, mięsienie, kolminizacja pochwy), jako niezupełnie pewne, ustąpić muszą pierwszemu.

Kazuistyka obejmuje 37 spostrzeżeń, w tem:

1) operacya Aleksandra — 4 przypadki. Jeden nawrót, jedna operacya nieudana z powodu przerwania się więzu.

2) skrócenie więzów obłych przez pochwę (operacya Bode-Wertheima) — 24 przypadki, w tem 11 przypadków tyłozgięcia nieruchomego. Uleczenie zupełne 8 razy, względne 4 razy (macica w przodozgięciu i retrocesyi), jeden nawrót po poronieniu i porodzie, jeden wynik od razu niepomyślny pod względem ortopedycznym. Trwałe uleczenie stwierdzono 6 razy (okres spostrzegania od 1 roku do 2½ lat). 4 pacjentki odbyły po operacyi prawidłowe porody, (wszystkie dzieci żywe). W następstwie raz jeden nastąpił nawrót tyłozgięcia.

3) skrócenie więzów obłych wewnątrzbrzuszne, przez cięcie brzuszne (operacya Wyli'ego) — 2 przypadki obydwu z wynikiem pomyślnym.

4) Vaginofixacya — 7 przypadków. W tej liczbie 5 razy u osób starszych, przy opadnięciu pochwy i macicy. Dwa razy z powodu niemożności dostatecznego skrócenia więzów obłych. Autor oświadcza się przeciwko reutrofikacyi ze względu na powikłania w przebiegu następnej ciąży i porodu. Dla vaginofiksacyi i operacyi Aleksandra są więcej ograniczone wskazania.

Najszerze zastosowanie mieć może skrócenie więzów obłych przez pochwę, w danym razie przez cięcie brzuszne. Autor operuje sposobem własnym odrębnym w szczegółach od metody Bode'go i Wertheima. Sposób ten jest następujący: Cięcie podłużne przez przednią ścianę pochwy, otwarcie sklepienia. Macica pozostaje in situ. Założenie nawiązki jedwabnej w miejscu, gdzie wiąz obły zlewa się ze ścianą macicy. Wyciągnięcie więzu o ile się daje, przy pomocy klampów elastycznych. Przeprowadzenie nawiązki jedwabnej przez część więzu najbardziej odśrodkową. Akt ten ułatwia klamp z igłą, pomysłu autora.

Zawiązanie przewiązek, zeszytie fałdu więzowego cienkiem jedwabiem. Ten sam zabieg na drugiej stronie. Zeszytie fałdu otrzewnego i pochwy. W końcu prelegent mówi o wskazaniach leczniczych, biorąc pod uwagę rozmaite postaci tyłopochylenia i tyłozgięcia macicy, wiek chorych, warunki socyalne, powikłanie. Podstawą pracy były 343 przypadki z praktyki prywatnej, spostrzegane w ciągu 1895—1900 roku.

443. **K. Zaleski. O najdzielniejszym sposobie pobudzania, względnie wzmacniania bólów porodowych przy dzisiejszym poziomie wiedzy.**

Autor na podstawie 19 przypadków twierdzi, że środkiem pewnie działającym przy słabych bólach porodowych są zimne nacierania sromu t. zw. Sitzreibebad Kuhnego. Srodek ten słabe bóle wzmacnia, a ustale wywołuje. Zabiegu należy dokonywać w pokoju ogrzanim, co najmniej do 15° R.; należy też na czas zabiegu okryć chorą t. j. tułów i każdą kończynę dolną osobno. Osoba wykonująca zabieg staje po prawej stronie chorej, a druga osoba podtrzymuje miednicę z wodą przy międzykroczu. Najlepiej działa woda różniaca się od prawidłowej, ciepłotą ciała ludzkiego o 24°—20° R. a zatem woda, jaką każdej chwili mieć można z głębokiej studni t. j. 8°—12° R., chociaż woda mięka deszczowa jest przyjemniejszą dla chorej. Do nacierania używa autor czystej szmatki zgrzebnej, którą macza bezustannie i lekkim a szybkim ruchem z dołu ku górze wargi wielkie pociera. Wodę zmienia w miednicy co 10 minut dla utrzymania jej świeżości. Nacieranie wykonywa się przez 25—60 minut jednym ciągiem co 2, 3, 4 godziny.

Autor wykonywa nacierania w każdym okresie porodowym, szczególnie zaś zachwala stosowanie ich po odejściu łożyska.

444. **Jan Lachs. Zachowanie się ciepłoty noworodków w pierwszych siedmiu dniach ich życia.**

Autor dokonał na 110 noworodkach przeszło 3000 mierzeń. Oznaczał ciepłotę odbytnicy i to naprzód bezpośrednio po porodzie,

przed kąpielą i po kąpielu, a w pierwszych siedmiu dniach cztery razy na dzień. Dla porównania oznaczał także ciepłość matek.

Rezultat tych badań streszcza się w następujących punktach; Noworodki w łonie matki, mają wyższą od tejsze ciepłość. Źródło tego plus leży w noworodku samym. Stopień ciepłoty stoi w prostym stosunku do czasu trwania ciąży. Po porodzie ciepłota opada. Wahańia dzienne istnieją. Różnicy pomiędzy pojedynczymi dniami z wyjątkiem pierwszego nie ma. Czynności fizyologiczne dziecka mają mniej lub więcej wybitny wpływ na jego ciepłość.

*J. Jaworski.*

### III. Choroby oczu.

#### 445. M. Seidenmann. Operacja wyluszczenia worka łzowego wobec innych sposobów leczenia chorób dróg łzowych.

Odczyt wygłoszony w Tow. Lek. Lub. patrz „Kron. Lek.“ № 19, str. 784.

Najczęściej napotykać się w praktyce cierpieniem dróg łzowych jest niedrożność kanału nosowo-łzowego, której następstwem bywa przewlekły nieżyt worka łzowego — blennorrhoea sacci lacrimalis. Cierpienia tego nie należy utożsamiać z ostrem zapaleniem worka łzowego, dakryocystitis phlegmonosa, które jednakowo może dotknąć pozornie zdrowe przewody łzowe, jak i oddawna chore wskutek niedrożności kanału. Dakryocystitis phlegmonosa — jest to ostre ropne zapalenie tkanki podśluzowej worka, przebiegające przy objawach burzliwych: obrzęk i naprężenie powiek skóry odpowiedniej połowy nosa a nawet twarzy bywa niekiedy bardzo znaczny, wskutek czego niejednokrotnie bywa przyjmowany ab imperitis za różę, bóle bywają bardzo silne, ropa wytwarza się stosunkowo szybko bo w 2—3 dni. Leczenie cierpienia tego nie powinno niczem się różnić od chirurgicznego leczenia zwykłego ropnia t. j. powinno polegać na przecięciu i tamponowaniu; leczenie zaś dróg łzowych po ostrem zapaleniu nie zawsze jest potrzebne, ponieważ łatwo jest przekonać się zapomocą szprycyki łzowej, że kanał często znajduje się w zupełnym porządku. Zupełnie inny przebieg i odmienny obraz kliniczny przedstawia cierpienie, znane blennorrhoea sacci lacrimalis.

Worek łzowy działający w normalnych warunkach jako pompa ssąca, rozszerza się przy mruganiu dzięki temu, że włókna m. okrężnego powiek, wychodzące z zewnętrznego więzu (ligamentum canti internum), kurcząc się pociągają go za sobą, a wraz z nim przednią ścianę worka łzowego; rozszerzony w ten sposób worek wsysa łyż z kanalików łzowych, a następnie wskutek własnej elastyczności spada się, przetłaczając łyż za kanał nosowo-łzowy.

Przy zwężeniu kanału woreczek łzowy nie powraca po rozszerzeniu do zwykłych rozmiarów, nie opróżnia się całkowicie;



następnie i wysysanie łez odbywa się coraz słabiej, wskutek czego oko zaczyna łzawić. Przykry ten objaw zmusza chorych zwracać się do lekarza. Nie chcę się tu wdawać w ocenę zwykłych sposobów leczenia choroby w tym pierwszym okresie, a polegających na przecięciu kanalików łzowych, sondowaniu i przemywaniu, których bynajmniej za doskonałe nie uważam, już chociażby dlatego, że łzawienie nigdy całkowicie nie ustaje, a zatem leczenie, nie usuwając głównego objawu choroby, po części chybia celu.

Mam tu na myśli owe zaniedbane i daleko posunięte przypadki, zjawiające się setkami w praktyce, w których często widzimy mniej lub więcej rozszerzony worek łzowy o zgrubiałych przerośniętych ścianach, w wewnętrznym kącie oka w postaci guzika rozmaitej wielkości. W tych przypadkach worek łzowy elastyczność swą zupełnie utracił, ściany worka nie spadają się same przez się, i nawet przy najszerszym kanale nosowym nie są w stanie przetłaczać łez. Rzecz prosta, że w tych przypadkach sondowanie kanału, oraz najsubtelniejsze nawet przemywanie nie przywróci woreczkowi łzowemu jego pierwotnej elastyczności ani rozmiarów — będzie on ciągle wypełniony łzami, zmieszane z śluzo-ropną wydzieliną, która przy dotknięciu skóry w zewnętrznym kącie oka występuje obficie do worka spojówki. Niebezpieczeństwo takiego sąsiedztwa dla gałki ocznej, a zwłaszcza dla rogówki jest dość widoczne; nie mówię już o tem, że operacya iridektomii, lub usunięcia zaćmy na takim oku zupełnie dokonana być nie może nawet w pierwszych okresach choroby. Przekonawszy się raz, że we wszystkich przypadkach, w których worek łzowy utracił zdolność przetłaczania łez do kanału, zwykłe leczenie nie tylko nie wystarcza, ale wprost chybia celu, począłem kilka lat temu wyluszczać worek łzowy; aby móż operacyę tej dokonywać ambulatoryjnie bez asystującego zaopatrzyłem się w roztwórkę Müllera, która też oddaje mi niespożyte zasługi. Do operacyi tej nakłaniam nie tylko tych chorych, u których worek łzowy jest znacznie powiększony, lecz we wszystkich przypadkach, w których przy ucisku palcem na zewnętrzny kąt oka występuje charakterystyczna wydzielina do worka spojówki; jest ona bowiem wiernym dowodem, że w ścianach worka łzowego zaszły zmiany anatomiczne, nie pozwalające narządowi temu spełniać jego czynności fizyologicznych; a zmian tych nie usunie leczenie niedrożności kanału. W celu łatwiejszego oryentowania się w topografii worka łzowego w tych przypadkach, w których worek nie jest sam przez się widoczny, zaprowadzałem przez kanalik łzowy krótką sondę do worka, która wyczuwa się przez skórę i nieomylnie wskazuje miejsce cięcia skór nego. Zonda przez czas operacyi zostaje w kanaliku.

W ranę skórną zakładam roztwórkę Müllera, a posługując się dalej pincetą i nożyczkami zakrzywionemi, wyluszczałem worek łzowy. Całkowite wyluszczenie udaje się dobrze tylko w tych przypadkach, w których worek jest powiększony; odseparowanie bowiem ścian worka od więzła zewnętrznego (ligam. canti internum) i od kości nie następuje wielkich trudności, a krwawienie jest nieznaczne; natomiast w przypadkach, w których ściany worka nie są bardzo zgrubiałe,

odpreparowanie worka w całości jest prawie niemożliwe; w takich razach należy zadowolnić się wycięciem przedniej i bocznych ścian worka; dno zaś jego po dokładnem oczyszczeniu rany należy dokładnie zniszczyć pałeczką azotanu srebra, błonę śluzową bowiem po oczyszczeniu rany łatwo jest gołem okiem rozpoznać od otaczających tkanek. Gojenie trwa dość długo, bo od 3—6 tygodni; przy uważnem opatrywaniu rana powinna się zagoić w zupełności, blizna powinna być zagłębioną do kości.

W ten sposób worek łzowy zostaje raz na zawsze wykluczony i cały proces fizyologiczny przepływu przez worek spojówki łąz ustaje, gruczoł łzowy bowiem ulega po operacyi przemianom wstecznym, dokładniej jeszcze nie zbadanym; chociaż doświadczałne zbadanie tych zmian histologicznych na zwierzętach nie przedstawia nic trudnego. Faktem jest, że łzawienie po operacyi całkowicie ustaje, a oko bynajmniej nieodczuwa braku wydzieliny zastępowanej prawdopodobnie przez wzmożoną kompensacyjnie działalność gruczołów spojówki.

Pozwolę sobie przytoczyć jako przykłady trzy przypadki z wielu operowanych przez ostatnich parę lat. We wszystkich przypadkach worek łzowy nie był znacznie powiększony, tak że przez skórę nie uwydatniał się, łzawienie natomiast było silne i przy ucisku palcem na wewnętrzny kąt szpary ocznej wydzielala się przez kanaliki łzowe śluzoropna wydzielina do worka łzowego. Z. lat 30, łzawienie od lat trzech; spojówka w stanie przewlekłego nieżyty, skóra twarzy zaczerwieniona wskutek stałych podrażnień, wywieranych przez łąz. Przy ucisku na worek łzowy znaczna ilość śluzoropy występuje do worka spojówki. Wyłuszczyłem worek łzowy, nałożyłem opaskę. Przy pierwszym opatrunku spojówka wydzieliła dużą ilość ropy, przy następnych natomiast wydzieliny zupełnie nie było. Gojenie trwało około 5-ciu tygodni. Po zabliznieniu oko nie łzawi zupełnie, przy ucisku na bliznę nie nie wydziela się do spojówki, która też wróciła do stanu normalnego.

Jak S. lat 36 objawy mniej więcej te same; rezultat operacyi kompletnie zadawalający — oko nie łzawi, nie ropieje, przy opatrunkach na gazie ropy nie było.

Wojciech L. lat 54, Cataracta bilat. na lewem oku matura, na prawem incipiens. Przewlekły nieżyt lewego worka łzawego, operacja katar. zatem niemożliwa. Wyłuszczenie worka łzawego 15 maja extr. catar. gojenie się rany poop. bez żadnych powikłań. Ostatni ten przypadek jest najbardziej pouczającym, wykazuje bowiem skuteczność operacyi wyłuszczeń worka łzowego oraz przewagę wartościową nad innymi sposobami leczenia, po których nigdy nie daje się osiągnąć możność operowania zaćmy.

Resumując wszystkie powyższe uwagi, przychodzę do następnych wniosków: wyłuszczenie worka łzowego we wszystkich przypadkach, w których ten utracił zdolność do przetłaczania łąz jest jedynym sposobem radykalnego leczenia choroby, która raz na zawsze zabezpiecza oko od wszystkich możliwych powikłań. Wyższość nad zondowaniem: 1) usuwa łzawienie, 2) okres gojenia trwa krócej, 3) mniej bolesny, 4) leczy radykalnie a zondowanie należy powtarzać.

(Autoreferat).



Jako dalsze środki przeciwko jaglicy proponuje prelegent zachęcać lekarzy praktykujących na prowincyi do obznajmiania się z leczeniem jaglicy, bądź urządzając dla nich specjalne kursy okulistyczne, bądź delegując ich do czasowego przebywania na klinikach i w lecznicach okulistycznych, szerzyć wśród ludu wiadomości o jaglicy, obznajmiać z jej następstwami za pośrednictwem szkoły, duchowieństwa i lekarzy, zachęcać i wskazywać konieczność zwracania się o poradę przy najłżejszych objawach cierpienia oczu. W szkołach, w ochronach, warsztatach i t. p. zakładach winny obowiązywać systematyczne oględziny oczu, należy zakładać lecznice okulistyczne, oddziały oczne przy szpitalach, wysyłać ruchome oddziały okulistyczne. W końcu mówca proponuje zawiązanie międzynarodowego towarzystwa walki z jaglicą.

#### 447. Dr. Dudziński (Kraków). **Badania bakteriologiczne worka spojówkowego w jaglicy.**

Prelegent zbadał 69 przypadków jaglicy; w 60-ciu przewlekłych prawie zawsze wykrywał odmianę prątka z grupy kserozy, rzadziej stafilocoki, acroby, na częściej *microc. candidans*. W przypadkach z obfitą wydzieliną lub zaostrzeniem, prócz wyżej wymienionych zdarzają się *diplobae*. *Morax*, *micr. tetragenes* oraz częściej *stafilocoki*. W 9-ciu przypadkach ostrych znaleziono 7 razy prątki Koch-Weeks'a oraz *micr. tetragenes*, raz ostre objawy wystąpiły przy obecności *diploc. Morax*.

Badanie zawartości jagiel dawało zawsze wynik ujemny, w końcu zaznacza prelegent znaczenie poszczególnych drobnoustrojów w przebiegu jaglicy.

#### Dyskusya:

W sprawie etyologii jaglicy prof. Wicherkiewicz zaznacza częstą zależność, ostatniej od ogólnych dyskracyi — zołzów, lues, odpowiednie leczenie bowiem w tych razach sprowadza znaczną poprawę. Dr. Koliński widzi etyologiczny związek jaglicy z zakażeniem dwoinką Neisser'a, która widocznie z czasem traci swą energię, a nawet zewnętrzny wygląd. Najwięcej świeżych przypadków jaglicy spostrzegać się daje w wieku 16—40 lat, t. j. w okresie największego napięcia czynności płciowych.

Cetnarowicz jest zdania, iż w etyologii jaglicy gra rolę wiele bardzo czynników i już sama budowa anatomiczna spojówki jako tkanki gruczołowej sprzyja fizyologicznej sprawie tworzenia się mieszków, a od tej do *folliculosis* i do jaglicy droga bardzo bliska. Wszak każde podrażnienie spojówki sprowadza rozszerzenie naczyń i przyływ krwi, ztąd i zapalna sprawa i leukocytoza, tę zaś również dobrze wywołać jest w stanie lasecznik Neisser'a, Weeks'a, *Morax'a* i wiele innych szkodliwie na spojówkę działających wpływów. Nie znaleziono dotychczas, pomimo licznych poszukiwań, lasecznika

jaglicy dla tej prostej przyczyny, iż go niema. Prócz przyczyn, działających bezpośrednio na spojówkę istnieją i odpowiednie warunki konstytucyi organizmu, te grają, zdaniem wielu autorów ważną rolę w powstawaniu jaglicy, więc scrophulosis, tuberculosis i lues.

Są to więc czynniki różne i wielorakie, mogą one wywołać zmiany w spojówce właściwe jaglicy, odpowiednio zaś do tych różnych czynników raz granulacye mogą być zaraźliwe, drugi raz nie.

W dalszym ciągu dyskusyi nad leczeniem jaglicy Bednarski zaleca przypalanie suchem gorącym powietrzem z przyrzędu Holländer'a guzików jaglicowych, prof. Wicherkiewicz radzi w czasie endemi i odpowiednią dezynfekcyę i postawienie chorych w odpowiednich higienicznych warunkach przy stosowaniu właściwego leczenia, podnosi korzystny wpływ infekcyi rzeżączkowej na przebieg ciężkich postaci jaglicy, szczypczyków Knopp'a nie zaleca, woli wyciskać za pomocą paznokci, często i chętnie używa galwanokauteru w celu wypalania mieszków, chwali protargol.

Dr. Bałaban jest zwolennikiem wycinania spojówki przy twarzym jej nacieku i znacznym przeroście brodawkowym, przy silnem ropieniu używa argentaminy; siarczanu miedzi i saletranu srebra nie stosuje dla ich własności silnie drażniących.

Dr. Koliński stosuje szczypczyki Knapp'a i galwanokauter.

Dr. Talko zamiast szczypczyków Knapp'a używa szczypczyków Donberg'a.

---

#### Posiedzenie z dnia 23-go lipca.

W dalszym ciągu dyskusyi nad sprawą jaglicy prof. Machek przedstawia dwa wnioski:

- 1) należy starać się, aby wojsko o ile możności niewyleczonych na jaglicę nie urlopowało.
- 2) Należy kosztem kraju zakładać barakowe szpitale jaglicowe na lato.

Dr. Koliński zaznacza, aby do wojska jaglicowych wogóle nie przyjmowano.

Dr. Kramsztyk (przewodniczący obradom) popierając wniosek postawiony przez Cetnarowicza, projektuje utworzenie towarzystwa dla zwalczania jaglicy, prof. Wicherkiewicz — założenie towarzystwa okulistów polskich, którego zadaniem byłoby zwalczanie jaglicy. Dr. Talko ogłasza dodatek: towarzystwo uważa „Postęp okulistyczny“ za swój organ.

Dr. Kramsztyk formułuje ostatni wniosek w sprawie jaglicy.

Zjazd lekarzy i przyrodników polskich, wyrażając uznanie inicjatorom oddziałów ruchomych okulistycznych w Królestwie Polskiem, mniema, że działalność swojej mogą dać kierunek bardziej pożyteczny i stanowczy, przez tworzenie stałych uzdrowisk dla chorych na jaglicę w rozmaitych okolicach kraju. Wnioski te zostały przyjęte.

448. Prof. Machek (Lwów). **O dziedziczności optycznej budowy oczu.** Praca ta będzie drukowana w całości.
449. Dr. Bałaban (Lwów). **Bardzo rzadka postać nabłonkowej torbieli spojówki gałkowej ocznej.** Z okazaniem preparatów drobno widowych i fotogramów.

Przypadek dotyczył 22-letniej chorej, u której na spojówce gałkowej prawego oka znajdowało się 4 — 5 pęcherzyków o cienkich ścianach wypełnionych przezroczystym płynem. Wycięta część spojówki, poddana badaniu, okazała obecność w tkance podnabłonkowej małych licznych torbieli wysłanych nieprawidłowym nabłonkiem miejscami płaskim jednowarstwowym, miejscami wielowarstwowym o komórkach walcowalnych i sześciennych; w wielu miejscach komórki, zwyrodnione bądź to szklistą masą, bądź w stanie gruboziarnistego rozpadu.

Przypadek rzadki ze względu na okoliczność, iż spojówka gałkowa — nie posiada gruczołów, więc ze zwyrodniałych nie można wyłomaczyć pochodzenia torbieli, należy zatem uważać za niezbitą dowód, wbrew istniejącemu dotąd przekonaniu, możliwość powstawania torbieli w spojówce gałkowej i na innych częściach spojówki bez współudziału gruczołów, a li-tylko ze zwyrodniałych komórek nabłonka, których części (czopy) wcisnęły się tkankę nabłonkową poczem środkowe komórki uległy rozpadowi.

Na preparatach widoczne są pomiędzy torbielami czopowate wyrostki, których środkowe komórki uległy zwyrodnieniu, toż samo widać w ścianie dużych torbieli, z kąd powstają małe torbiele.

450. Dr. J. Talko (Lublin). **Meningokele orbitalis.** Prelegent podał treściwy, pojaśniony fotogramem opis przypadku meningocele orbitalis posterior u noworodka. (Rzecz będzie drukowana w „Post. okulist.”).
451. Dr. Luniewski (Kraków). **O wartości dioniny w terapii okulistycznej** (z okazaniem preparatów mikroskopowych).

Jakkolwiek do dioniny organizm łatwo się przyzwyczaja, wobec czego dłuższe używanie jej niema celu, jednakże zyskali okuliści w dioninie środek wywołujący dodatnie zmiany w krążeniu krwi i limfy w pewnych cierpieniach oka (iritis, keratitis, hyalitis, chorio-  
iditis, retinitis).

Posiedzenie z dnia 24-go lipca.

452. Prof. Wicherkiewicz (Kraków). **Słów kilka w sprawie etyologii odzepienia siatkówki.**

Istniejące dwie teorie odklejenia siatki, mianowicie teoria wydzielnicza i odciągania, są w wielu przypadkach niewystarczające, na-

leży przyznać nieraz współistnienie kilku przyczyn wywołujących odcepienia siatkówki. Mówca przytacza przypadek odcepienia siatkówki przez guzik tuberkuliczny naczyńki — nastąpiło wyleczenie zupełne pod wpływem leczenia miejscowego i ogólnego. Często daje się spostrzegać, podług mówcy, wpływ sympatyczny na powstawanie odcepienia siatkówki, który aczkolwiek powolne lecz stałe robi postępy i może spowodować utratę wzroku, jeżeli wczesne wyjęcie gałki sympatyzującej temu nie zapobiegnie.

W pewnych przypadkach odklejenia siatkówki widzi prelegent wpływy trofoneuryczne, co wyjaśnia opisem przypadku, gdzie wzziernikiem można było raz stwierdzić odklejenie siatkówki drugi raz nie; zmienność obrazu powtarzała się wielokrotnie.

453. Dr. K. Majewski (Kraków). **O czynnikach wpływających na stopień niezborności po operacji zaćmy.**

Prelegent na podstawie 300 pomiarów dokonanych zapomocą astygrometru Schioetz'a i Javal'a dochodzi do następujących wniosków:

Astygmatyzm kooperacyjny jest tem znaczniejszy, im mniej obwodowe jest cięcie, powikłania w rodzaju wypływu ciała szklatego wrośnięcie tęczy w ranę powiększają niezborność rogówki, blizna białkawkowa powiększa stopień astygmatyzmu, u starców zgrzybiałych niezborność bywa większą. (Odczyt będzie drukowany w „Post. Okulist.”).

454. Dr. Bednarski (Lwów). **Ciała obce żelazne i technika ich wydobywania.**

W świeżych przypadkach przy obecności większego kawałka żelaza w oku w każdym razie operować, również próbować wydobywania zapomocą elektromagnesu, jeżeli małe ciało żelazne leży luźnie w oku, jeżeli wydobywanie nie udaje się odrazu, stosować przy zadrażnieniu antyflogozę i zachowywać się wyczekująco, w razie wklonowania małego ciała obcego stanowczo nie operować.

W przypadkach zastarzanych operować tylko wówczas, gdy zapalenie grozi utratą wzroku, lub jeżeli mamy objawy sympatycznego zapalenia drugiego oka, albo jeżeli niema poczucia światła w oku, gdzie tkwi obce ciało, bez względu na obecność lub nieobecność w obu sprawy zapalnej, gdyż i po wielu latach może przyjść do zapalenia sympatycznego.

455. Dr. Bednarski (Lwów). **Siderosis bulbi. Spostrzeżenia kliniczne i anatomiczne z przedstawieniem preparatów reakcji mikrochemicznej na żelazo.**

Prelegent opisuje 4 przypadki obserwowane w klinice prof. Macheka, w których na skutek dłuższej obecności w gałce ocznej

kawałka żelaza lub też częstych i znacznych krwotoków występowała siderosis bilbi oculi.

Na przedstawionych preparatach widoczne były zabarwienia zależne od chemicznych reakcji żelazosinku potasu i rodanku potasu na żelazo.

456. Prof. Wicherkiewicz (Kraków). **Okazanie preparatów z melanosarcoma corneae.**

Prelegent demonstruje preparat mikroskopowy melanosarcoma corneae; mięsak wyszedł ze środka rogówki, wyrósł do rozmiarów małej pięści, nie niszcząc głębszych części gałki ocznej.

Demonstracja prof. Wicherkiewicza zakończyła prace sekcji okulistycznej IX-go zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

Słusznie zapytać nas mogą, jakież owoce wydały prace sekcji. Odpowiedź na to można znaleźć w pięknym końcowym przemówieniu gospodarza sekcji prof. Wicherkiewicza, który, dziękując obecnym za przybycie i za szereg odczytów, widzi cenną zdobycz tylko posiadzeń sekcji w powzięciu przez nią wniosków w sprawie walki z jaglicą, jakoteż w wyłonieniu się ztąd myśli utworzenia „Towarzystwa okulistów polskich“, pod którego znakiem spodziewa się zobaczyć dzisiejszych uczestników sekcji nie za 3 lata dopiero, ale już za rok na wspólnym zebraniu.

Prof. Machek w imieniu zebranych wyraża podziękowanie gospodarzowi sekcji prof. Wicherkiewiczowi i sekretarzowi stałemu d-rowsi Majewskiemu za serdeczne przyjęcie i trudy podjęte w celu przygotowania prac sekcji, w końcu w gorących wyrazach zaprasza na następny Zjazd ogólny, który ma się odbyć na lata we Lwowie.

Do uchwał powziętych w sprawie jaglicy, a wymienionych powyżej na właściwym miejscu należy dodać następującą jeszcze:

Sekcya okulistyczna postanawia powołać do życia „Towarzystwo okulistów polskich“ i powierza prof. Wicherkiewiczowi w Krakowie, prof. Machekowi ze Lwowa i d-rowsi Kramsztykowi z Warszawy wypracowanie statutu, jakoteż uzyskanie dlań zatwierdzenia.

*S. Cetnarowicz.*

## Dionina w okulistyce.

457. Dr. A. Darier. 1. De la dionine et de son action sur la circulation lymphatique de l'oeil.  
2. Des analgésiques oculaires et en particulier de la dionine.  
3. Nouvelle note sur les analgésiques oculaires et en particulier sur la dionin.



4. L'analgésie locale par la dionine peut remplacer l'injection de morphine en oculistique. Note lue à l'académie de médecine le 17 juillet 1900. (La clinique ophtalmologique № 23 Décembre 1899, № 6 Mars 1900, № 7 Avril 1900, № 14 Juillet 1900).

Kiedy chodzi o znieczulenie powierzchniowych warstw gałki ocznej, bądź to w celu terapeutycznym, bądź operacyjnym, posiadamy dzielne środki takie, jak kokaina, tropokokaina, eukaina i holokaina; środki te znakomite oddają usługi przy wydobywaniu ciał obcych z rogówki, przy powierzchniowych cierpieniach tejże i przy zapaleniach łącznicy, nie działają zaś wówczas, gdy mamy do czynienia z cierpieniem tylnego odcinka oka, działanie ich na głębsze części gałki jest prawie żadne i przytem znieczulenie powodowane jednym z wyżej wymierzonych środków nie trwa dłużej nad 15—25 minut, jest więc krótkotrwałe.

Tam więc, gdzie mamy głębokie zmiany w oku, wywołujące silny i długotrwały ból musimy uciekać się do środków narkotycznych, działających ogólnie i na ośrodki nerwowe, jak na przykład: antipiryna, fenacetyna, chinina, preparaty salicylowe i nadewszystko morfina, którą stosujemy do zastrzykiwań podskórnych w przypadkach ostrego zapalenia tęczówki lub ciała rzęskowego w celu usmierzania towarzyszących zwykle tym sprawom bólów. Środki te jednakże mają wiele złych stron; obciążają bowiem kanał pokarmowy, źle wpływają na system nerwowy i wreszcie środek taki jak morfina jest często niebezpiecznym ze względu na morfinomanie.

Ostatnimi czasy udało się znaleźć środek znieczulający tkanki gałki ocznej i wywołujący na czas dłuższy analgezyę, środkiem tym jest dionina — chlorhydrat etylmorfiny ( $C^{19}H^{23}N_2O^3HCl + H_2O$ ) — biały, drobno krystaliczny proszek, o smaku gorzkawym, łatwo rozpuszczalny w wodzie (100 części wody przy zwykłej temperaturze rozpuszcza 14 części dioniny).

Dionina, jako związek etylenowy, przewyższa pod względem farmakodynamicznym sole pochodzenia metylenowego, ztąd dionina może znakomicie zastąpić morfinę, tembardziej, iż jest łatwiej rozpuszczalną od ostatniej, od heroiny, peroniny i kodeiny.

Wprowadzenie dioniny do terapii należy zawdzięczyć Schroeder'owi, on bowiem pierwszy stosował ją w cierpieniach płucnych ze znakomitym jakoby skutkiem, uspakajał kaszel, przerywał napady duszności i ułatwiał ekspektoraacyę; dionina nie obciążają kanału pokarmowego i nie posiada działania ubocznego. Stosowana pod postacią wstrzykiwań podskórnych znosi znakomicie ból, uspokaja w stanach podniecenia i przygnębienia, z powodzeniem może być stosowana w leczeniu morfinizmu, gdyż nie sprowadza stanu euforyi właściwej morfinie i dzięki swej łatwej rozpuszczalności szybko bywa wydalana z organizmu.

Podług Wolffberga, posiada w wysokim stopniu własności lymfagogum. Kropla 10% roztworu wpuszczona do worka łącznico

wego sprowadza nacieczenie łącznicy gałkowej (chemosis) i obrzmienie powiek. Natychmiast po zapuszczeniu środka doznaje się dość dokuczliwego uczucia pieczenia, po którym następuje mniejsze lub większe znieczulenie rogówki. Wolffberg porównywa działanie limfopędne dioniny z działaniem podłącznicowych wstrzykiwań chlorku sodu; porównanie ciekawe ze względu na możliwość wyjaśnienia mechanizmu działania środków wstrzykiwanych w celach leczniczych pod spojówkę gałkową.

Darier początkowo stosował dioninę pod postacią proszku, którego pewną ilość wkładał do worka łącznicowego; dzięki łatwej rozpuszczalności dioniny uczucia obcego ciała szybko ustępowało miejsca lekkiemu pieczeniu i następnie obrzękowi łącznicy gałkowej, ze zjawieniem się którego występowała analgezya; trudność jednakże dawkowania przy takim stosowaniu środka skłoniła autora do wkraplania roztworów i do zastrzykiwań podłącznicowych dioniny. Ostatni sposób mniej okazał się mniej praktycznym od pierwszego, chorzy bowiem nie zawsze zgadzali się na wstrzykiwania podłącznicowe.

Pozostało więc wkraplanie dioniny. Roztwory 10% w użyciu ze względu na łatwe rozkładanie się środka są niepraktyczne, daleko lepszy jest roztwór 5%; kropla tego roztworu zapuszczona do worka łącznicowego wywołuje początkowo uczucie pieczenia, podobne do tego, jakie wywołuje kokaina, jednakże trochę dłużej trwające; po kilku minutach, jeżeli nie występuje obrzęk łącznicy gałkowej, należy znowu zapuścić kroplę płynu, co się powtarza do czasu wystąpienia wyźwzmiankowanego obrzęku (chemosis), z chwilą poczyna się już analgezya, zapuszczanie dalej dioniny jest już zbyteczne tembardziej, iż przyzwyczajanie się tkanki do środka jest bardzo szybkie.

Zapuszczanie roztworu dioniny ma jeszcze tę dobrą stronę, iż może sam chory w razie potrzeby stosować lekarstwo, należy go jednakże zawsze uprzedzić, by do środka tego uciekał się tylko w razie rzeczywistej potrzeby, t. j. gwałtownego bólu.

W przypadkach bardzo silnych bólów pożyteczniej bywa stosować dioninę per se pod postacią proszku, lub podspojówkowych wstrzykiwań 5% roztworu; w pierwszym razie stosuje się ilość odpowiadającą mniej więcej ziarnku prosa, w drugim do 0,01 gm.

Tak Darier jako też i inni (Wolffberg, Buffalini) prócz dioniny stosowali jako analgeticum morfinę i jej pochodne; więc peroninę, heroinę, kodeinę, jednakże środki te pod każdym względem ustępują dioninie.

Morfina zastosowana na spojówkę pod postacią proszku w ilości 2—3 miligramów, jakkolwiek wywołuje i obrzęk i analgezyę, daje objawy silnego zatrucia (pot zimny, nudności, wymioty trwające 3—4-ch godzin).

Heroina, gorzej rozpuszczalna, stosowana w proszku wywołuje silne podrażnienie oka i uczucie obcego ciała na łącznicy, często bardzo przykre, prócz tego w wielu razach, czy to stosowana per se, czy pod postacią wstrzykiwań podspojówkowych, czy też wkraplana do worka łącznicowego jako 5% roztwór wywołuje, podobnie jak morfina, objawy zatrucia (bładość twarzy, zimny pot, wymioty).

Kodeina nie posiada własności analgetycznych, prócz tego możliwy do użycia 5% roztwór łatwo ulega rozkładowi.

Peronina z powodu swej trudnej rozpuszczalności przez czas długi wywołuje podobnie jak obce ciało silne podrażnienie oka i posiada słabe własności znieczulające.

Acoina nie może być stosowaną pod postacią proszku na łącznicę, gdyż posiada w wysokim stopniu działanie przyżegające, roztwory 1% przez czas długi wywołują analgezyę.

W jaki sposób dionina sprowadza analgezyę gałki ocznej, trudno objaśnić. Według Wolffberg'a i Buffaldu'ego peronina i dionina znieczulają błonę rogową, Darier prawdziwego znieczulenia pod wpływem tych środków nie obserwował nigdy, jest to pewnego stopnia znieczulenie, lecz nigdy zupełne; dla tego też uważa dioninę nie za środek znieczulający lecz za znoszący ból (analgeticum). Jakiż właściwie istnieje mechanizm, wytwarzający pod wpływem dioniny analgezyę? Zastój limfy, który występuje pod postacią bardzo wybitnego czasem obrzęku łącznicy gałkowej, zdaje się, iż ma wpływ na zjawienie się własności ból kojących dioniny i pozostaje w ścisłym związku terapeutycznym z tem co Wolffberg przypisuje dioninie, mianowicie własności lymphagogum.

Możnaby przypuszczać, iż płyn zawarty w tkance naciezionej może posiadać taką ilość alkaloidu, który dzięki osmozie może nasycać i wywołać analgezyę w zakończeniach nerwów czuciowych oka, lub też, że dionina za pośrednictwem łącznicy i dróg łzowych dostają się do ośrodkowego systemu nerwowego i nań działa. To ostatnie przypuszczenie jednakże upada wobec tego, iż przy cierpieniu obu oczu analgezya występuje tylko w tem oku, gdzie stosowano dioninę.

Z drugiej strony objawy zatrucia ogólne, występujące po zastosowaniu morfiny miejscowo na łącznicę jasno wskazują, iż stosowanie w ten sposób środka może okazać swe działanie na ogólny krwi obieg również dobrze jako miejscowo.

Chociaż, o ile zastosowanie większej dawki morfiny miejscowo na łącznicę może spowodować objawy zatrucia ogólne, drogą przypuszczalnego wessania się alkaloidu przez łącznicę, drogi nosołzowe i gardzielowo-przełykowe do ogólnego krwi obiegu, o tyle nie da się zastosować podobne objaśnienie zatrucia, powstającego na skutek zapuszczenia 3—4 kropli 5%roztworu morfiny.

Tutaj należy przypuszczać, iż alkaloid przez przestrzenie limfatyczne oka dostaje się bezpośrednio do płynu mózgo-rdzeniowego i tem tylko można objaśnić szybkość i gwałtowność objawów zatrucia, spotrzeganych po stosowaniu na łącznicę kilkoprocentowego roztworu morfiny w ilości kilku zaledwie kropel; wszak by otrzymać podobny obraz zatrucia przy podskórnem stosowaniu morfiny należy użyć sporą, dochodzącą do 0,02 i więcej, dawkę alkaloidu.

Wreszcie być może, że wpływ dioniny na obieg limfy przy stosowaniu pierwszej na łącznicę stoi w pewnym związku ze zmianami odżywczemi gałki ocznej. Że przypuszczenie to ma rację bytu, dowodzą liczne spostrzeżenia Darier'a i innych okulistów, stwierdzające nie tylko własności analgetyczne dioniny lecz i terapeutyczne, takie

jak szybkie rozszerzenie źrenicy w tych przypadkach, gdzie atropina sama przez się nie jest w stanie wywołać pożądanego efektu, wywołuje je zaś wspólnie z dioniną, przyspieszenie wessania wysięków w okolicy źrenicy, mas korowych zmętniałej soczewki po operacjach zaćmy, znikanie zmętnień rogówki i wreszcie obniżenie ciśnienia gałkowego w przypadkach jaskry; również zauważono dobroczynny wpływ dioniny na gojenie się ran gałki ocznej, spowodowanych bądź to przez odpowiedzi rękoczyn leczniczy, bądź przez uraz.

Dla okulistów dionina jest nieocenionym środkiem w tych przypadkach, gdzie chodzi o zniesienie silnego bólu na czas dłuższy (iritis, iridochorioiditis, iridocyclitis, keratitis, ulcus, abscessus corneae, glaucoma).

Jednorazowe zastosowanie dioniny znosi największe bóle na 24 godzin.

Stosuje się dioninę w tych mniej więcej dawkach, co kodeinę, więc wewnątrz od 0,01 — 0,05 grm. dwa do trzech razy dziennie; podskórnie 0,01—0,05, na łącznicę najlepiej stosować w celu zniesienia bólów w gałce ocznej 2—4 kropli 5% roztworu, lub też pod łącznicę w ilości 0,005—0,01 grm.

*S. Cetnarowicz.*

## KRONIKA BIEŻĄCA.

— h. — W mieście naszym zapanowała istna ospofobia — wywołana raczej sztucznie przez obwieszczanie w dziennikach (cui bono?) o masowych szczepieniach, dokonywanych w rozmaitych zakładach naukowych i na pensjach prywatnych. Tymczasem w rzeczywistości ospa panuje wprawdzie od kilku miesięcy w nieco większym natężeniu niż dawnych lat jednak ani pod względem liczebnym ani złośliwością przebiegu nie upoważnia do szerzenia strachu wśród ludności.

W szpitalu Ś-go Stanisława (zapasowym) jest wprawdzie pełno — lecz nie zdziwi to nikogo, kto wie, że jest tam łóżek 80, a chory ospowy zajmuje łóżko kilkanaście dni.

Co prawda, wskutek obaw przed ospą bardzo wiele osób poddaje się szczepieniu ochronnemu, ale dzieje się to w klasie ludności, która i tak była już raz albo dwa razy szczepiona. Korzyść z tego strachu jest więc tylko pozorna. Nie zdaje się nam też, aby owo szczepienie hurtowne, jak go dokonywano w niektórych zakładach, dało się usprawiedliwić w zupełności. Wszakże do żadnego zakładu naukowego nie przyjmują dzieci nieszczepionych powtórnie. Dla większości więc wychowawców klas niższych nie upłynął przeciąg czasu, w jakim według panujących poglądów utrzymuje się jeszcze wpływ ochronny poprzedniego szczepienia. Na co do szczepienia zmuszać dzieci, szczepione przed paru laty, skoro według teorii zabieg ten z doświadczenia nie da rezultatu.

Jest to do pewnego stopnia lekceważenie nauki — na które lekarz szczepiący nie powinien pozwalać — dla miłego spokoju.

Z drugiej strony tam, gdzie i pierwsze szczepienie nie było robione — do klas biednych i najbardziej narażonych na chorobę, wpływ dobroczynny tej paniki ospowej nie dochodzi nawet pośrednio.

Należałoby w tym właśnie kierunku największą zwrócić uwagę i ułatwiać masowe szczepienie ospy wśród klas umiejscowionych.

— h. — Jak donoszą pisma codzienne, zgodnie z rozporządzeniem departamentu kolejowego, lekarze oddziałowi na kolejach tutejszych rozpoczną wkrótce wykłady celem zaznajomienia personelu kolejowego ze sposobem podawania pomocy doraźnej w przypadkach nieszczęśliwych wydarzających się na kolejach. Lekarze mają, jakoby „zaznajomić“ personel kolejowy „z główniejszemi zasadami anatomii, z systemem oddechowych, krążenia krwi i systemem nerwowym człowieka“. Główna uwaga w wykładach będzie zwróconą na wyczerpiecie sposobów tamowania krwi i sztucznego oddychania.

Sądzymy, że „zawieranie znajomości“ personelu kolejowego z rozmaitemi „systemami“ na nie by się mu nie przydało: zawarcie tej znajomości nie jest ani łatwe ani celowe w tym razie. I tak wiele dokażą ci nowi adeptcy medycyny, jeżeli przyswoją sobie sposoby najprostsze podawania pomocy. Nie dość narzekania na przeładowanie niepotrzebną teorią na wydziałach lekarskich; ten sam system musi widocznie znaleźć odbicie na każdym kroku, nawet więc i tu, gdzie chodzi o mechaniczne wykonywanie najprostszych czynności.

— h. — Na ostatniem zebraniu ogólnem członków Towarzystwa Hygienicznego zatwierdzono redakcyę projektu pewnych zmian ustawy, które pozwalają na rozszerzenie działalności towarzystwa (ogródki i t. d.). Oprócz tego naskutek przedstawienia warszawskiego Generala Gubernatora w porozumieniu z p. ministrem spraw wewnętrznych ustawa ulegnie jeszcze i tej zmianie, że w posiedzeniach rady Towarzystwa zasiadać będzie jako członek stały inspektor warszawskiego urzędu lekarskiego.

Tym sposobem rada T. H. składać się będzie z 13 członków. Cyfra ta niefortunna, jak zresztą każda nieparzysta, może przy głosowaniu zrodzić zawikłania, czego Rada, układając redakcyę zmiany paragrafu, nie przewidziała ani też, pomimo zwrócenia na to jej uwagi tego na posiedzeniu ogólnem, rozważyła nie chciała.

Jeżeli np. na zebraniu plenarnem Rady wytworzą się w pewnej kwestyi dwa zdania i 5 członków oraz prezes będą głosować „za“, a pozostali 7 będą przeciw, to 2-gi głos prezesa, decydujący przy podobnem rozpolowieniu się głosów, może tu zaledwie utrzymać kwestyę głosowaną w zawieszeniu, ale nie będzie jej mógł rozstrzygnąć.

Tym więc sposobem przez utworzenie się kompletu nieparzystego Rady atrybut prezesa traci swe znaczenie, a, co ważniejsza, sporne kwestye większej wagi, w tych zaś właśnie możliwy jest taki podział głosów, mogą nie uzyskiwać zatwierdzenia.

Należałoby, naszym zdaniem, na wszelki przypadek nową redakcyę paragrafu o składzie Rady uzupełnić przez dodanie jeszcze jedne-

go członka z wyboru, co by chyba nie mogło mieć żadnego ujemnego wpływu pod żadnym względem.

Powie kto, że są to tylko przewidywania teoretyczne, sądzymy jednak, że przy redakcyi tak ważnego punktu ustawy, jak omawiany, należałoby mieć na uwadze wszelkie możliwe ewentualności.

— h. — Jak donosi „Gazeta Lekarska“ (№ 43) — według wiadomości, otrzymanej od prof. Nenckiego, od połowy września r. b. w mieście Czyta szczepiono 1200 sztuk bydła surowicą przeciw-księgosuszową. Pomimo panującej epizooocyi ani jedna sztuka nie zginęła. Po upływie 10 dni wzmacniano szczepienie ponownem wprowadzeniem 0.2 krwi księgosuszowej o znacznej sile zakaźnej. Wynik był doskonały. Szczepień dokonał mag. wet. Wyżnikiewicz. W okolicach Czyty księgosusz wygasł i nie zjawił się do chwili obecnej t. j. w ciągu 3<sup>1</sup>/<sub>2</sub> miesięcy.

— h. — Dom zdrowia przy ulicy Długiej (№ 8), ostatnio własność śp. kol. Stępkowskiego, nabył kol. G. Chodakowski. Zakład świeżo odnowiony, przyjmuje na pomieszczenie wszelkiego rodzaju chorych (oprócz umysłowych) i kobiety dla odbywania porodów.

— h. — Kol. S. Reichstein otworzył przy swym zakładzie dla chorych chirurgicznych (Leszno 3) pracownię przyrządów ortopedycznych, składającą się z modelarni, ołdziału mechanicznego (kuźnia, tokarnia i t. d.) i gabinetu do wyrobu bandaży. Roboty odbywają się pod kierunkiem techników specjalistów, sprowadzonych z zagranicy (od prof. Hoffa z Würzburga). Otwarcie nowej pracowni, odpowiadającej postępowi chirurgii ortopedycznej, odda rzetelną usługę — zarówno pacjentom jak kolegom, zajmującym się tą gałęzią medycyny.

— h. — Komisya, wyznaczona przez akademię medyczną dla orzeczenia, czy język łaciński ma być wykluczony z kursu wojennych szkół felcerskich, a składająca się z następujących członków: prof. Ternecki (prezes), Pasternacki, Belljarminow, Przibyttek, Krowków, wyzreklela następujące zdanie: Dopóki na drodze oficjalnej nie będą zniesione używane dotąd terminy łacińskie i niezastąpione przez rosyjskie, nie wydaje się odpowiedniem a nawet byłoby niebezpiecznie pozbawiać felcerów znajomości języka łacińskiego. Zgadza się zaś na to komisya, że zakres nauki tego języka może być ograniczony do umiejętności czytania i pisania po łacinie.

Akademia na zdanie to zgodziła się w zupełności.

(St. Pet. M. W. 42).

— w. — Nakładem Warszawskiego Towarzystwa Hygienicznego wyszła w drugim wydaniu broszurka p. t. „Kąpiele dla robotników“, opracowana przez lekarzy m. Łodzi.

Dział 1-szy nosi tytuł: „Kąpiele dla robotników“ i opracowany został przez d-ra *Wisłockiego*. Dział 2-gi zawiera „Projekt kąpiele natryskowych dla robotników“ przez *K. Arkuszewskiego*; do projektu dołączony jest szczegółowy kosztorys.

Broszurka ze wszech miar zasługuje na jak największe rozpowszechnienie pomiędzy lekarzami fabrycznymi oraz właścicielami fabryk i zakładów przemysłowych.

— h. — Duma m. Moskwy podnosi pensję lekarzy naczelnych o 600 rb., a pensje ordynatorów, których jest w mieście 66, o 120 rb. rocznie.

— h. — Zarząd Charité w Berlinie urządził na wniosek ministra oświaty kursa, w których lekarze cywilni, podobnie jak to już uczyniono oddawna dla lekarzy wojskowych, mogli będą dopełniać swych wiadomości. Na wiosnę miał miejsce kurs z zakresu chorób piersiowych, mianowicie gruźlicy, przedmiotem kursów jesiennych będą choroby narządów płciowych. W wykładach przyjmują udział najlepsze siły z pośród specjalistów berlińskich.

— h. — Niepocieszające widoki co do dżumy ogłasza dr. Yersin, który świeżo powrócił z Anamu, gdzie w ciągu lat czterech zajmował się badaniem tej kłęski oraz szczepieniem surowicy przeciwdżumowej Roux. Według J. rozszerzenie moru na Azyę wschodnią jest bardzo prawdopodobne, a także na Turcyę europejską i Egipt.

Z drugiej strony grozi nam ten niepożądany gość i z zachodu, z kąd mniej lub więcej groźne alarmy powtarzają się bez przerwy. Ledwie wygasła epidemia w Portugalii, a następnie, łagodnie zresztą przebiegająca w Glasgow, kiedy, jak donoszą telegramy, zjawił się przypadek dżumy w Calais, a ostatnio (7 listop.) w Bremie.

Szczepinie surowicy Roux daje według Yersina dobre wyniki: śmiertelność w Anamie u nieszczepionych wynosiła 80% u szczepionych 40%.

W Glasgow stosowano ją zarówno w celach leczniczych jak i zapobiegawczo, jakoby, z dobrem powodzeniem.

— h. — Dr. Zabłudowski, znany ze swych prac o masażu, i nagrodzony za nie tytułem profesora — został obecnie zaliczony (wraz z Schutz'em) do „uczących“ przy wydziale lekarskim w zakresie masażu i mechanoterapii. „Berl. Kl. Woch.“ (№ 43) — sądzi, że stwarza tu przy fakultecie nowe stanowisko — odpowiadające najbardziej lektorom wydziału filozoficznego, a mające na celu wykształcenie techniczne w wymienionych fachach.

— h.k. — Liczba studentów na wydziałach lekarskich w zeszłym półroczu letniem wynosiła w Monachium 1421, w Berlinie 1067, w Wiedniu 1033, w Lipsku 561, w Würzburgu 549, w Freiburgu 509, w Bernie 343, w Gracu 340, w Erlangen 331, w Strassburgu 315, w Zurychu 315, w Bonn 306, w Genewie 305, w Heidelbergu 301, w Giessen 293, w Tubindze 279, w Gryfii 275, we Wrocławiu 249, w Królewcu 246, w Marburgu 239, w Innsbruku 234, w Halli 215, w Getyndze 213, w Jenie 188, w Kielu 185, w Lozannie 160, w Bazylei 133, w Rostocce 124, w Czerniowcach 6.

(„Deutsch. Med. Woch.“).

— h.k. — Feljetonista „Wien. Med. Presse“ radzi następującą odezwę wręczać młodym adeptom Eskulopa przed drzwiami dekanatu wydziału lekarskiego.

„Arbiturienici! Kommilitoni! Lasciate ogni speranza, voch' entrate! Rozważcie raz raz jeszcze trzeźwo, nim obierzecie sobie medycynę jako przyszły zawód, który ma wam chleba powszedniego dostarczać. Znakomity nauczyciel Edward Albert nazwał medycynę „Hungerstudium“. Nauka medycyny wymaga dużego wysiłku, jest niebezpieczną, trwa długo, nowy porządek egzaminów stawia najwyższe wymagania.

A gdzież zapłata? Spójrzycie kommilitoni, na waszych starszych kolegów, którzy po miastach nędzę cierpią, którzy po wsiach w pocie czoła kawałek chleba zdobywać muszą, cięższy od stróżów nocnych i policyantów. Państwo i publiczność, jednostka i ogół, wszyscy zachowują się wrogo względem korporacji lekarskiej. Niepowołani, bez odpowiedniego wykształcenia oddają się bezkarnie temu zawodowi.

Znakomity nasz stary mistrz Hyrtl mawiał w te słowa: „Zimne i poważne jest przyjęcie jakiego doznaje młodzieniec od nauki lekarskiej. Żadna muza wesoła nie wita go u tego progu. Ręka śmierci kiwa na niego! Wielu się zawraca, rzuciwszy tu poraz pierwszy okiem, gdyż tylko dla tego miejsce to może być ojczyzną, którego egoizm zdolny jest do zupełnego zaparcia się“.

A zatem, Kommilitoni, rozważcie! Medycyna nagradza młodzież nagrodą wiedzy szlachetnej, nie doktrynami i abstracyami lecz prawdą, jako chleb powszedni natomiast jest to ścieżka zasłana kolcami, najeżona przeszkodami, po której bardzo niewielu do celu dobiega.

A teraz po wysłuchaniu tych nauk, idźcie i wybierajcie medycynę, którą chleb powszedni zdobyć zmierzacie, o ile słowa nasze was jeszcze nie przekonały.“

Słowa powyższe, z prawdą skreślone, stosują się i do stosunków naszych, „Kronika Lekarska“ niejednokrotnie w sprawie tej głos zabierała; wykazując młodym adeptom medycyny, jak ciężką jest droga, po której wspinać się zamierzają, i czego się po jej przebyciu mozolnem spodziewać mogą.

— z. — Proszono nas o zaznaczenie, że wykwalifikowane dozoreczynie chorych są zawsze do rozporządzenia przy ul. Nowogrodzkiej № 9 m. 1.

— z. — Na ostatnim zjeździe w Krakowie między innymi wyrażono życzenie, aby lekarze zamiast odwiedzać wszechnice zagraniczne dla uzupełnienia swych wiadomości korzystali z prowadzonych na wszechnicy Jagiellońskiej kursów uzupełniających wiadomości specjalne.

Pożytek takich kursów jest niewątpliwy, a tem większy, że w języku rodzinnym i w stosunkach własnych można znaleźć to czego lekarz w ciągu krótkiego czasu wymagać może.



Dlatego też podajemy treść kursów, które mają się odbywać w Krakowie przy wszechnicy, począwszy od 25-go listopada.

Sądzymy, że nazwiska wykładających zachęcą wielu do korzystania z kursów, tembardziej, że już w r. z. kilku kolegów z Królestwa z korzyścią ich słuchało.

#### 4-tygodniowy kurs dla lekarzy.

Wykłady będą następujące:

**Anatomia patologiczna.** Prof. dr. *Ciechanowski*: Ćwiczenia w sekcjach patologicznych. Codziennie od 8—9 zrana (opłata 40 koron).

**Bakteryologia.** Prof. dr. *Bujwid*: O przygotowywaniu i stosowaniu surowic leczniczych. 2 godz. tygodniowo.

Prof. dr. *Nowak*: Ćwiczenie bakteriologiczne. Codziennie (prócz niedziel), godz. 7—8 wiecz. (opłata 40 koron).

**Chemia lekarska.** Doc. dr. *Lemberger*: Badania chemiczno-mikroskopowe środków spożywczych i chemia sądowa. Codziennie od 3—5 p. poł., prócz niedziel (opłata 40 koron).

Doc. dr. *Seńkowski*: Ćwiczenia w chemii klinicznej. Codziennie (oprócz niedziel) od 5—6 p. poł. (opł. 40 koron).

**Chirurgia.** Doc. dr. *Bossowski*: Chirurgia w zakresie dla praktyki lekarskiej ogólnej niezbędnym. We wtorki, środy, piątki i soboty od 12—1 w poł. (opłata 40 koron).

Doc. dr. *Kryński*: Kurs operacji chirurgicznych na zwłokach (ze szczególnem uwzględnieniem chirurgii jamy brzusznej). Codziennie od 9—10 zrana prócz sobót i niedziel (opłata 50 koron).

Doc. dr. *Rutkowski*: Dyagnostyka chirurgiczna. Od godz. 10—11 zrana w środy i piątki (opłata 40 koron).

Prof. dr. *Trzebicki*: Operacje chirurgiczne. Od 10—11 zrana w poniedziałki, wtorki i czwartki (opłata 40 koron).

**Dentystyka.** Doc. dr. *Łepkowski*: Ćwiczenia w wyjmowaniu i plombowaniu zębów. Codziennie 8—9 zrana prócz niedziel. Opłata 100 koron.

**Dermatologia i syfildologia.** Prof. dr. *Reiss*: Dyagnostyka chorób skórnych i wenerycznych. Od 10—11 zrana we wtorki, czwartki i soboty (opłata 40 koron).

**Laryngologia.** Prof. dr. *Pieniążek*: Ćwiczenia w laryngoskopii i rynoskopii. Codziennie od 10—11 zrana prócz sobót i niedziel (opłata 40 koron).

**Medycyna wewnętrzna.** Doc. dr. *Korczyński*: Metody ściślejsze badań klinicznych. Od 6—7 wiecz. w poniedziałki, wtorki, środy i czwartki (opłata 40 koron).

**Medycyna sądowa.** Prof. dr. *Wachholz*: Ćwiczenia w badaniach i ćwiczeniach sądowo-lekarskich. Od 12—1 w poł. we wtorki, czwartki i soboty (opłata 40 koron).

**Okulistyka.** Prof. dr. *Wicherkiwicz*: Dyagnostyka i terapia chorób ocznych. Wtorki i piątki od 11—12 (opłata 40 koron).

Otyatrya. Prof. dr. *Browicz*: Ambulatoryum chorób usznych. W poniedziałki i czwartki od 11—12 (opłata 40 koron).

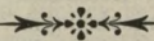
Pedyastrya. Doc. dr. *Raczyński*: Dyagnostyka chorób dzieci (ze szczególnem uwzględnieniem błonicy). Codziennie od 11—12 w poł. (opłata 50 koron).

Położnictwo i ginekologia. Doc. dr. *Braun*: O postępowaniu w przypadkach poronienia. W poniedziałki od 5—6 p. poł. (opłata 20 koron).

Doc. dr. *Rosner*: Ćwiczenia w badaniu i operacjach położniczych. W soboty i niedzielę o godz. 10—11 (opłata 40 koron).

Doc. dr. *Switalski*: Dyagnostyka ginekologiczna. W poniedziałki, środy i piątki od 8—9 zrana (opłata 40 koron).

Wszelkich wyjaśnień w sprawie tego kursu udziela doc. dr. *Kryński* (Franciszkańska 1), opłatę zaś za wykłady składać należy u kwestora uniwersytetu p. Sołtyśka (Collegium novum).



## SPIS RZECZY.

### Prace oryginalne.

- I. Przyczynek do farmakologii strychniny. — O wpływie półkul mózgu na odruchy rdzenia — Dr. Henryk Sadkowski — str. 887.  
II. Lekarz jako biegły przed sądem — Dr. Józef Zawadzki — str. 890.

## II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. Chirurgia.

Sprawozdanie z XIII Zjazdu Międzynarodowego Lekarzy, odbytego pomiędzy d. 2 i 9 sierpnia 1900 r. w Paryżu — (434—438) — str. 894.

### II. Choroby kobiet.

Z sekcji ginekologicznej IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, w lipcu 1900 r. w Krakowie — (439—444) — str. 902.

### III. Choroby oczu.

445. M. Seideman — Operacja wyluszczenia worka łzowego wobec innych sposobów leczenia chorób dróg łzowych — str. 908.

IX. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie. — Sekcja okulistyczna — (446—456) — str. 911. 457. Dionina w okulistyce — str. 916.

Kronika bieżąca — str. 920.

---

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

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

---

Дозволено Цензурою. Варшава, 3 Ноября 1900 года.

# A P T E K A E. GESSNERA.

Aleja Jerozolimska Nr. 27, róg Kruczej w Warszawie.

*Poleca następujące wina:*

	za całą butelkę		za pół butelki	
	rb.	k.	rb.	k.
Wino Kakaowo-Chinowe ( <i>Vin de Bugeaud</i> ) przyrządzone na Maladze . . . . .	1 50	--	80	
Wino Chinowe czyste na Maladze . . . . .	1 50	--	80	
"    "    z żelazem zawiera 1 <sup>0</sup> / <sub>0</sub> żelaza . . . . .	1 75	--	90	
Wino Conduarngo czyste na Xeresie . . . . .	1 75	--	90	
"    "    z żelazem 2 <sup>0</sup> / <sub>0</sub> żelaza . . . . .	2 --	1 --		
Wino Coca ( <i>Vin de Coca</i> ) na liściach Krasno drzewu ( <i>Erythrocyton coca</i> ) na Maladze, w stosunku 1 : 20 . . . . .	1 50	--	80	
Wino Goryczkowe ( <i>e rad. Gentianae</i> ) na Xeresie . . . . .	1 50	--	80	
Wino Kola ( <i>Vin de Cola</i> ) na nasionach Kola, przedtem odpowiednio upalonych, na Maladze. Nasiona Kola zawierają 2,34 <sup>0</sup> / <sub>0</sub> Cofeiny . . . . .	2 25	1 15		
Wino Kwassyjne na winie węgierskiem wytrawn. . . . .	1 50	--	80	
"    "    na Xeresie . . . . .	1 50	--	80	
Wino pepsynowe słodkie na francuzkiem desserowem, zawiera 2 <sup>0</sup> / <sub>0</sub> pepsyny . . . . .	2 --	1 --		
Wino pepsynowe wytrawne na Xeresie zawiera 2 <sup>0</sup> / <sub>0</sub> pepsyny . . . . .	2 --	1 --		
Wino przeczyszczające z korą Cescara Sagrada na Maladze . . . . .	2 --	1 --		
Wino rabarbarowe czyste na Maladze . . . . .	1 75	--	90	
"    "    z korą chinu królewskiej na Maladze . . . . .	1 75	--	90	
Wino Senesowe ( <i>fol. Sen. alex. sine resinae</i> ) na Xeresie . . . . .	1 75	--	90	
Wino manganowo-żelazne z peptonem ( <i>Vinum ferro-mangani peptonati</i> ) na Xeresie, zawiera 1 <sup>0</sup> / <sub>0</sub> ferro-mangani peptonati . . . . .	2 --	1 90		
Wino peptonowe na Maladze, zawiera 5 <sup>0</sup> / <sub>0</sub> peptonu . . . . .	2 --	1 --		
Wino piołunowe ( <i>Vin de Vermuth</i> ) na białem francuzkiem winie . . . . .	1 50	--		

Cała butelka zawiera 420,0 do 450,0.

KEFIR. Czysty, z żelazem lub pepsyną, przyrządzany na mleku przegotowanem. Grzybki kefirowe mokre i suche.

Praktyczne wskazówki, wydanie własne, przyrząd. kefiru.

# O J C Ó W

## Zakład Leczniczy dla chorych nerwowych.

Ścisły internat, dwóch stałych lekarzy. Wodolecznictwo, gabinet elektryczny, wody mineralne. Ceny mieszkań i stołowania w czasie zimowym niższe. Poczta i telegraf na miejscu.—Odległość od Olkusza stacji kolei Iwangrodzko-Dąbrowskiej 19 wiorst. — Chorych umysłowo Lecznica nie przyjmuje.  
Dyrektor Zakładu **Dr. Stanisław NIEDZIELSKI.**

---

*Opuścił prasę:*

## Kalendarz dla lekarzy praktyków

**na rok 1901**

w opracowaniu

**D-ra Al. Fruchtmana**

i zawiera działy następujące: **Część informacyjną** (Kalendarz kościelny, przepisy pocztowo-telegraficzne, spis lekarzy w Warszawie i w Królestwie praktykujących, spis akuszek warszawskich, wykaz zakładów leczniczych warszawskich, nowoobowiązującą opłatę aktową i wekslową), **Notatnik** na każdy dzień do zapisywania adresów. **Część lekarską** (najwyższe dawki środków lek. dla dorosłych, dawkowanie u dzieci, wykaz nowych środków lekarskich, dawkowanie przy zastrzykiwaniach podskórnych, przy wprowadzaniu do łącznicy sucha, tabela rozpuszczalności w eterze, wysokości w wodzie i glicerynie, synonimy niektórych środków lek., wykaz miejscowości kąpiel. i leczniczych. Zatrucia, objawy i leczenie. Krótkie notatki otyatryczne. Pierwsza pomoc w nagłych wypadkach. Skład najbardziej używanych pokarmów. Ilości pokarmów podawanych ssacom. Czas izolacji uczącej się młodzieży po chorobach zakaźnych. Wzrost i waga mężczyzn i kobiet. Stopień rozwoju płodu w pojedynczych miesiącach. Wymiary płodów dojrzałych. Wzrost i waga zdrowego dziecka. Tabela ciąży). — **Ogłoszenia.**

Cena za egzemplarz, oprawy ozdobnie w płótno angielskie **rb. 1 kop. 20,**  
z przesyłką pocztową **rb. 1 kop. 40.**

Nabywać można za pośrednictwem księgarni W-go E. WENDE i S-ka  
lub u wydawcy (plac Witkowskiego № 7).

# PERTUSSIN

Extract. Thymisaccharat. Taeschner.

Nieszkodliwy, pewno działający środek przy:

krztuścu, katarze krtani i oskrzeli.

Dzieciom do 2-letnich podaje się: 3 do 4 razy dziennie łyżeczkę od kawy; od 3—4<sup>1/2</sup> łyżki stołowej, od 5—6 lat <sup>3/4</sup> łyżki stołowej, powyżej łyżkę stołową. Sprowadzać można w butelkach zawierających około 250 gr. za pośrednictwem każdej apteki.

Literatura: porów: dodatek therapeut. № 7 D. med. Wochenschr. № 27 (98); № 56 A. M. C. Z. (99); № 29 A. B. C. (99); № 17 Wiener-Med. Bl. (1900).

Wyrabia się w Kommandanten — Apotheke

*E. TAESCHNER.*

*BERLIN C. 19. Seydelstrasse 16 Skład główny na Królestwo Polskie i Zachodnią Rosyję.*

Aptekarz **H. BIERTÜMPFEL,**

Warszawa, Marszałkowska № 133.

## NAJSTRAWNIEJSZA

ze wszystkich wód mineralnych zawierających arsen.

Natürliches arsen-  
und  
**Guber Quelle**  
eisenhaltiges  
Mineralwasser  
**SRBENICA** IN BOSNIEN.

Według chemicznego rozbiornu uskutecnzonego przez c. k. Profesora Chemii Lekarskiej, Radey Dworu Ernesta Ludwiga woda ta w 10.000 części zawiera na waga:

Kwasu arsenawego 0,061  
Siarczanu tlenu zel. 3,734.

wyłączne prawo wysyłki posiada firma

*Heinrich Mattoni*

Francensbad, Wiedeń Karlsbad.