

# KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

## PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

SPIS RZECZY: *Prace oryginalne.* I. *D-r Kazimierz Niedzielski.* O mięsakach sutki—str. 37. II. *D-r Kazimierz Dudrewicz.* Powikłania spraw ropnych ucha środkowego c. d.—str. 42.

III. *Dział sprawozdawczy:* I. *Chirurgia.* 9. *Matas.* Tętniak zylakowaty naczyń podobojczykowych—str. 51. 10. *Frisco.* Rola gruczołów chłonnych w przypadkach gruźlicy—str. 52. 11. *Burmeister.* Przyczynę do metody Gersuny'ego wytwarzania protezy parafinowej—str. 53. 12. *Riedinger.* Leczenie ambulatoryjne złamań podudzia—str. 53. II. *Choroby kobiet i akuszerzy.* 13. O wskazaniach do sztucznego przerywania ciąży—str. 54. III. *Choroby oczu.* 14. O zmętnieniach rogówki, powstających po oparzeniu jej wapnem—str. 62. 15. *Petit.* Objawy powiekowe i łącznicowe w chorobach wewnątrzczaszkowych—str. 63. 16. *Roemer.* O leczeniu wrzodów rogówki surowicą—str. 64. IV. *Choroby uszu.* 17. *Gomperz.* Doświadczenia nad nowymi błonami bębnekowymi sztucznymi—str. 65. 18. *Suné y Molist.* Stosowanie środków lekarskich w zapal. ropn. ucha środk. z zajęciem jamy sutkowej—str. 66. V. *Choroby weneryczne.* 19. Choroby weneryczne w ciepłych krajach—str. 66. VI. *Wiadomości terapeutyczne:* Od № 20—32—str. 67. VII. *Bibliografia*—str. 72. *Kronika bieżąca*—str. 73. *Zmarli*—str. 75. *Od Administracji*—str. 75. *Ogłoszenia.*

Sommaire du Nr. 2. I. *D-r C. Niedzielski.* Sur les sarcomes de la mammele—p. 37. II. *D-r Kazimierz Dudrewicz.* Sur les complications des alterations purulentes d'oreille moyen—p. 42.

I. Z klin. chir. wydziałowej Uniwersytetu Warszawskiego.

## O MIĘSAKACH SUTKI.

Napisał

*Kazimierz Niedzielski.*

W szeregu guzów, zwyrodniających sutkę, mięsaki napotyka się zrzadka tylko i rozpraw naukowych o przedmiocie tym posiadamy stosunkowo niewiele. W ogłoszonej np. lat temu trzy pracy Haeckel'a znajdujemy (1) sprawozdanie ze 149 operacji, dokonanych na oddziale Riedel'a dla usunięcia nowotworów gruczołu piersiowego za okres czasu sześćoletni (1888—1893) i z cyfry tej na mięsaki przypadają zaledwie 3 spostrzeżenia, gdy raków naliczono 70,4%. Dalej, na 306 raków, obserwowanych na klinice Monachijskiej prof. Angerer'a

w ciągu lat dziesięciu (1890—1899) znaleziono mięsaka sutki w 34 przypadkach, zatem w 9,3% liczby ogólnej. W tymże stosunku układają się cyfry i w statystyce dr. *Hornera*, obejmującej 172 przyp. (3) złośliwych guzów sutki, operowanych na oddziale *Kroenleina*, pomiędzy 1881 i 1893 r. Z liczby tej 158 kobiet miało raka sutki, a tylko 14—mięsaka. W naszym piśmiennictwie lekarskim o rzeczy tej wzmiankowano nader mało i niema w tem nic dziwnego, gdyż lata nieraz upłynąć mogą, nim na oddziale chirurgicznym napotka się kilka przypadków takich; mniemam też, że pożytecznem będzie obznajmienie się bliższe z osobliwościami w mowie będącego cierpienia, tem więcej, że, przy odmiennym obrazie klinicznym, mięsak sutki inną, niż rak, daje prognozę po dokonaniu zabiegu chirurgicznego.

Za punkt wyjścia mięsaka sutki uważa się a) okołopęcherzykową tkankę łączną (*stratum periacinosum*) lub b) ściany naczyń. Sprawa nowotworowa, jak twierdzi *Gross*, posuwa się (4) wzdłuż naczyń krwionośnych, a warstwa ich zewnętrzna (*tun. adventitia*) jest częstym rozrostu drobnokomórkowego siedliskiem, który tą drogą wciąga coraz większe przestrzenie tkanek w sferę ukrytego na razie cierpienia. Proces taki, dla oka gołego, rozumie się, niedostępny, jest jednak czynnikiem ważnym nie tylko w nawrotach po ekstyropacji, lecz i głównem ogólnego zakażenia ustroju ogniskiem. Na szczycie zmian w przestrzeniach nabłonkowo-zrazikowych, zmian, zaważonych przez rozrost sarkomatyczny przebiegających pomiędzy zrazikami gruczołu pasem łącznotkankowych, sprawa dojsć może do zwyrodnienia torbielowatego pęcherzyków (*acini*) i ich kanalików odprowadzających. Mamy wówczas, nader częstą tu, postać mieszaną nowotworów — torbieliomięsak (*cystosarcoma*), który dosięga niekiedy wymiarów głowy ludzkiej i chorej dokucza najbardziej swym ciężarem. W przestrzeniach jamistych takiego mięsaka odnajdujemy niekiedy wytworzone na skutek rozrostu dokoła gruczołowej tkanki łącznej nowe kanaliki lub dołki, bądź—twory polipowe, nadające guzowi wygląd osobliwszy. Nowotwór taki *Müller* nazywa *sarcoma phylloides*, a *Virchow*—*cystosarcoma proliferum intracaniculare*. Domieszkę pierwiastków obcych zauważa się, zresztą, bardzo często i stosownie do tego wśród guzów sutki napotyka się postacie takie, jak mięsaki włókniste (*fibrosarcoma*), mięsako-gruczolaki (*adenosarcoma*), połączenia z chrzęstniakiem i naczyniakiem, t. z. guzy czerniaczkowate (*melanosarcomata*), chłonicowe (*lymphosarcoma*), wreszcie, najzłośliwsze z odmian tego rodzaju — *sarcomata medullaria*—rdzeniaki, rosnące bajecznie szybko, duże i miękkie. Guzy jednolite napotyka się znacznie rzadziej.

W najnowszej pracy swej dr. *Wilms* stara się wytłomaczyć

genezę takich nowotworów mieszanych w sposób (5) następujący: wszystkie, opisywane dotąd torbielo-mięsaki włókniste (cystofibrosarcoma), mięsako-gruczolaki i t. p. twory z metaplastyą nabłonka, są wybujałą w okresach późniejszych pozostałością zarodkowego listka zewnętrznego i średniego (ectoderma, mesenchyma) okolicy piersiowej, przyczem zarodek ów do rozwoju stał się za późno. Nieużyteczne do budowy sutki prawidłowej szczątki te zarodkowe spoczywały w niej beczynnym i uraz dopiero, sprawa zapalna, zanik gruczołu lub okres karmienia stały się dlań owym bodźcem, który zarodki odrętwiałe pobudził do dalszego rozrastania się. Posiadając wrodzoną zdolność wytwórczą ku płodzeniu pierwiastków skóry i tkanki międzykomórkowej gruczołu sutki, zarodek ów powołuje do życia wszystkie, napotykanne w guzach mieszanych formacje, a więc: naskórek, kanaliki i pęcherzyki gruczolowe, kanaliki odprowadzające, niedokończone lub zakończone twory, jak np. sarcoma fusocellulare lub endothelioma, całkiem bez współdziałania sutki właściwej, która jedynie tylko ustrojem swym naczyniowym odżywia naleciałości te troskliwie. Pochodzenie zatem guzów mieszanych odnieść należy do bardzo wczesnego, bo pierwotnego okresu rozwoju zarodkowo-trzylistkowego przydatka i nowotwory te nazywać się winny nie mieszane, lecz ektodermowe lub ektodermo-mezenchymowe. Odnieść też do nich wypadnie i rzadko napotykaną w sutce kombinację śluzomięsaka (myxosarcoma).

Raz pobudzony do czynu zarodek taki, mówi dr. W., usiłuje spłodzić nową sutkę, a czynność ta nie posiada wytkniętego sobie jasno końca, brak tu już bowiem warunków prawidłowego rozwoju i prawidłowych ograniczeń rozrostu. Dla tego też ów twór dodatkowy rozrasta się nieograniczenie jako guz całkiem samoistny, od sutki odseparowany wyraźnie i otorbiony, co spostrzegamy zazwyczaj na przekroju wyszczególnionych powyżej nowotworów: cystosarcoma, sarcoma phyllodes, adenomyxoma mammae i t. p. Wychodząc z takiego punktu zapatrywania, łatwo rozumie się teraz owo ściśle odgraniczenie od podłoża, stwierdzone w mieszanych mięsakowatych guzach, brak wrastania tychże w gruczoł piersiowy, a raczej — spychanie ostatniego na stronę i zanik, posuwający się naprzód równocześnie z dalszym, nieprawidłowym owych spóźnionych sutek dodatkowych rozwojem. Czy i o ile pogląd ten zastosować można i do czystych mięsaków sutki, brak nam dziś jeszcze badań odpowiednich.

Podział mięsaków sutki przeprowadzić by można również z uwagi na rodzaj komórek, przeważających w budowie nowotworu. Rozróżniałoby się zatem: 1) mięsaki o komórkach wrzecionowatych, które powstają zazwyczaj w sprawnych jeszcze sutkach. Postaci te są

najczęstsze i, według statystyki Gross'a, stanowią 68% ogólnej ilości przypadków. Za okres wieku przeciętny dla guzów tych należy uważać 36—37 lat życia, lubo napotymano niekiedy mięsak wrzecionowaty i znacznie później, w dobie wygasającego życia płciowego, pomiędzy rokiem 50 i 55-ym, jak to zaznaczyli w pracach swych Hoffmann (6) i Manz (7). Dalej, 2) guzy o komórkach okrągłych, daleko bardziej złośliwe i mniemać należy, że od domieszki komórek tych zależy prędszy wzrost mięsaka. Gdy odmiany wrzecionowate zużytkowują przeszło rok czasu, nim dojdą do wymiarów jaja gęsiego, nowotwory o komórkach okrągłych są tak duże już po 2—3 miesiącach. Jak stwierdził Schmidt, układ taki (8) napotyka się głównie w mięsakach naczyńniakowatych (angiosarcoma) i śluzowatych (sarcoma myxomatodes). Częstość nowotworów tych bywa już znacznie mniejszą—27%. Jeszcze rzadziej, bo w 5% tylko ogólnej ilości spostrzeżeń, zauważano 3) mięsaki o komórkach olbrzymich.

Naogół biorąc, mięsaki sutki są to nowotwory względnie łagodne i, o ile poucza statystyka Poulsen'a, wyjątkowo tylko mogą nie nadawać się do operacji, w swym przebiegu klinicznym różniąc się od raka dość wybitnie. Rosnąc zrazu powoli, po latach dopiero ulegają szybkiemu powiększaniu się, lubo i od tej zasady mogą się zdarzać wyjątki. Paget np. obserwował mięsaki gruczołu piersiowego (9) o wzroście szybkim, a Manz operował pewną 52-letnią kobietę, u której rozpadający się częściowo nowotwór sutki lewej powstał jakoby w ciągu kilku tygodni. Cierpieniu towarzyszyły mocne bóle, gorączka i szybki upadek sił, gruczoły jednak pachowe nie były zajęte. Pod drobnowidzem znaleziono nieprawidłowy konglomerat komórek rozlicznych wymiarów i postaci, w którym przeważały, wszelako, niezwykle duże komórki wrzecionowate.

Mięsaki sutki są to guzy zazwyczaj wyraźnie odgraniczone i ruchome do pewnego stopnia; ze skórą zrastają się nie tak, jak rak, często. W sprawozdaniu d-ra Gebele'a zrost ów znajdujemy w 14 tylko przypadkach (41%), gdy odsetka zrostów dla raka dochodziła tam do 89%. Naciek gruczołów stwierdzono u 9-iu chorych zaledwie, liczymy więc, zgodnie ze statystyką tą, 73% wolnych od tak niepożądanego powikłania przypadków. Brak zajęcia gruczołów stanowi właśnie cechę najbardziej swoistą będących w mowie nowotworów, czemu też ostatnie zawdzięczają głównie ową pomyślną względnie prognozę, a objaw to stały, gdyż wszyscy niemal, piszący o tej chorobowej sprawie, z naciskiem okoliczność ową zaznaczyli. W pracy Gross'a mniejszą jeszcze napotyamy odsetkę zwyrodnienia gruczołów, mianowicie 2,94% i to tylko dla mięsaków okrągłokomórkowych.

Zrosty z podłożem Gebele znalazł u 5 jedynie kobiet, owrzodzenia u 3-h. Mięsak, wreszcie, taki małą zdradza tendencję ku dawaniu nawrotów, miejscowo zwłaszcza, częstszymi zaś są przerzuty drogą naczyń krwionośnych. Z 3-ch spostrzeżeń takich d-r G. znalazł dwa razy przerzuty w płucach i raz w wątrobie.

Do wniosków takich samych doszedł i Horner, który w operowanych przezeń przypadkach stwierdził brak nawrotu w 61,5% w ciągu okresu dłuższego nad 3 lata.

Zaznaczane gdzie niegdzie w piśmiennictwie recydywy zoperowanych poprzednio mięsaków sutki należą do rzadkich jedynie wyjątków. Wyjątkowym też jest w tym względzie przypadek Hoffmanna, o czym wspomnę tu przy sposobności słów kilka. Chirurg ten operował pewną 50-letnią kobietę i w ciągu następnych lat trzech zmuszonym był dokonać u tejże 12 zabiegów chirurgicznych na skutek powracających nieustannie odnawiań się sprawy chorobowej. Po 13-ej dopiero operacji rzecz ucichła i kobieta owa była zdrową w ciągu lat czterech; potem jednak wytworzył się znowu guz nawrotowy na powłokach brzusznych i udzie prawem. Przypadek (sarcoma mammae fusocellulare) ostatecznie zakończył się niepomyślnie przy objawach przerzutowych w mózgu. W każdym razie, operacje przedłużyły życie tej chorej na lat siedm. Recydywę, wreszcie, pomimo usunięcia gruczołów, opisuje (10) i Jacobson (u mężczyzny).

Guzy te rzadko kiedy wywołują ból bardziej dotkliwy, a złośliwość ich gorszych nawet postaci jest, bądź co bądź, jeszcze mniejszą od złośliwości przeciętnego raka; gdy długość życia pacjentki, obarezonej rakiem gruczołu piersiowego, dochodzi średnio do 39 miesięcy, chora na mięsaka dociąga 80. Należy pamiętać, że niektóre mięsaki odznaczają się wzrostem jeszcze powolniejszym; małe guziki wegetują sobie 2 i więcej lat i w późniejszej dopiero dobie rozwoju zaczynają się powiększać nagle; stan taki u raka zauważa się niesłychanie rzadko i dla niektórych tylko, nielicznych bardzo odmian, jak *ulcus rodens*, *squirrhe ligneux* Velpeau i t. p. Odpowiednio też do nader rzadkiego zajęcia gruczołów rokowanie wobec mięsaka sutki stawia się nie na zasadzie zwyrodnienia tychże, a raczej ze względu na naturę budowy guza samego.

W ciekawej monografii, obejmującej 156 przypadków, Gross przeprowadza statystykę porównawczą rozmaitych odmian mięsaków sutki, uwzględniając głównie histologiczną budowę tychże i zależne od takowej osobliwości kliniczne. Przytaczam tu wyniki ważniejsze:

	Mięsaki wrzescionow.	Okrągło-ko- mórkowe.	Olbrzymio- komórk.
Wiek chorych kobiet . . . . .	36 l.	48	47
Ilość zapadnięć przed 16-ym rok. życia, wyrażona w odsetkach	12,08%	0,83%	0
Obecność owrzodzeń . . . . .	17,58%	23,58%	25%
Obecność siatki żylniej . . . . .	17,58%	11,76%	0
Zakażenie gruczołów . . . . .	0	2,94%	0
Zajęcie tkanek przyległych . . . . .	13,18%	17,64%	25%
Nawroty miejscowe . . . . .	65,1%	60%	57,14%
	najwcześniej po roku.	po 5 miesią- cach.	po roku.
Przerzuty . . . . .	20,40%	25%	0

(D. n.)

## II. POWIKŁANIA SPRAW ROPNYCH UCHA ŚRODKOWEGO.

Opracował

*D-r Kazimierz Dudrewicz.*

(Ciąg dalszy).

Zejsście ropnego zapalenia wyrostka sutkowego bywa rozmaite: sprawa może zakończyć się pomyślnie: ropa może uleść wessaniu lub wydobyć się nazewnątrz przez rozmaite części wyrostka; sprawa zapalna może prowadzić do próchnienia i zgorzeli wyrostka sutkowego; staje się też niejednokrotnie przyczyną śmiertelnych wewnątrzczaszkowych powikłań, jako to zapalenia opon i ropnia mózgu, zakrzepu zatok mózgowych.

Wspomnieć tu muszę o tak zw. zapaleniu wyrostka sutkowego

Bezold'a: jest to forma cierpienia, polegająca na rozszerzeniu się sprawy ropnej na zewnętrzną powierzchnię wyrostka sutkowego pod mięśniami, mającymi tu swój przyczep na stronie zewnętrznej wyrostka: tworzy się twardy guz z obu stron m. sterno-deidomastoidei. Ropień może się otworzyć albo na zewnętrznej powierzchni szyi, albo do góry do przewodu słuchowego. Jeżeli sprawa szerzy się włąb, to może ropa przedostać się do jamy piersiowej lub wywołać obrzęk krtani z zejściem niepomyślnem.

W lekkich stopniach zajęcia wyrostka, przy odpowiednim leczeniu, sprawa rochodzi się bez ropienia. Nawet, gdy wytworzył się ropień, czasami może uleść wessaniu jak się to niekiedy daje spostrzegać. Ostre ropne zapalenie wyrostka również kończy się pomyślnie, jeżeli tylko wczesnie przystąpimy do wydłutowania wyrostka. Ropa często sama wydostaje się nazewnątrz, co szczególnie daje się spostrzegać u dzieci, gdzie zewnętrzna blaszka kostna jest cieńszą i mniej odporną niż, u dorosłych. W przewlekłym zapaleniu ropnem wyrostka sutkowego, rokowanie zawsze bywa wątpliwem, gdyż nigdy nie możemy mieć dostatecznego pojęcia o rozległości sprawy chorobowej. Jeżeli jednocześnie jeszcze mamy do czynienia z próchnicą, zgorzelą przewodu słuchowego kostnego, jamy bębnekowej, guzem perlistym, sklerozą wyrostka rokowanie staje się niepomyślnem. Jednakże i w tych przypadkach wczesne wydłutowanie wyrostka znacznie poprawia szanse na wyleczenie.

W cięższych przypadkach zapalenia wyrostka sutkowego stosujemy leczenie przeciwzapalne: kładziemy lód lub przyrząd oziębiający Leiter'a na wyrostek; jeżeli to nie sprawia ulgi choremu, stosujemy 2—3 pijawki na wyrostek, a wewnątrz dajemy salol lub fenacytynę w zwykłych dawkach. Doskonałe wyniki widziałem przy stosowaniu okładów rozgrzewających pod oeratką z liq. aluminium acetici na wyrostek na 12—24 godzin. Niektórzy radzą i chwalą kataplazmy Hamilton'a, Lelièvre na 24 godziny (Vymola).

Sprawa po większej części przy takim leczeniu cichnie. Jeżeli jednak bóle nie ustępują (szczególniej pod wpływem lodu) w ciągu 8—14 dni, jeżeli ropienie bardzo obfite albo wreszcie skąpe, lecz towarzyszy mu stała nieprawidłowa, przepuszczająca lub zwalniająca gorączka, to jedynem wskazaniem leczniczem wtenczas jest otwarcie wyrostka sutkowego (trepanacya), szczególnie, gdy jeszcze przyłączą się objawy podrażnienia opon mózgowych. W podobnych razach z operacją nie należy nigdy zwlekać, tembardziej, że operacya ta wykonana lege artis i we właściwym czasie nie przedstawia niebezpieczeństwa dla chorego. Wyczekiwanie z operacją w sprawach

ostrzych czyni rokowanie niepewnem, ponieważ powikłania ze strony jamy czaszkowej występują niekiedy bardzo szybko i niespodzianie i prowadzą ad exitum lethalem. Schwartz e 8 dni uważa za najdłuższy termin wyczekiwania poprawy u dorosłych.

W przypadkach przewlekłego zapalenia wyrostka sutkowego, przebiegających bez objawów ostrzych, gdy występują objawy zatrzymania ropy, ropnie opadowe lub t. p., a leczenie zachowawcze pozostaje bezskutecznem, również wskazaną jest operacja, mianowicie szerokie otwarcie jamy sutkowej i bębenkowej—*operacja doszczętna operatio radicalis*, Stacke). Bezwzględnie wskazaną jest ona przy groźących lub wybuchłych objawach ze strony jamy czaszkowej lub zakażenia ogólnego<sup>1)</sup>.

Oprócz zajęcia komórek sutkowych, jako powikłanie ostrzych spraw ropnych ucha środkowego (rzadziej przewodu słuchowego zewnętrznego), niekiedy spotykamy następcze zapalenie okostnej wyrostka sutkowego (*periostitis mastoidea*). Zapalenie okostnej jest zwykle dalszym ciągiem zapalenia wewnątrzsutkowego. Bywa przy wszystkich powodach, sprowadzających zastój ropy, znacznie częściej u dzieci, niż u dorosłych. Części miękkie pokrywające wyrostek przedstawiają obrzmienie rozlane, czerwone, dość twarde, bolesne przy dotykaniu; muszla uszna odstaje; silny kłujący ból w wyrostku powiększa się przy ruchach głowy i uciskaniu wyrostka. Cierpienie to przebiega po większej części bez gorączki lub z niewielkiem podniesieniem ciepłoty. Gdy dochodzi do utworzenia ropnia (*abscessus subperiostalis*), może pojawić się gorączka, nacieczenie na wyrostku staje się więcej ograniczonem i wyczuwa się w nim chęłbotanie. Trwa choroba zwykle 1—2 tygodnie i w razie pomyślnym nacieczenie rozchodzi się zupełnie. Gdy utworzy się ropień, ropa wylewa się pod skórę wyrostka, a po przedziurawieniu jej wydostaje się nazewnątrz, czasem zaś wylewa się do przewodu zewnętrznego. W nierzadkich przypadkach zapalenia okostnej powstają wskutek przerwania przez ropę okostnej rozległe ropnie opadowe i przetoki na szyi i karku. W takich razach ropa wydobywająca się przez skórę nazewnątrz wypływa w znacznej odległości od wyrostka. Jeżeli ropień okostnej trwa długo, to może prowadzić do

1) Guranowski. O wskazaniach do operacyjnego leczenia spraw ropnych przewlekłych ucha środkowego. *Medycyna*, 1900. № 33.

T. Heimann. O wskazaniach do chirurgicznego leczenia przewlekłego ropienia ucha środkowego. *Gaz. Lekarska*, 1901. № 3 i 4.



powierzchnowej zgorzeli blaszki kostnej zewnętrznej wyrostka sutkowego.

Leczenie cierpienia tego—przeciwzapalne; jeżeli zaś pozostaje ono bezskutecznem w przeciągu kilku dni, to nawet, gdy jeszcze niema chelbotania, a muszla znacznie odstaje, radzono wykonać cięcie długości 4—5 ctm. za muszlą uszną na 1 ctm. równolegle do jej przyczepu przez części miękie do kości (t. zw. cięcie Wilde), w celu usunięcia napięcia tkanek, poczem ranę opatrywać podług ogólnych zasad chirurgii.

Jeżeli mamy wyraźne chelbotanie, to należy zaraz przystąpić do przecięcia ropnia i następczej trepanacyi wyrostka nawet w tych przypadkach, gdzie zewnętrzna blaszka kości wyrostka nieobnażona od okostnej lub nie znajdujemy przetoki. Po odbiciu warstw powierzchniowych zawsze prawie znajdowałem w komórkach sutkowych ropę lub ziarninę.

Ropnie opadowe i przetoki szeroko otwieramy.

Daleko więcej różnorodnych powikłań spotykamy przy sprawach ropnych przewlekłych ucha środkowego. Jedne z tych powikłań bezpośrednio, drugie zaś pośrednio zagrażać mogą życiu chorego. Jedne ograniczają się do jamy bębnekowej i do rozmaitych części kości skroniowej, drugie zaś mogą przechodzić na jamę czaszkową, na sąsiednie wielkie naczynia krwionośne i na cały ustrój. Do pierwszych należą: zatrzymywanie wydzieliny ropnej i tworzenie się guzów perlistych, polipy uszne, hyperostoza i skleroza kości, zanik, próchnienie i zgorzel kości skalistej, do drugich—ograniczone zapalenie ropne zewnętrznej powierzchni opony twardej i ropień zewnątrzoponowy, rozlane zapalenie opon mózgowych ropne i surowicze, ropnie mózgu, zapalenie i zakrzep zatok mózgowych, ropnica i posocznica i, na koniec, śmiertelne krwotoki z tętnicy domózgowej i zatok mózgowych.

Zatrzymywanie wydzieliny i jej produktów spotykamy w przypadkach, gdzie istnieje jakabądź przeszkoda w wydzielaniu ropy, jako to zbyt mały otwór w błonie bębnekowej, umiejscowienie otworu wysoko lub w błonie Shrapnella, zrosty bębienka ze ścianą jamy bębnekowej, ziarnina, obrzęknięcie błony bębnekowej lub znaczne zwężenie przewodu usznego zewnętrznego. Przy takich warunkach więcej płynne części ropy wydzielają się, a bardziej gęste mogą pozostawać w jamie bębnekowej i przedstawiać się pod postacią mas grudkowych.

Zmieniona śluzówka jamy bębnekowej ulega zapaleniu, polegającemu na nadmiernem bujaniu i oddzielaniu się komórek nabłonko-

wych. Bujanie to odbywa się nie tylko w śluzówce jamy bębnekowej, ale i w naskórku w przewodzie zewnętrznym. Wszystkie zagłębienia i części ucha środkowego mogą się wypełnić bezkształtnymi żółtawymi masami—produktami zapalenia ucha łuszczonego, które ulegają rozkładowi, wytwarzając grudki maziste, brunatne. Rozkład ten bynajmniej nie przeszkadza nowemu odłuszczeniu się komórek. Po usunięciu całych mas naskórkowo-nabłonkowych, po paru tygodniach znów się wytwarzają nowe. Niekiedy wydzielają się owe masy same. Rozpoznać łuszczące zapalenie ucha można wtedy, jeżeli przy przestrzykiwaniu ucha wydzielają się złuszczenia naskórkowe.

Wywołując często zastój ropy, masy owe mogą stać się punktem wyjścia dla powikłań śmiertelnych ze strony jamy czaszkowej (jak np. guzy perliste). Powinniśmy więc w celu leczenia tego cierpienia usuwać masy złuszczone za pomocą odpowiednich przestrzykiwań bądź zwykłą strzykawką, bądź przez rurkę Hartmann'a przy małych otworach w błonie bębnekowej, bądź zgłębnikiem, kleszczykami, łyżeczką.

Dalszym ciągiem zapalenia łuszczonego najczęściej bywa *cholesteatomat* czyli *guz perlisty*: stanowi on najczęstsze powikłania spraw ropnych przewlekłych, gdyż spotyka się prawie w  $\frac{1}{3}$  części przypadków przewlekłego ropnia<sup>1)</sup>. Twory te składają się z gruboziarnistych komórek płaskiego nabłonka i z większej lub mniejszej ilości kryształów cholestearyny, tłuszczu, komórek olbrzymich, i drobnoustrojów, warstwami koncentrycznymi. W e n d t pierwszy wyraził pogląd, że wskutek ciągłego złuszczenia komórek nabłonkowych tworzą się koncentryczne warstwy cholesteatomatu i są wynikiem spraw ropnych w uchu przebytych lub jeszcze trwających. H a b e r m a n n i B e z o l d dowiedli, że przy przewlekłych sprawach zapalnych wrasta naskórek przez przedziurawienie ze strony przewodu zewnętrznego do jamy bębnekowej i, znajdując pozbawioną normalnego nabłonka błonę śluzową, na niej się rozrasta. Taka epidermizacja śluzówki najłatwiej powstaje przy zniszczeniach górnych części błony bębnekowej, najczęściej błony Shrappnell'a. Samo wrastanie komórek naskórkowych do ucha środkowego nie może jednak wystarczyć do wytworzenia guza perlistego: do tego należy zaliczyć i inne okoliczności, sprzyjające jego wytwarzaniu się, jak: utrudnione wydalanie zrogowaciałego naskórka, wzmożone wytwarzanie się jego oraz powstające zarośnięcie błoniaste lub kostne otworu bębnekowego trąbki Eustachiusza.

1) T. H e i m a n n. O guzie perlistym ucha. Medycyna. 1901. № 21—23.

Podług poglądu pewnej grupy autorów (K u h n, S c h w a r t z e, P o l i t z e r, S t e i n b r ü g g e) chociaż cholesteatomy są zwykle produktami przewlekłych spraw zapalnych ucha środkowego, mogą jednak stanowić nowotwory pierwotne. Kwestya powstawania guzów perlitych dotychczas dostatecznie wyjaśnioną nie została.

Co się tyczy budowy guza, to składa on się z otoczki i jej zawartości; otoczka ma budowę skóry, lecz bez gruczołów i torebek włosowych, posiada siatkę Malphi'ego. Zrogowaciałe komórki tworzą blaszki, ułożone warstwami koncentrycznymi, a między komórkami znajdują się kryształki cholestearyny, rozmaite drobnoustroje, czasami łaseczniki gruźlicze i komórki olbrzymie. Zawartość guza stanowi zgęszczona ropa lub produkty rozpadu. Twory te są koloru sino-białego lub żółto-brunatnego, błyszczące; wielkość ich bywa rozmaita; od łebka szpilki do wielkości jaja gołębiego.

Cisnąć na ściany kostne, cholesteatomy mogą doprowadzić do sklerozy, zaniku wskutek ucisku, do próchnicy i zgorzeli kości: w ten sposób wytworzyć się mogą ogromne utraty kości bez jakichbądź objawów. Zależnie od tego, w jakim kierunku rozszerza się sprawa, może nastąpić przebicie kości albo nazewnątrz w kierunku zewnętrznej powierzchni wyrostka sutkowego i przewodu zewnętrznego, albo do wewnątrz, do jamy czaszkowej. Często masy cholesteatomatyczne są źródłem zastojów ropy i części rozpadowych samego guza, przez co w wielu razach produkty te mogą być wessane w krew, prowadząc do zapalenia zatoki poprzecznej i jej zakrzepu z następczą ropnicą, lub też rozwija się ropień mózgu, albo zapalenie opon mózgowych. Cholesteatomy albo żadnych objawów przedmiotowych nie wywołują, albo też chorzy dotknięci niemi cierpią bóle głowy, ciężkość jej i zawroty; czasem skutkiem przyczyny przypadkowej, jak dostanie się wody lub pary (np. w łaźni) do ucha, wywołującego napęcznienie guza, występują objawy odczynowe, głównie straszne bóle odpowiedniej strony głowy i szyi i często gorączka.

Rozpoznać twory podobne nie trudno, ponieważ w głębi przewodu znajdujemy gęste lub błoniaste masy, które możemy usunąć przy pomocy zgłębnika. Czasami cała jama bębnekowa i jama sutkowa mogą być wypełnionymi przez cholesteatomy: w takich razach wpływ z ucha bywa nieznaczny lub niema go wcale. Istnienie cholesteatomatu możemy podejrzewać, gdy ropa z jamy bębnekowej zawiera dużo cholestearyny, gdy jest cuchnącą i sprawa nie ustępuje od wszelkiego leczenia, gdy często powstaje bolesny odczyn zapalny z objawami podrażnienia mózgu bez wszelkiej innej przyczyny

(Schwartz) i gdy obok przedziurawienia bębena istnieją przetoki kostne lub braki w tylnej górnej ścianie przewodu zewnętrznego.

Co się tyczy rokowania, to jest ono wątpliwe z powodu trudnej wyleczalności guzów perlitych ucha środkowego, skłonności do nawrotów i możliwości sprowadzenia śmiertelnych powikłań ze strony jamy czaszkowej i całego ustroju. Guzy perlite niekiedy miewają przebieg skryty: przez lata całe nie wywołują żadnych objawów, aż później nagle mogą stać się powodem ciężkich nawet śmiertelnych powikłań.

Masy cholesteatomatyczne mogą się same wydzielić przez przewód słuchowy lub przebiwszy wyrostek słuchowy nazewnątrz, i tym sposobem może nastąpić samowyleczenie, lecz bywa to nader rzadko, gdyż nawet po operacyjnem usunięciu guzów perlitych, mogą wytwarzać się po niejakiem czasie na nowo.

Przy leczeniu guzów perlitych ucha przedewszystkiem musimy starać się o systematyczne usuwanie mas naskórkowych z ucha (z zachyłka jamy bębnekowej) przestrzykiwaniami lub ostrą łyżeczką. Tam gdzie przewód słuchowy szeroki, gdzie przedziurawienie bębena duże lub otwór w tylną górnej ścianie przewodu szeroki, tam masy cholesteatomatyczne przy przestrzykiwaniu wychodzą z łatwością. Jeżeli jednak guzy perlite znajdują się w jamie sutkowej lub w zachyłku i pomimo przemywania rurką Hartmanna nie wychodzą, należy przystąpić do otwarcia wyrostka sutkowego, resp. operacji doszczętniej. Jednakże należy nie zapominać, że i operacja doszczętna, polegająca na utworzeniu jednej dużej jamy z przewodu zewnętrznego, jamy bębnekowej i sutkowej, nie zawsze zabezpiecza chorego od nawrotów cierpienia.

Ażeby zapobiedz nawrotom guza do niedawna jeszcze starano się utrzymywać stały otwór w wyrostku sutkowym, aby tą drogą można było usuwać gromadzące się na nowo masy cholesteatomatyczne (Schwartz). Jednocześnie utworzona przez operację doszczętną jedna wielka jama wystarcza dla wydzielania się mas cholesteatomatycznych. Niektórzy autorowie (Stacke) dla zabezpieczenia się od nawrotów, usuwają, o ile tylko się to daje, i otoczkę guza, a Kirchner radzi, jak przy nowotworach złośliwych, usunąć nawet przyległe zdrowe części kości. Jeżeli pomimo to guz się odnawia, wyskrobywać go należy systematycznie ostremi łyżeczkami (Jansen).

Częstem również powikłaniem spraw ropnych w uchu środkowym są *polipy*. Występują one najczęściej w przebiegu przewlekłych spraw zapalnych. Przedstawiają się pod postacią to nie-

wielkich grudek na bębunku, to w postaci dużych tworów, wypełniających przewód słuchowy.

Miejscem wyjścia dla polipów najczęściej bywa tylna ściana jamy bębnekowej. Z brzegów błony bębnekowej polipy wychodzą rzadko, choć zdarza się, że kosteczki słuchowe, zwłaszcza młotek, bywają otoczone polipami.

Bywają polipy na szypułach lub też na szerokich podstawach.

Zwykle polipy tworzą się przy cierpieniu powłok miękkich, wyścielających jamy uszne lub w przebiegu spraw zapalnych, toczących się w samej kości. W przypadkach tych może nastąpić przerost części miękkich, który może w dalszym przebiegu rozwinąć się w nowotwór,—polip więc będzie dalszym ciągiem przerostu (L a n g e).

Podług budowy anatomicznej odróżniamy trzy postacie polipów: śluzowe polipy i ziarniniaki, włókniaki i śluzaki (myxoma). Pierwsze spotykają się najczęściej (w 55% przypadków podług statystyki M o o s'a i S t e i n b r ü g g'e'go), składają się z delikatnej tkanki łącznej, pokryte są z wierzchu błoną śluzową, która może się epidermizować. Wewnątrz tych polipów mogą się spotykać gruczolki i torbiele. Włókniaki są twardsze, powierzchnia ich gładka z wielowarstwowym nabłonkiem, składają się z twardej tkanki łącznej z komórkami wrzecionowatymi i gwiaździstymi; naczyń posiadają bardzo mało. Czasem zawierają wewnątrz kryształki cholestearyny.

Śluzaki spotykają się najrzadziej (około 5% przypadków); podług S t e u d e n e r'a rozwijają się z resztek zarodkowej śluzowej tkanki. Są to bardzo miękie, galaretowate twory, pokryte wielowarstwowym nabłonkiem.

Przy istnieniu polipów zwykle mamy dość obfite ropienie z ucha, często nawet z domieszką krwi. Jeżeli polip utrudnia wydzielanie ropy, to może spowodować następstwa jej zatrzymania. Słuch przy polipach bywa przytępiony; zależy to od zmian w uchu środkowym i od wielkości polipa. Polipom mogą towarzyszyć bóle głowy i przykry dla chorego szum w uszach, a także zawroty głowy, kaszel, nudności, wymioty, drgawki. Odróżnienie polipów, nowotworów łagodnych, od nowotworów złośliwych możliwym jest tylko po zbadaniu drobnowidzowem usuniętego nowotworu. Rozpoznanie polipów wogóle łatwe przy pomocy lusterka i zgłębnika.

Chociaż polipy mogą trwać przez całe życie, nie wpływając na stan ogólny ustroju, jednak należy je usuwać możliwie najwcześniej. Tylko po usunięciu polipa ropienie z ucha może się zakończyć.

Pod wpływem zwyrodnienia tłuszczowego może nastąpić rozpad szypuły polipa i polip może wydzielić się nazewnątrz, poczem następuje wyleczenie. Często widzimy takie wydzielające się polipy z ucha przy zwykłym przestrzykiwaniu ucha (T o y n b e e, S c h w a r t z e, G o t t s t e i n). Znanym jest fakt, że nowotwory ucha (polipy) w niektórych przypadkach znikają samoistnie (G o m p e r z): ten rodzaj polipów, który jest tylko nadmiernie wybujałą ziarniną, będzie szczególnie zdolny do samoistnego zanikania. Przejście młodej tkanki łącznej w tkankę łączną stałą niewątpliwie spowoduje, jeżeli nie zupełne polipów spostrzegano niejednokrotnie (G o m p e r z).

Leczenie polipów usznych stosowane w obecnych czasach możemy podzielić na leczenie operacyjne i leczenie środkami farmakologicznymi <sup>1)</sup>, resp. przyżegającami.

Ze sposobów operacyjnych najczęściej używanem jest odcięcie za pomocą pętli Wilde lub Blake, znanej powszechnie. Przed operacją oczyszcza się o ile można dokładnie przewód słuchowy zewnętrzny. Do znieczulenia używają kokainy w roztworze 5—20%, rzadko zaś narkozy chloroformowej, którą należy stosować szczególnie u dzieci przy wydobywaniu małych polipów i wyskrobywaniu ziarniny. Nie używam kokainy nigdy ponieważ znieczulenie kokainą nie bywa dostatecznem, zresztą ból bywa tylko chwilowy. Resztki polipa M o o s i S t e i n b r ü g g e radzą przypalać żegadłem galwanicznym, inni kwasem chromowym, mlecznym, trójchlorooctowym i t. p. Do operacji małych polipów oprócz pętli służy pierścieniowaty nożyk Politzer'a, łyżeczka ostra, kleszczyki Hartmann'a, przyrząd Zalewskiego i inne. Pętli galwanokaustycznej używamy tylko w przypadkach wyjątkowej twardości nowotworu i wyjątkowo silnego przyczepienia. Wyrwanie polipów kleszczykami dziś już prawie nie jest używanem ze względu na ujemne strony tej operacji, mianowicie ze względu na możliwość wyrządzenia szkody choremu, wyrwijając, np. wraz z polipem młotek, lub uszkadzając wewnętrzną ścianę jamy bębnekowej. Krwawienie po operacji ustępuje zwykle pod tamponadą jodoformową, airołową lub wyjałowioną gazą.

Przy niewielkich polipach P o l i t z e r zalecał wlewania do oczyszczonego poprzednio ucha wysokoku (spiritus rectificatissimus) trzy razy dziennie na 10—15 minut. W trzech przypadkach ziarniny widziałem z tego dobre wyniki. Muszę tu zauważyć, że niektórzy moi

<sup>1)</sup> T. Z a l e w s k i. O leczeniu polipów usznych. Gaz. Lek. 1901. № 28—31.

chorzy nie mogli znosić wlewania wysokoku, skarżąc się na palenie i ból w uchu. Z innych środków farmalogenicznych zalecano chlorek cynku, półtorachlorek żelaza, lapis, alun, jodoform, octan ołowiu i inne.

(D. c. n.)

---

### III. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

#### I. Chirurgia.

9. R. Matas. **Tętniak żyłakowaty naczyń podobojczykowych.**  
(Transactions of the amer. surg. assoc. 1901).

Praca dotyczy nader ciekawego przypadku rany postrzałowej w okolicy prawego obojczyka z wytworzeniem się następczem tętniaka (aneurysma arteriovenosum) naczyń podobojczykowych. Młody kolonista zraniony został w drugie międzyżebro wystrzałem z rewolweru prawie à bout portant. Kula utkwiała w odległości trzech cali od prawego brzegu mostka. Podczas badania zauważono zwieszanie się bezwładne prawego ramienia, wybitny obrzęk, na skutek wylewu krwiawego, pomiędzy barkiem i brzegiem szczyki dolnej od przodu, a łopatką od tyłu, dalej—wyrażną pulsacyę i bębnienie ponad guzowatością, wreszcie świst głośny ponad naczyniami. W tętnicy promieniowej pulsu nie wyczuwano; sam ranny, wyczerpany nadzwyczajnie, wydawał się blizkim okresu konania.

Po upływie dni dziewięciu wykonano operacyę, która ciągnęła się przez 5 godzin. Pacjenta znieczulono zrazu miejscowo, potem dano chloroform. Po wyresekowaniu obojczyka między środkową i zewnętrzną trzecią tegoż częścią, płat kostno-mięśniowy przesunięto do środka, przecięto mięsień podobojczykowy, obnażono żyły tętniaka i żyłę zaskórną ramienia (veua cephalica) aż do miejsca wiania się do żyły podobojczykowej (v. subclavia), w końcu, po ciężkiej pracy, wyosobniono i to ostatnie naczynie i podwiązano odchodzące oden gałązki. Teraz należało oddzielić żyłę od tętnicy, zanurzone obie w masie wysiękowej. Oryentowanie się anatomiczne było tu prawie niemożliwem, podczas szperania powstał krwotok gwałtowny, zatrzymany palcem, a jednocześnie przekonano się, że krwawi głównie z tego miejsca, gdzie m. scalenus, przebity kulą, zrósł się z tętnicą i żyłą w jedną całość. Z mozołem bardzo wielkim podwiązano tętnicę z obu stron krwawiącego miejsca i dziurę zaszyto w żyłę bez zamykania jej światła. Po przystosowaniu płatów tam, gdzie należy, ranę zaszyto i zaopatrzono w dren, dokonawszy, nareszcie, cięcia na górnym brzegu mięśnia czworobokowatego (m. trapezius), wyjęto

całkiem zniekształcony pocisk. Rany operacyjne zagoiły się doraźnie, na ramieniu jednak wystąpiły tak znaczne zaburzenia w krążeniu, że ostatecznie wypadło dokonać amputacji palucha i paluszka; reszta palców utraciła czucie i sprawność ruchową prawie zupełnie. Wynik ten, w obec rany tak poważnej, uważać należy jeszcze za znakomity.

Tętniaki naczyń podobojczykowych są zjawiskiem niezwykle rzadkiem i autor, przeszukując pilnie w lekarskim piśmiennictwie wszech światowem, zebrał zaledwie 17 tego rodzaju przypadków z urazowym przeważnie czynnikiem etiologicznym, przychem w większości razy stan chorych był bardzo niebezpiecznym. Co do leczenia, podwiązanie bezzwłoczne, o ile jest możliwym, działa najlepiej; w przeciwnym razie, oprócz ucisku palcem, zaleca się dokładne zaszycie brzegów rany po nad tamponem z gazy, lub też—zamknięcie rany szwem doszczętne i opatrunek uciskający.

K. Niedzielski.

10. **Manfredie Frisco. Rola gruczołów chłonnych w przypadkach gruźlicy.** (Centralbl. für Chirurgie. № 41. 1902).

Imponująca zakresem swym praca zawiera szereg doświadczeń, których autor dokonał nad zachowaniem się gruczołów po zaszczepieniu laseczników gruźlicy do dróg chłonnych. Zakażano króliki i morskie świnki bądź od strony kamery ocznej przedniej, bądź przez śluzówkę pochwy, lub też za pomocą wcierania w nieuszkodzoną zwierząt tych skórę. Małe, odpowiednio obliczone, dawki pozwalają osiągnąć punkt taki, przy którym choremi są same tylko glandulae regionales, a infekcyi ogólnej niema. Dla wywołania tejże należy przerwać ochronny wał gruczołów, stosownie też do stopnia jadowości i ogromu materiału zakażającego autor rozróżnia następujące trzy obrazy kliniczne: 1) *stan gruźlicy ogólnej*, gdzie obecność laseczników nie wywołuje w tkance żadnego swoistego odczynu. Dalej idzie 2) *jawna gruźlica gruczołów*, ograniczona i dająca się wyleczyć, 3) *gruźlica, wreszcie, ogólna*, która szybko zwyrodnia gruczoły i szerzy się w ustroju.

W zapasach z lasecznikami odczyn ze strony systemu gruczołowego uwydatnia się w czynnościach różnych. Gruczoły a) mogą zatrzymać w sobie infekcyę na stałe i opóźnić rozlanie się tejże drogą mechaniczną, lub też powołaniem do życia sprawy zapalnej. Po małych dawkach występuje tylko skupienie się białych ciałek krwi (wielojądrowych), naciek i rozrost komórek chłonnych; dopiero po dawkach większych sprawa dochodzi do wytwarzania się gruzelków. Dalej, b) odczyn ten uwydatnia się osłabianiem powolnem jadowości i ostatecznie w uśmierceniu laseczników; wreszcie c) w łączno-tkanowym przeistoczeniu gruczołów, prowadzącem do częściowego i całkowitego nawet tychże zaniku. Skoro infekcyja raz jeden pokonana zostanie, można bezkarnie wprowadzać do ustroju nowe i większe nawet kolonie laseczników: siła odporna gruczołów wzmagą się z powtarzaniem kilkakrotnem tego rodzaju doświadczeń, mówiąc inaczej,—wytwarza się pewien stan zabezpieczenia ustroju zwierząt przed wpływem zakażenia.

K. Niedzielski.



11. D-r R. Burmeister. **Przyczynek do metody Gersuny'ego wytwarzania protezy parafinowej.** (Centralbl. für Chirurgie, № 39. 1902).

W przypadkach, gdzie chodzi o zamieszczenie plastyczne usuniętego na drodze operacji jądra, autor radzi zastosować tego rodzaju uproszczenie sposobu Gersuny'ego, żeby nie czekać na zagojenie się rany operacyjnej, lecz zasadzić protezę zaraz po dokonaniu rękoczynu i pozostawić ją tamże na stałe. Metodę swoją autor wypróbował przedewszystkiem na psach i doszedł do przekonania, że kawałki paraffini solidi mogą wgoić się bez wywołania odczynu, w obec czego operacya taka ma racyę bytu i na człowieku.

Przypadek odnośny dotyczy 28 letniego mężczyzny, któremu usunięto chorę na gruźlicę jądro lewe. Na krótko przed zaszcyciem rany założono odpowiednio obrobioną protezę z parafiny, topiącą się przy 55°, długą na 24, szeroką na 19 i grubą na 13 mm. Po nadaniu protezie odpowiedniej postaci nożem i przeprowadzeniu kilkakrotnem przez płomień, pogrążono wstawkę do roztworu sublimatu, w którym trzymano ją aż do chwili użycia. Rana zagoiła się doraźnie.

Niezależnie od doskonałego wyniku operacyjnego i wymagania kosmetyki zaspokojone zostały całkowicie. Jeżeli worek jądrowy nie był napięty, różnica między dwiema połowami moszny występowała, wprawdzie, dosyć wyraźnie: połowa prawa, zawierająca jądro prawdziwe, zwieszała się luźno ku dołowi, podczas gdy lewa była skurczoną i małą, co w części tylko zależało od kurczenia się blizny, głównie zaś od tego, że waga protezy nie wystarczała do opuszczenia się worka na dół. W skurczonym za to stanie ten ostatni, pominąwszy bliznę liniową, miał formę całkiem prawidłową, tak, że owe połowy nie różniły się wcale i lekarz tylko, badający uważnie za pomocą palpacyi, rozpoznać mógł stan rzeczy prawdziwy.

*K. Niedzielski.*

12. Riedinger. **Leczenie ambulatoryjne złamań podudzia.** (Würzburger Abhandlungen aus dem Gebiet der prakt. Medicin. 11. 9).

Autor jest przeciwnikiem używania t. z. „szyn do chodzenia“, gdyż szyny nie nadają się, bynajmniej, do osiągnięcia głównego celu, jakim jest utrzymanie poruszającej się kończyny w stałej i rozciągniętej pozycyi. Najwłaściwszym bywa w tych razach odpowiednio nałożony opatrunek gipsowy, sięgający powyżej bioder i stosowany w siedzącej pozycyi chorego. Tenże zdrową połową miednicy opiera się na krześle, ustawionem na stole, uszkodzoną zaś kończynę siedzący na stoleczku pomocnik wyciąga w kierunku pionowym ku dołowi. W tak nałożonym opatrunku pacjent chodzi daleko pewniej, niż w szynie.

Korzyści opatrunku, umożliwiającego rychłe poruszanie złamaną kończyną, są oczywiście: chorey osobą swoją stwarza mniej kłopotu, ewentualność powstawania odleżyn zostaje zażegnana, jak również za-

niku mięśni, unika się ujemnego wpływu leżenia w łóżku na narządy wewnętrzne, w wielu, wreszcie, przypadkach osiąga się w ten sposób nawet pędzsy zrost złamań.

Jak każda z metod, i opatrunek ruchomy ma swe przeciwwskazania. Tu należą przypadki złamań samoistnych, niektóre cierpienia narządów wewnętrznych, jednocześnie ze złamaniem uszkodzenia części miękkich, nieznoszenie gipsu w ogóle i t. p. Dla tego też Helferich zaleca w tych razach drogę pośrednią, t. j. rozpoczynanie prób chodzenia mniej więcej we dwa tygodnie po wypadku, po ustąpieniu obrzęków.

Wnioski, do których autor przychodzi, są następujące: 1) Pod ambulatoryjnym leczeniem złamań goleni należy rozumieć bądź przeniesienie ciężaru ciała na przyrząd ortopedyczny z wyciągiem, bądź też—na opatrunek gipsowy z wyciągiem, lub bez takowego. 2) Opatrunek ruchomy powinien zabezpieczyć prawidłowe ułożenie odłamów nawet podczas chodzenia. 3) Nastawienie musi tu być bardzo dokładne. 4) W przypadkach złamań trzonów uda lub podudzia opatrunek do chodzenia nakłada się po dwóch tygodniach dopiero; jeżeli zaś złamaniu uległy końce stawowe, opatrunek w mowie będący można nałożyć wcześniej. 5) Zamiast bandaży autor używa opaski trykotowej albo taśmowej. 6) Bez techniki, wolnej od zarzutu, i bez leczenia następczego opatrunek gipsowy do chodzenia może zaszkodzić tylko. Błędów tych jednak chirurg nie popełni.

K. Niedzielski.

## II. Choroby kobiet i akuszerya.

13. O wskazaniach do sztucznego przerywania ciąży. (IV międzynarodowy zjazd ginekologów w Rzymie). (Feferat zbiorowy).

M. Hofmeier (Würzburg) wypowiedział następujący pogląd: w zastarzałej postaci nephritis, która już istniała przed ciążą, należy dla dobra matki przerywać ciążę wtedy, kiedy pomimo leczenia objawy drugorzędne choroby nie tylko nie ustępują, lecz, przeciwnie, pogorszają się. Przy nerce ciężarnej należy przez wzgląd na niebezpieczeństwo drgawek wywołać poród przedwczesny wtedy, kiedy pomimo leczenia dyetetycznego objawy się wzmagają. W ostrej postaci nephritis, powstałej w ciąży, nie należy przerywać ciąży, ponieważ zejście może być pomyślne i drgawki mogą nie wystąpić.

E. Pinard (Paryż) dzieli wskazania na 2 grupy: 1) Do pierwszej należą krwawienia maciczne, jeżeli tętno przewyższa 100; hydramnios, zaśniad, stany toksyczne podczas ciąży (wymioty uporeczywe, białkomocz, eklampsja i Nephritis toksyczna). Do II) choroby serca, nephritis, jeżeli dobowa ilość moczu jest mniejsza, niż 800—1000 gr., pyelonephritis z ciężkimi objawami ogólnymi i Tuberculosis pulmonum. Autor w ciągu 10 lat 20 razy przerwał ciążę (na 22708 ciężarnych); w 15 przypadkach z pomyślnym skutkiem.

G. Rein (Petersburg) w ciągu lat 13 przerwał ciążę 37 razy

na 2690 ciężarnych (= 1,3%). Potem jeszcze miał 4 przypadki. Do wskazań „położniczych“ zalicza: miednica wązka (25 razy), ciąża zamaciczna (2 razy), zwężenie bliznowate pochwy (1 raz), nawykowe obumarcie płodu (1 raz), endometritis septica (1 raz). Ze wskazań „wewnętrznych“ wymienia: nephritis (6 r.), eklampsja (4 r.) i wada sercowa (1 r.) Z powyższych 11 przypadków uratowano tylko 7 dzieci.

Konkluzye autora są następujące: sztuczne przerwanie ciąży należy do najsympatyczniejszych i najpożyteczniejszych rękoczynów położniczych; daje bowiem najpomyślniejsze wyniki zarówno dla matki, jak i dla dziecka. Najczęstszymi wskazaniami w chorobach wewnętrznych są choroby nerek i serca. Operacya ta powinna być częściej stosowana. Przy ciężkich drgawkach w ciąży u pierwiastek sztuczne przerwanie ciąży może nastąpić przez cięcie cesarskie przy istnieniu odnośnych wskazań.

F. Schauta (Wiedeń) na mocy 4000 porodów w ten sposób streszcza swoje wyniki:

W postaciach ciężkich polyneuritidis u ciężarnych należy wywołać poród przedwczesny lub poronienie.

W chorea u ciężarnych można wyczekiwać kresu normalnego porodu. Tylko w ciężkich przypadkach, połączonych z niemożliwością przyjęcia pokarmów, lub, gdy wystąpiły objawy maniakalne, należy jako ultimum refugium przerwać ciążę. W średnio ciężkich przypadkach należy przerywać ciążę w ciągu pierwszych 8 miesięcy, lecz nie później, gdyż wystawiamy przez ten rękoczyn życie matki na niebezpieczeństwo. Wogóle, przebieg pierwszych 8 dni decyduje o wszystkim.

W bardzo ciężkich przypadkach tetanii, której dotychczas nie obserwowano, należałoby dla dobra matki przerwać ciążę.

Jeżeli życie matki przy istnieniu guza w mózgu uważać należy za stracone, to należy z chwilą utraty przytomności przez matkę dla dobra dziecka przerwać ciążę. Jeżeli rokowanie jest wątpliwem, to nie wolno wywoływać porodu przedwczesnego, który może pogorszyć stan zdrowia matki. Również w hemiplegii należy przerwać ciążę tylko w chwili agonii, aby ocalić płód.

U psychopatek bardzo wyniszczonych, z manią samobójczą, należy przerwać ciążę.

Cierpienia rdzenia kręgowego nie dają wskazania do przerywania ciąży. Tylko ciężkie przypadki epilepsji mogą dać powód do wczesnego porodu. Przerywanie ciąży w histeryi pogarsza stan chorej.

Za wyjątkiem retinitidis albuminuricae i amaurozy uremicznej choroby oczu rzadko kiedy dają powód do sztucznego przerywania ciąży. To samo można powiedzieć o chorobach uszu.

Z chorób skórnych, powodujących zaburzenia ciężkie podczas ciąży, następujące mogą dać powód do przerywania ciąży: Pityriasis versicolor, Pruritus, Eczema, Pemphigus, a w szczególności Herpes gestationis (Milton).

Przerwanie ciąży jest przeciwwskazane po zapaleniu płuc i opłucny. Z porodu przedwczesnego, dokonanego w ciężkich postaciach suchot, płucnych, nie wiele można się spodziewać; dobre wyniki dają

sztuczne poronienia w pierwszych miesiącach zwłaszcza w suchotach krtani. W przypadkach lżejszych, kiedy tuberkuloza szybkim postępuje krokiem, należy dla dobra matki i dziecka przerywać ciążę, nawet w późniejszych miesiącach.

Ceniąc więcej życie matki, nie należy sprowadzać porodu przedwczesnego w zapaleniu płuc i opłucny w celu uratowania płodu. Nawet i w tuberkulozie w rzadkich przypadkach otrzymamy płód żywy i zdolny do życia, jeżeli sztucznie przerwiemy ciążę. W stanach beznadziejnych tuberkulozy należy dla dobra płodu sprowadzić poród przedwczesny, jeżeli płód jest zdolny do życia. Jeżeli matce grozi śmierć natychmiastowa, to niewiele liczyć można na życie dziecka po sprowadzeniu porodu przedwczesnego.

W gruźlicy prosówkowej (miliarnej) należy sprowadzić poród przedwczesny, jeżeli płód jest zdolny do życia.

Nie wolno sprowadzać porodu w pneumothorax. Bronchitis, emphysema i asthma nie dają powodu do wywołania porodu sztucznego.

Podczas ciąży możemy rozpoznać zaledwie  $\frac{1}{7}$  część wad sercowych. W 20,2% przypadków występuje poronienie samoistne; odsetka śmiertelności dzieci wynosi 25,5%.

Przy odpowiednim leczeniu większość chorych (95%) dobrze znosi wysiłki porodowe.

Zwężenia zastawki mitralnej są o wiele niebezpieczniejsze, niż inne wady sercowe. Poród stanowi większe niebezpieczeństwo dla serca, niż ciąża.

W skompensowanej wadzie sercowej należy wtedy uciec się do powodu sztucznego, jeżeli chorej znajdowało się w niebezpieczeństwie wskutek wady sercowej w jednym z poprzednich porodów.

W stenozie mitralnej, jeżeli występują najłżejsze zaburzenia w kompensacji, należy sprowadzić poród przedwczesny.

W wadach nieskompensowanych należy natychmiastowo przerwać ciążę wtedy, jeżeli okres czasu potrzebny dla poprawy przez podanie środków wewnętrznych jest za długi. W zwykłych warunkach należy przedewszystkiem wypróbować środki wewnętrzne i po pewnej poprawie sprowadzić poród przedwczesny. Powikłania wady sercowej z zastarzałą nephritis lub tuberkulozą wymagają energiczniejszego wystąpienia.

Jeżeli w drugiej połowie ciąży nie ustaje ślinotok, a pacjentka jest silnie wycieńczoną, to w celu uratowania życia matki należy pomyśleć o sztucznym przerywaniu ciąży.

Krwotoki niebezpieczne, towarzyszące wymiotom (haematemesis), mogą być wskazaniem do przerywania ciąży w celu uratowania płodu. W literaturze niema ani jednego takiego przypadku.

Appendicitis z ropieniem musi być natychmiastowo operowane, bez względu na istniejącą ciążę. Nawet w ciężkich postaciach kataralnych appendicitidis operacja jest wskazana. Sprowadzenie porodu przedwczesnego może być zalecone w zapaleniach kataralnych, przeciwwskazaniem jest przy wykryciu ropy.

Przy ciężkich objawach żółtaczki (icterus gravis), jako to gorączce wysokiej, wybroczynach krwawych (petechiae), zmniejszeniu wą-

troby, a zwłaszcza przy istnieniu objawów nerwowych, należy niezwłocznie przystąpić do przerwania ciąży.

Guzy na wątrobie mogą spowodować charłactwo, należy więc dla życia matki sprowadzić poród przedwczesny. Przy kolkach wątrobowych (cholelithiasis) można dokonać cholecystektomii, nie uciekając się do przerwania ciąży.

W zapaleniu błony brzusznej przerwanie ciąży jest przeciwwskazane, przez wzgląd na sąsiedztwo zainfekowanej otrzewny z wielką powierzchnią rauny, po porodzie powstałej.

Przerwanie ciąży jest wskazane tylko w bardzo rzadkich przypadkach hyperemesis, kiedy już wszystkie inne środki zostały wyczerpane. Do ostatnich przedewszystkiem zalicza się umieszczenie chorej w zakładzie leczniczym, spokój absolutny, przyjęcie płynów w ilościach małych w położeniu chorej poziomem.

Albuminuria i Nephritis dają wskazanie do przerwania ciąży, jeżeli nie nastąpiło polepszenie pomimo diety mlecznej. Jeżeli białkomocz nagle wystąpił w pierwszej połowie ciąży, lub nephritis ukazała się przed 8 miesiącem, te wskazania są jednakowe. W nephritis chronica należy sprowadzić poród przedwczesny z chwilą, gdy płód, jest zdolny do życia, lub też gdy występują ciężkie objawy ogólne. Pierwiastki, kobiety z wadą sercową, kobiety z podkładem nerwowym, z chorobą płuc, a zwłaszcza z wadą sercową wymagają leczenia energicznego, również dotknięte zastarzałą nephritis. Nie należy brać pod uwagę nephritis lub eklampsyi, przebytej w ciąży poprzedniej.

W lekkiej postaci eklampsyi należy przedewszystkiem stosować morfinę i mleczną kurację. Gdy te nie pomogą, i ilość napadów się zwiększa, należy przerwać ciążę.

W amaurosis należy energicznie postępować, a w retinitis natychmiast poród sprowadzić.

Gdy szyja maciczna jest twarda i niepodatna, należy zamiast kolpeuryzy dokonać cięcia cesarskiego przez pochwę, nacięcia Dührsen'a.

Dla uratowania płodu lepsze daje wyniki accouchement forcée (kolpeuryza) u umierającej, aniżeli cięcie cesarskie post mortem. Haematuria i Haemoglobinuria w nephritis wymagają jednakowego leczenia. Zazwyczaj objawy ustępują przy diecie mlecznej i spokoju (w łóżku). W przeciwnym razie, gdy krwawienie jest znaczne, musi być wywołany poród przedwczesny.

W pyelonephritis należy stosować środki wewnętrzne; jeżeli te odmówią posłuszeństwa, to należy w 32 tygodniu ciąży sprowadzić poród przedwczesny.

W anaemia perniosa poród może przyspieszyć zejście śmiertelne. W haemophilia spostrzegano silne krwawienie po porodzie, lecz nie notowano dotychczas krwotoków śmiertelnych.

Purpura i morbus maculosus Werlhofii dają gorsze rokowanie w ciąży. Prócz tego sprawa może dojść do porodu przedwczesnego lub obumarcia płodu. Cierpienia powyższe mogą spowodować silne krwawienia, które ustępują po porodzie.

U kobiet kachektycznych stan niedokrewności przybiera coraz

większe rozmiary w miarę postępu ciąży. W leukæmia lienalis średniego natężenia należy czekać do zdolności życiowej płodu. A w bardzo ciężkich przypadkach należy przerwać ciążę (sztuczne poronienia).

Haemophilia nie daje wskazań do przerywania ciąży.

Wskutek silnych krwotoków i postępującej niedokrewności, spowodowanych przez purpura haemorrhagica lub też morbus maculosus Werlhofii, należy przerwać ciążę. U osób, będących w stanie silnego charłactwa, należy wywołać poronienie sztuczne, a w charłactwie średniego stopnia wskazany jest poród przedwczesny.

W chorobie Basedow'a zaburzenia krwioobiegu i oddychania wzmagają się podczas ciąży. Zaburzenia cyrkulacji, spowodowane powyższą chorobą, mogą spowodować wylew krwawy do wnętrza macicy, ewentualnie mogą dać powód do wczesnego odklejenia łożyska i obumarcia płodu. Jeżeli zaburzenia w stanie ogólnym, zależne od choroby Basedow'a, przybierają groźne rozmiary, to należy przerwać ciążę.

Diabetes daje rokowanie niepomyślne u ciężarnych (czwarta część umiera). Dzieci zazwyczaj giną. Poród sprowadza u nich ciężkie zaburzenia. Dla tego też należy w tej chorobie przerywać ciążę w pierwszych miesiącach; w drugiej połowie ciąży tylko wtedy, jeżeli zawartość cukru jest bardzo znaczna; w przeciwnym razie można czekać na zdolność życiową płodu.

W kwestyi leczenia osteomalacji należałoby zachowywać następujące przepisy:

1) W postępującej, a zwłaszcza nawrotowej osteomalacji u ciężarnych należy w celu leczenia osteomalacji, sprowadzić poród przedwczesny, jeżeli miednica przepuści płód zdolny do życia. Jeżeli dalsze potomstwo jest niepożądane, to można w przypadku osteomalacji nawrotowej po upływie okresu połogowego uczynić chorą niezdolną do zajścia przez rezekcyę jajowodów.

2) Jeżeli podczas ciąży mamy do czynienia z obostrzeniem osteomalacji jajnikowej, po wywołaniu porodu przedwczesnego dokonać kastracyi po upływie okresu połogowego.

3) W przypadkach zwięzienia miednicy bardzo znacznego lub też absolutnego należy dokonać cięcia cesarskiego w przypadkach lżejszych w terminie normalnym ciąży, a w ciężkich przypadkach po sprowadzeniu porodu przedwczesnego, przyczem należy niezwłocznie uczynić chorą niezdolną do zajścia w przypadkach osteomalacji, która się rozwinęła w ciąży, a w przypadkach osteomalacji jajnikowej natychmiastowo przystąpić do kastracyi

4) Zamiast cięcia cesarskiego konserwatywnego z rezekcyą jajowodów lub kastracyą można w pewnych warunkach dokonać amputacyi sposobem Porro lub też całkowitego wyłuszczenia od strony jamy brzusznej.

5) Gdy w samym początku ciąży wystąpią znaczne dolegliwości, przyczem mamy przed sobą ciężką postać nawrotowej osteomalacji, to już w pierwszych miesiącach może się okazać niezbędnem wyłuszczenie macicy przez pochwę lub też w braku odpowiednich warunków od strony jamy brzusznej.

Przerwanie ciąży w pierwszych dniach tyfusu może być korzystnym, w późniejszym okresie jest przeciwwskazane.

Tyfus wysypkowy nie daje wskazań do przerywania ciąży; przeciwwskazaniem jest również przerywanie ciąży w odrze.

W lekkich postaciach ospy nie trzeba przerywać ciąży; w ciężkich postaciach jest ono zbyt szkodliwe dla zdrowia matki i połączone z niebezpieczeństwem ze względu na możliwą infekcję; tylko w przypadkach beznadziejnych można spowodować poród przedwczesny w celu uratowania dziecka.

Róża nie daje wskazania do przerywania ciąży. W dyzenteryi zachowujemy te same przepisy, co i w tyfusie.

Nie wolno przerywać ciąży w błonicy ze względu na możliwość infekcji!

W choleryze nie wolno przerywać ciąży!

Przerywanie ciąży w malarii jest zbyt szkodliwe, lecz wskazane przy daleko posuniętym charakterze dla dobra życia matczynego.

Wścieklizna, nosacizna, karbunkul nie dają wskazań do przerywania ciąży. W grypie mogą tylko powikłania dać wskazanie do przerywania ciąży. To samo da się powiedzieć o febris recurrens, parotitis epidemica i pertussis. Przeciwwskazaniem jest przerywanie ciąży w szkarlatynie.

We wszystkich chorobach zakaźnych może powstać krwotok, wymagający tamponacyi; ostatnia może pośrednio spowodować poród przedwczesny.

Z powyższego wynika, że choroby zakaźne po większej części nie dają wskazań do przerywania ciąży. W wielu nawet razach interwencya jest przeciwwskazaną ze względu na ewentualną infekcję (ospa, dyfteryt). Niekiedy zaś nie choroba infekcyjna, lecz powikłania w niej wymagają przerywania ciąży (influenza, malaria, recurrens, pertussis, parotitis). Reumatyzm daje przeciwwskazanie do sztucznego przerywania ciąży ze względu na niebezpieczeństwo tej choroby w okresie połogowym, wtedy kiedy w ciąży nie jest on wcale niebezpiecznym. W zatruciach (morfina, rtęć, ołów, tytoń) zazwyczaj występują porody przedwczesne lub poronienia bez interwencji lekarskiej. W otruciu fosforem, gdy występuje silne krwawienie z macicy, należy tamponować pochwe; ten rękoczyn może dać popop pośredni do porodu przedwczesnego.

Poronienie sztuczne w mięśniakach, torbielach i skórzakach i przy rakach macicy nie ma celu. W przypadkach nadającego się do operacyi raka należy dokonać wyluszczenia macicy bez względu na istniejącą ciążę. Gdy rak nie nadaje się do operacyi, to należy dla dobra życia matczynego dokonać cięcia cesarskiego sposobem Porro, jeżeli płód posiada zdolność życiową, lecz nie spowodować porodu przedwczesnego. W nadających się do operacyi nowotworach złośliwych organów brzusznych, nie wchodzących w skład organów rodnych, należy przystąpić do porodu przedwczesnego przed operacyą radykalną wtedy, kiedy ciąża stanowiłaby przeszkodę w technice operacyjnej, a poród przeszkadzałby gojeniu się rany.

Przerost sutek rzadko kiedy może dać wskazanie do przerywania

ciąży. A. R. Simpson (Edynburg) dzieli wskazania do przerywania ciąży na 2 grupy:

Do pierwszej grupy należą wskazania ze strony płodu (obumarcie nawykowe płodu w późniejszych miesiącach ciąży, nawykowy wzrost płodu), a w drugiej grupie umieścił wskazania ze strony matki; tutaj należą przedewszystkiem choroby, które istniały przed ciążą, i dają od czasu do czasu nawroty, jako to choroby układu nerwowego (pomieszanie zmysłów, apoplexia, meningitis, epilepsia, a na pierwszym planie chorea), choroby układu naczyniowego (wady sercowe), choroby dróg oddechowych, zwłaszcza chroniczne (tuberkuloza), ostre bowiem choroby dróg oddechowych (pneumonia, pleuritis) nie dają wskazania. Poród przedwczesny może być wywołany w niektórych chorobach organów płciowych, jako to przy guzach jajnika, przeważnie dermoidach, które nie mogą być usunięte; przy raku macicy lepiej czekać do normalnego kresu ciąży.

Również choroby, mające związek z ciążą, mogą dać pohop do sztucznego przerywania ciąży; do nich autor zalicza: hyperemesis, hydramnion, krwotoki z popłodu, nephritis ciężarnych i jej następstwa.

L. M. Bossi (Genoa), robiąc doświadczenia na zwierzętach, wykazał, że zwierzęta ciężarne (?) łatwiej ulegają infekcyi, niż nieciężarne i że skłonność do infekcyi rośnie z postępem ciąży.

Poronienia były bardzo częste i można było często wykryć obecność wstrzykniętych mikroorganizmów we krwi łożyska i popłodu. Stan poporodowy nie miał żadnego wpływu na skłonność do chorób infekcyjnych.

Następnie Bossi robił doświadczenia nad siłą mięśniową za pomocą ergografu Mosso w czasie peryodu, ciąży, porodu i położu i doszedł do następujących wyników, że siła mięśniowa zmniejsza się w okresie przedmiesiączkowym i stopniowo się zwiększa w czasie trwania miesiączki. Podczas ciąży często zauważył znaczne osłabienie siły mięśniowej („crisis fizyologiczna w ciąży“), a w okresie pologowym spostrzegł szybkie i znaczne wzmożenie siły mięśniowej. Nawet u chorych ciężarnych, u których B. zmuszony był wywołać poród przedwczesny (2 przypadki suchot płucnych i 2 przypadki wady sercowej), można było to samo zauważyć.

Wywołując poród przedwczesny, należy wziąć pod uwagę i samą technikę; w tym celu autor zaleca swoje rozszerzadło, które działa prędko i bez zawodu.

L. Kohegy (Szeged na Węgrzech) zaleca wywołanie poronienia sztucznego w gruźlicy matki notabene, jeżeli choroba rozpoznana została przynajmniej przez 2 lekarzy, i jeżeli znaleziono laseczniki gruźlicze w ten sposób chciatby zapobiedz dalszemu mnożeniu się pokolenia tuberkulicznego.

E. Gutterrez (Madryt) podaje nawykowe obumarcie płodu za wskazanie do przerywania ciąży, jeżeli wszystkie środki profilaktyczne pozostają bez skutku.

W. J. Sinclair (Manchester) uważa stan groźny matki za jedyny powód do przerywania ciąży. Cierpienia nerek, mniej serca, dają wskazanie, a o hyperemesis gravidarum nawet mowy być nie powinno.



Tylko daleko posunięta gruźlica płuc daje również wskazanie do tej operacji.

F. La Torre (Rzym) podziela zdanie Pinard'a, że zaburzenia w cyrkulacji, hyperemesis i eklampsja nie stanowią powodu do tego rękoczynu; zresztą, w każdym danym przypadku należy wezwać drugiego lekarza, aby uniknąć ewentualnej sprawy sądowej.

P. Zweifel (Lipsk) uważa, że mówcy poprzedni zanadto ograniczyli wskazania do przerywania ciąży. Autor zwraca uwagę na „wagę ciała“, która najwymowniej świadczy o niebezpieczeństwie, lub też zapewnia zejście pomyślnie. Jeżeli waga ciała, w prawidłowych odstępach czasu sprawdzana, się zmniejsza, mamy wskazanie do przerywania ciąży, ponieważ utrata stała wagi ciała świadczy o groźącym niebezpieczeństwie. Inaczej się rzecz przedstawia, gdy ciało przybiera na wadze, wtedy lekarz może zapewnić chorą i otoczenie, że niema mowy o niebezpieczeństwie. Daną wskazówką należy się powodować w przypadkach wymiotów uporeczywych u ciężarnych.

Od zachowania się wagi ciała zależy również zachowanie się w przypadkach gruźlicy; jakkolwiek autor ani razu nie przerywał ciąży w tem cierpieniu, lecz, w skutek smutnie zakończonego w położu przypadku, nie odrzuca w zasadzie tego wskazania.

Podczas ciąży chora ta czuła się lepiej, niż poprzednio i dla tego nie życzyła sobie porodu przedwczesnego.

W kwestyi płasawicy (chorea) autor przyszedł do tego przekonania, że to jest powikłanie w ciąży niebezpieczne, szybko pogarsza się i łatwo prowadzi do zejścia śmiertelnego; dla tego uważa tę chorobę za pewne wskazanie do przerywania ciąży.

Oдноśnie stosunku chorób nerkowych do eklampsji autor zgadza się z Hofmeier'em, że choroba Bright'a chroniczna mało jest skłonna do wywołania eklampsji, która przeważnie wybucha przy tak zwanej nerce ciężarnej (Schwangerschaftsnier).

Następnie autor widzi wskazanie do przerywania ciąży w przypadkach silnych krwotoków, występujących w ostatnich dwóch miesiącach ciąży, ponieważ doświadczenie pouczyło autora, że, gdy nawet pierwszy krwotok sam się wstrzymał, wkrótce zazwyczaj występował drugi i chore, osłabione po krwotokach, zmuszone były się położyć.

Krönig (Lipsk) sądzi, że, stawiając wskazanie, należy się powodować położeniem socyalnem chorej. U kobiet z klasy robotniczej obserwowwał raptowne pogorszenie sprawy tuberkulicznej po porodzie.

D. Draghiesco (Bukareszt) oświadczył: w Bukareszcie na 18132 porody w ciągu 9 lat 17 razy sztucznie przerywano ciążę, a mianowicie 13 razy z powodu eklampsji, 3 razy wskutek wady sercowej i jeden raz przy epilepsji.

A. Pinard jeszcze raz zaznacza, że należy zarzucić przerywanie ciąży w gruźlicy prosówkowej, a wskazanie do tej operacji mocen jest dawać jedynie tylko lekarz.

G. Rein jeszcze raz gorąco przemawia na korzyść tej operacji, która, według jego statystyki, daje 100% wyzdrowienia dla matek i 90% dla dzieci.

F. Schauta, broniąc swojego zdania konserwatywnego, przyj-

muje wymioty uporeczywe za wskazanie do przerwania ciąży. W płasawicy obawia się skutków niebezpiecznych aktu porodowego. Gruźlica płuc nie daje wskazania absolutnego.

A. R. Simpson zmienia swój referat w tym sensie, że w przypadku nawykowego obumarcia płodu lekarz powinien zwalczać jego przyczyny pierwotne.

M. Warszawski.

### III. Choroby oczu.

#### 14. O zmętnieniach rogówki, powstających po oparzeniu jej wapnem.

1) Rosenthal. (Zeitschrift für Augenheilkunde. Bd. 8. 1902. Heft 2).

Posługując się nader czułym i specjalnie do warunków doświadczenia zastosowanym ciepłomierzem termoelektrycznym własnego pomysłu, autor dowiódł, że 1) ciepłota, wywiązująca się w worku łącznicy (wzgl. na rogówce) po wprowadzeniu doń wapna niegaszonego, nie przekracza  $42^{\circ}\text{C}$ . przy otwartych, i  $45^{\circ}\text{C}$ . przy zamkniętych powiekach. 2) Ciepłota ta sama przez się nie wystarcza do wywołania takich gęstych zmętnień, jakie daje wapno. 3) Splukanie resztek wapna, pozostałych po urazie na rogówce, zwyczajną wodą nie pociąga za sobą szkodliwych skutków, jak do'ychczas mniemano.

Dalsze doświadczenia autora dowodzą, że owe gęste zmętnienia nie mogą powstawać ani wskutek fizycznego pochłaniania wody z rogówki przez wapno, ani też przez osadzenie się w rogówce, wrastanie w nią resztek wapna pozostałych na niej po urazie (impregnacja rogówki wapnem). Pozostaje tylko przypuszczenie, że wapno oddziaływa chemicznie na części składowe bądź to samej rogówki, bądź to limfy, krążącej w jej przestworach. Rzeczywiście autor wykazuje, że wapno (wzgl. woda wapienna)—1) daje osad z cieczą wodnistą (humor aquaeus), która, co do składu chemicznego, nie różni się niczem od limfy;—2) daje osad z wyciągiem z nabłonka rogówkowego;—3) wyciąga z rogówki jedną z jej części składowych—tak zwany „Corneamucoid“;—4) daje osad z główną składową częścią rogówki—glutyną—pozostającą po wyciąganiu Corneamucoid'u i rozpuszczającą się w wodzie po dłuższym gotowaniu.

Manipulując z oczami oparzonemi wapnem i utrwalonemi w wyskoku, autor zauważył, że od działania kwasu octowego owe gęste zmętnienia dosyć znacznie się wyjaśniały. Doświadczenia na żywych zwierzętach z 1% kwasem octowym, a następnie z bardzo rozcieńczonym ługiem sodowym (Na OH) dały jednak mniej ponyślnie wyniki—aczkolwiek bowiem plamy nieco się wyjaśniały, jednak rezultat był bardzo nietrwały i zawsze towarzyszyło mu bardzo silne podrażnienie oka. Do dalszych zabiegów w tym kierunku autor zaleca wodan lityny (Lithium hydroxyd = Li OH), jako mniej drażniący oko.

Na zakończenie autor wyprowadza ze swej pracy wniosek prak-

tyczny, że przy oparzeniu oka wapnem woda nie tylko nie jest przeciwwskazana, lecz owszem powinna być stosowaną we wszystkich przypadkach, gdyż nie wyrządza żadnej szkody i ma tę wyższość przed wszystkimi innymi środkami, używanymi w celu wymywania z oka resztek wapna, że może być zawsze i wszędzie pod ręką w dostatecznej ilości.

2) Guillery (Archiv f. Augenheilkunde, 1902, pag. 310) znalazł, że chlorek amonu (salmiak,  $\text{NH}_4\text{Cl}$ ) rozpuszcza białkan wapna (Calciumalbuminat) i na tej zasadzie zaczął go stosować w celu wyjaśniania zmętnień rogówki po oparzeniu wapnem. Doświadczenia odbywały się na wyluszczonej gałkach wołów, dalej na oczach żywych królików, a nareszcie na oku mularza, który uległ oparzeniu wapnem już przed kilku miesiącami. Po znieczuleniu oka kokainą autor stosował kąpiele oczne z roztworu salmiaku codziennie po  $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$  godziny. Początkowo brał roztwór 2%, potem coraz silniejszy aż do 20% (po 22 dniach). Oko dobrze znosiło te kąpiele i w końcu (po 3 tygodniach) otrzymano zarówno wyraźne wyjaśnienie plam rogówkowych, jak i też znaczne polepszenie ostrości widzenia.

3) Stutzer (Klin. Monatsblätter f. Augenheilkunde, 1902 marzec) również z pomyślnym skutkiem stosował salmiak w zmętnieniach rogówki po oparzeniu jej wapnem. Używał on stale 2% roztworu, nie podwyższając stężenia, jak to czynił Guillery, i powtarzał kąpiele 2 razy dziennie. *Karol Rothert.*

#### 15. Paweł Petit. Objawy powiekowe i łącznicowe w chorobach wewnątrzczaszkowych. (Annales d'oculistique, sierpień, 1902).

Autor opisuje przypadek porażenia prawej połowy ciała przy prawo-połowicznym niedowidzeniu oraz przy lekkiej „dysarthria”. Nazajutrz po udarze mózgowym prócz wyżej wzmiankowanych objawów rozwinęły się u chorego jeszcze następujące oznaki chorobowe: Powieki prawego oka obrzmiwały, szczególnie dolna powieka, opuchlina powiek wyraźna, gdyż dotyk palcami zostawia dość znaczne ślady, wydatny obrzęk (chemosis) łącznicy, nieznaczna wydzielina, łzawienie i silny światłowstręt. Wrażliwość powiek na dotyk powiększona, drażliwość zaś rogówki i łącznicy zmniejszona. Uciskanie gałki spowodowuje ból. Chory uskarża się na gwałtowne bóle w okolicy pozagałkowej. Rogówka przezroczysta, oddziaływanie źrenice na bodźce swoiste zachowane. Dno oka i ostrość wzroku prawidłowe. Prócz połowicznego niedowidzenia nie dają się zgoła zauważyć żadne inne zmiany we wzroku. Ruchy gałki prawidłowe, nie sprawiają bólu. Powonienie przytępione. Słuch nieupośledzony.—Chory 15 lat temu zapadł na przymiot, gruntownie był leczony, przed 10 laty badał go Charcot i rozpoznał objawy władu rdzenia kręgowego, 8 lat temu przebywał zapalenie tęczówki. Obecnie zastosowano ogólne leczenie szaruchą, a miejscowo morfinę i dioninę. Po kilku dniach objawy powiekowe i łącznicowe ustąpiły z prawego oka, a po 2 tygodniach

wystąpiły w lewym oku w mniejszym już stopniu. Obecnie chory znajduje się na drodze do zupełnego wyzdrowienia, niedowidzenie zmniejsza się.

Petit, zestawiając objawy powyższe i słusznie przypisując przyczynę ich przymiotowi mózgu, zadaje sobie pytanie, co właściwie spowodowało objawy zapalne w okolicy nerwu trójdzielnego? Na to pytanie nie daje odpowiedzi ostatecznej, natomiast stawia hipotezę, że w danym razie, oprócz zmian ogniskowych w klinie płata potylicowego (cuneus) i w torebce wewnętrznej mogła rozwinąć się sprawa zapalna pochodzenia przymiotowego w jednym z naczyń tętniczych, czyto w okolicy korzonka nerwu trójdzielnego, czyto w zwoju Gassera, czy też w tętnicy głównej lub szyjowej z zatorami w art. cerebral. post?—Tak, czy owak, pozostaje faktem, że objawy łącznicowe i powiekowe prędko ustąpiły. Petit, przejrawszy literaturę tego tak zajmującego, zjawiska, znajduje opis podobnych przypadków tylko u Salemi<sup>1)</sup>, który spostrzegł u sześciu obłąkanych podczas napadów obłądki silne przekrwienie łącznicy wraz z powiększeniem się wydzielin. Przy uspakajaniu się chorego objawy te ustępowały. Salemi mniema, że sprawa ta pozostaje w ścisłej zależności od stanu unerwienia naczynio ruchowego.

Morax<sup>2)</sup> spostrzegł u epileptyka podczas napadu objawy podobne do tych, które opisał Salemi. Lecz przypadek, podany przez Petit'a, zasadniczo różni się od przypadków, opisanych przez Salemi'ego i przez Morax'a, gdyż w przypadku Petit'a dały się dostrzegać wyraźne objawy zapalne.

*N. Dawidsohn.*

16. **Roemer. O leczeniu wrzodów rogówki surowicą.** (Bericht d. ophthalmolog. Geselsch. Heidelberg 1902.)

Na posiedzeniu towarzystwa oftalmologów, odbytem 3 sierpnia r. b. w Heidelbergu, Roemer w wymowny sposób i na zasadzie faktycznego materiału dowodził, że walka z wrzodami rogówki jest zadaniem wielkiej wagi społecznej. Zbadawszy 80 przypadków owrzodzeń rogówki pod względem bakteryologicznym, referent doszedł do przekonania, że w 95% tych przypadków przyczyną, wywołującą wrzody, były pneumokoki. W ten sposób Roemer w zupełności potwierdza zdanie, już dawniej wypowiedziane przez Uthoffa i Axenfelda. Roemer idzie nawet dalej, twierdząc, że oko przyjmuje główny udział w sprawie uodpornienia, gdyż ciecz wodna zawiera w sobie substancje uodporniające. Roemer przytacza 8 przypadków wrzodu pełzającego, leczonych surowicą przeciw pneumokokową i we wszystkich tych przypadkach wyniki były doskonałe, w końcu Roemer wyraża nadzieję, że surowicę tę można będzie

1) Archivio di oftalmologia, mai.

2) Traité de pathologie générale de Bouchard, t. VI, p. 297.

zastosowywać i w celach zapobiegawczych.— *A x e n f e l d*, wyrażając swoje uznanie dla pracy *R o e m e r'a*, przypomina, że w celach zapobiegawczych należałoby częściej, aniżeli to dzieje się dotychczas, wyłuszczać worki łzowe przy ropnem ich zapaleniu, a to w celu usunięcia—zbiorników pneumokoków — i w ten sposób nie dozwalać na wytworzenie się wrzodu i ewentualne leczenie go surowicą.

*N. Dawidsohn.*

#### IV. Choroby uszu.

17. *G o m p e r z*. Doświadczenia nad nowemi błonami bębenkowemi sztucznemi. (Z Tow. Otologów Austriackich).

Wszystkie, dotychczas znajdujące się w użyciu, błony bębenkowe sztuczne po części nie odpowiadają celowi swojemu, ponieważ po pewnym przeciągu czasu wywołują ropienie w jamie bębenkowej. Przed 2 laty *G.* wskazywał na celluloid, jako stosowny do wyrobu tych błon, pozostaje on bowiem bez wpływu na śluzówkę jamy bębenkowej, lecz z wielu względów, technicznej szczególnie natury, okazał się on niepraktycznym dla tych celów. Od tego czasu *G.* czynił próby w tym kierunku i szczególnie dobre wyniki otrzymał przy zastrzykiwaniu do jamy bębenkowej wyjąłowanej wazeliny o wysokim punkcie topnienia. Czynił to za pomocą specjalnej strzykawki, zagiętej na wzór kolana, ze srebrną nasadką, przytem stopniała wazelina była w stanie nawpół stałym. Na śluzówkę jamy bębenkowej, przez całe tygodnie nawet, wpływu nie wywierała żadnego, oprócz tego słuch chorych poprawiał się znacznie. Najlepsze zaś wyniki *G.* otrzymał z błon sztucznych, wyrabianych z chemicznie czystego srebra. Stosował on je w formie bardzo cienkich blaszek, okrągło wyciętych, z pozostawieniem u dołu i u góry takiego kółka, wolnego paska  $1\frac{1}{2}$  mm. szerokości i 1 ctm. długości, służącego do podtrzymania blaszki pincetką.

Tam gdzie błony bębenkowe sztuczne, wyrabiane z różnych innych materyałów, okazały się niepraktycznemi, we wszystkich tych przypadkach srebro nie wywoływało żadnej reakcyi, przez najdłuższy czas nawet.

*G.* zwraca jeszcze uwagę, że oprócz wyjąłowania samych tych błon srebrnych i przyrządów używanych do ich zakładania, starannie oczyścić należy i przewód zewnętrzny, w tym celu *G.* używa alkoholu i eteru i przysmarowuje przewód zewnętrzny aż do brzegu pozostałej błony bębenkowej olejkiem mentolowym z wazelina.

Usuwać się dają te błony sztuczne za pomocą przeszprycowania ucha.

*Alfred Heiman.*

18. Suné y Molist. **Stosowanie środków lekarskich w zapaleniach ropnych ucha środkowego z zajęciem jamy sutkowej.** (Autoreferat. Internationales Centralblatt für Ohrenheilkunde Nr. 2. 1902).

Autor dzieli przypadki ostrych zapaleń ucha środkowego na trzy rodzaje: 1) Otitis catarrhalis. 2) Otitis media suppurativa, w którym to cierpieniu zajęta jest tylko błona śluzowa; przekłucie resp. przedziurawienie samoistne błony bębenkowej usuwa ból w zupełności. 3) Otitis media suppurativa z zapaleniem okostny; bóle trwają i po perforacyi w błonie bębenkowej. Wyciek ropny jest obfity; bóle zwiększają się na noc i nie ustępują przy największych nawet dawkach kokainy, karbolu z gliceryną i rozszerzeniu otworu w błonie bębenkowej. Natomiast salicylan sodu w dawkach po 0,5 grm. co godzina (do pojawienia się szumu w uszach i halucynacyi) sprowadza zupełną ulgę w przeciągu 4 lub 5 godzin. Pryszczyciło, postawione dnia następnego na wyrostku sutkowym, gwarantuje pomyślne zejście całej sprawie zapalnej. Całe to postępowanie lekarskie zasadza się na działaniu salicylanu sodu i pryszczyci w ostrym reumatyzmie stawowym. Autor przedstawia więcej jak 50 przypadków, wyleczonych tym jedynie sposobem. Jako środek miejscowy stosuje oprócz tego antyseptyczne przemywania ucha roztworem Alumin. sulfur. i chloralhydratu.

*Alfred Heiman.*

## V. Choroby weneryczne.

19. **Choroby weneryczne w ciepłych krajach.** (Archiv. f. Tropen—und Schiffshygiene. 1902. D. M. W.)

W Grecyi był przymiot aż do 1821 bardzo rzadkiem zjawiskiem; przebieg tej choroby nie przedstawia tam żadnych osobliwości. Wiądrzenia spotyka się rzadko. Bezwład postępowy natomiast częściej, wraz z rozprzestrzenieniem przymiotu. W Turcyi rozprzestrzenił się przymiot dopiero od czasu wprowadzenia obowiązkowej służby wojskowej, t. j. od 1831 r. Nader często zdarzają się tu przypadki syphilis insontium. Wiądrzenia i bezwład spotykają się nader rzadko. W Arabii i Persyi bywa przymiot dość często. W Indyach choruje na przymiot 15% armii angielskiej, która zaraża się od niższych warstw ludności miejscowej. W południowej i wschodniej Azji przymiot grasuje pomiędzy wszystkimi ludami, nie przedstawia jednakże nic osobliwego. Na uwagę jednakże zasługuje, że wszędzie, u wszystkich niecywilizowanych ras i szczepów zaburzenia w układzie nerwowym, szczególnie później (wiądrzenia, bezwład) nie spotykają się zupełnie. To samo rzecz można o chorobach naczyń. Wrzód miękki bywa względnie rzadko, rzeżączka natomiast wszędzie często. W górnym Tonkinie oraz w oddzielnych miejscowościach archipelagu holendersko-indyjskiego przymiot miejscami zupełnie nie istnieje; uwa-

żają go za chorobę zawleczoną przez Europejczyków. W Japonii w Kioto na 12093 chorych, 565 chorowało na przymiot, 206 na wrzód weneryczny, 344 na rzeżączkę. Na 6034 chorych poliklinicznych 21,8% miało szankra z bubonami lub bez, 9% przymiot konstytucjonalny; fagadena spotyka się często, objawy trzeciorzędne występują wczesnie. Wiad rdzenia i dementia bywają rzadko; natomiast choroby naczyń często. U Europejczyków przymiot i rzeżączka mają przebieg ciężki, jeśli nabyte zostaną w Azji Wschodniej. Również i w Algierze przymiot u Europejczyków ma przebieg ciężki. U Kabyłów i Arabów przymiot jest dość rozprzestrzeniony. Zewnątrzplciowe zarażenie często występuje wobec upodobania do pederastyi. Wiad rdzenia i bezwład postępowy i tu rzadko się napotyka. Cała Afryka południowa jest mocno zarażona; zdaje się, że przez przybyszów. Livingston utrzymuje, że za jego czasów kraj Beczuanów wolny był jeszcze od przymiotu. W zatoce Gwinejskiej Kamerun, jak dotąd, stanowi jeszcze wyjątek, gdyż tam bywa przymiot bardzo rzadko. Za to rzeżączka jest bardzo rozprzestrzenioną. W Australii przymiot nie jest zbyt rozprzestrzenionym, natomiast tryper napotykanym bywa nader często. W Nowej Gwinei wszystkie choroby weneryczne są zupełnie nieznanne, a to wskutek tego, że kobiety miejscowe wstrzymują się od stosunków z cudzoziemcami. W Ameryce panuje przymiot w Kalifornii i Meksyku ogólnie i to pod postacią nader ciężką, szczególnie dla Europejczyków. W Nikaragua 17% ludności męskiej i 50% kobiecej dotknięty jest przymiotem. Indianie mieszkający w lasach wolni są od tej choroby. W całej Ameryce południowej grasują choroby weneryczne we wszystkich miejscowościach. Murzyni zarażają się rzadziej i chorują łżej. Przymiot dziedziczny spotyka się często. Wiad rdzenia i bezwład napotyka się rzadko, częściej choroby naczyń. Najwięcej rozprzestrzeniona jest rzeżączka.

H. K.

## VI. Wiadomości terapeutyczne.



### 20. (hul) **Dermatoses pruriginosae.**

Bouveyron skonstatował, że faradyzacja uśmierza swędzenie, podobnie jak prąd stały; ma jednak tę przewagę, że nie wymaga kosztownych i skomplikowanych przyrządów: wystarcza tu zwykła indukcyjna maszynka wraz z elektrodami. B. stosował prąd przerywany z dobrym wynikiem w rozmaitych cierpieniach skórnych, połączonych ze swędzeniem

(eczema, lichen, pityriasis rubra); w dwóch tylko przypadkach świadku starczego rezultat był niepo-myślny. Uśmierając swędzenie, faradyzacja sprzyjała tem samem wyleczeniu cierpienia. Dodajmy do tego, że anoda, jak się wydaje, sprawia nieco wyraźniej uśmierza jący efekt, niż katoda. (La Sem. Méd., 1902. № 25).

### 21. (hul) **Dysuria.**

Schröu, będąc zawezwany do przypadku zatrzymania moczu

u 59-cioletniego osobnika z przerostem gruczołu krokowego, wpadł na następujący pomysł, po bezowocnych usiłowaniach wprowadzenia do pęcherza rozmaitych cewników: po połączeniu kateteru za pomocą długiej rurki kauczukowej z napełnionym ciepłą wodą rygatorem, wprowadził cewnik aż do umiejscowienia przeszkody; następnie, gdy irygator został podniesiony, pęd płynu otworzył drogę instrumentowi, który skutkiem tego posunąć można było do pęcherza. Gdy cewnik jest już w pęcherzu, należy przerwać spływanie wody z irygatora, w celu uniknięcia wzmożenia się cierpienia wewnątrz pęcherza. (La Sem. Méd., 1902, № 29).

#### 22. (hul) **Erythema fugax nasi.**

Podług B r u c k'a, przekrwienie nosa, występujące u niektórych osób z najbliższych przyczyn, szybko znika pod wpływem benzyny. W tym celu B. radzi nasycić benzyną złożony na kilka części kompres z gazy i przyłożyć go na kilka sekund na przekrwione miejsce nosa. Z powodu szybkiego parowania benzyny skóra nosa blednie. Zabieg powyższy może być stosowany również z powodzeniem w celu zapobiegawczym, a mianowicie wówczas, gdy pacjent, znając z doświadczenia okoliczności wywołujące rumień, przewiduje wystąpienie tego cierpienia. Samo się przez się rozumie, że benzyna wskazana jest również w erythema fugax innych części ciała. (La Sem. Méd., 1902, № 29).

#### 23. (hul) **Erysipelas.**

T a l a m o n otrzymał w zapaleniu płuc dodatnie wyniki od surowicy przeciwbłoniczej. Niedawno zaproponowano tę surowicę w innych cierpieniach zakaź-

nych, w szczególności zaś w róży. S z a p i r o wypróbował ją w ciężkim przypadku róży, w którym smarowania 20% maścią ichtyolową, jak również zażywanie chininy pozostawały bez skutku, tymczasem, gdy pod wpływem dwóch zastrzyknięć podskórnych 10 ctm. sześć. surowicy szybko nastąpiła poprawa i, co zatem idzie, kompletne wyleczenie. U w i e t a j e w stosował również z powodzeniem surowicę przeciwbłoniczą w 2 przypadkach róży. (La Sem. Méd., 1902, № 40).

#### 24. (hul) **Folia uvae ursi.**

M e i j e r s opisuje przypadek idiosynkrazji do tego środka, uważanego dotychczas za bezwzględnie nieszkodliwy. Przypadek dotyczy chorej 48-letniej, której M. z powodu zapalenia pęcherza zalecił odwar z liści mącznicy w stosunku 30 grm. na 300 grm. wody; chora przyjęła 2 łyżki tego odwaru, jedną popołudniu, drugą zaś wieczorem. Następnej nocy obudziła się z dusznicą, nudnościami i wymiotami. Nazajutrz zrana dusznica trwała w dalszym ciągu, tętno zaś było małe i niemiarowe; w dodatku była sinica i oprócz tego na twarzy, piersiach i grzbiecie wystąpiła wysypka, przypominająca pokrzywkę. Po południu objawy powyższe wzmogły się, skutkiem czego autor zalecił chorej nalewkę strophanthi. Wieczorem stan się poprawił, następnego zaś ranka chora czuła się zupełnie dobrze. W 3 dni potem wysypka znikła. Badanie chemiczne odwaru nie wykazało żadnych nie-normalnych składników. Nadmienić tutaj należy, że L e w i n już dawniej opisał przypadek wrażliwości na liście mącznicy, niepołączony jednak z objawami otrucia. (La Sem. Méd., 1902, № 31).



### 25. (hul) **Hydrogenium hyperoxydatum.**

Nadtlenek wodoru stosują z powodzeniem do odbarwienia włosów, jak również przeciwko piegom. Gallois przekonał się, że środek ten ma oprócz tego własność niszczenia włosów nie normalnie zabarwionych. Stosuje go G. w sposób następujący: po zmoczeniu tamponu z waty nadtlenkiem wodoru, przykładają go na kilka minut na miejsce, wymagające eplacyi. Pod wpływem tego zabiegu, powtarzanego codziennie, włosy tracą barwę i przemieniają się w niedający się dostrzedz puszek. Po stosowaniu tego środka przez długi przeciąg czasu następuje zniknięcie włosów, które ulegają złamaniu, lecz nie zniszczeniu doszczętnemu.

Zabieg ten ma tę wyższość nad sposobami zwykle stosowanymi w nadmiernym poroście włosów (epilacya za pomocą instrumentów, preparaty epilacyjne etc.), że jest prosty, niebolesny i nie wywołuje podrażnienia. (La Sem. Méd., 1902, № 42).

### 26. (hul) **Hyperydrosis pedium.**

Stefanovsky na podstawie swych doświadczeń twierdzi, że nacierania podeszwy stopy zwyyczajnym mydłem są najlepszym sposobem przeciwko cuchnącym potem. Zabieg ten wyprobowany już był z powodzeniem przez Gorodzev'a. S. postępuje w sposób następujący: z początku każe zmyć stopy zwyčajną wodą, następnie zaś nacierać lekko podeszwy mydłem, zwilżanem wodą; po upływie 1 lub 2 minut, gdy warstwa mydła jest prawie sucha, chory wkłada skarpetki i obuwie. Zabieg powyższy należy powtarzać 3 razy tygodniowo bez zmiany, z wyjątkiem mycia stóp, które

przed następnymi nacieraniami może być zaniechane. S. stosował sposób omawiany w 20 przypadkach nadpotliwości nóg, przyczem zawsze konstatował pod wpływem leczenia zupełne zniknięcie przykrego odoru potu, jak również słabsze wydzielanie się tegoż. Wcierania powyższe sprawiają nieraz nieprzyjemne uczucie wilgoci, można jednak łatwo tego uniknąć, starając się nie wcierać w przestrzeniach międzypalcowych, jak również wytwarzać na stopie dosyć cienką warstwę mydła. Nacierać należy tylko miejsca opierające się na ziemi, t. j. piętę, spód wielkich palców u nóg i przednią część podeszwy. (La Sem. Méd., 1902, № 43).

### 27. (hul) **Hypertrophia prostatae.**

Dobre wyniki, otrzymane przez Jaboulay'a w leczeniu wola za pomocą obnażenia gruczołu tarczowego, zachęciły tego autora do stosowania metody powyższej w przeroście gruczołu krokowego. Starcowi 69-cioletniemu z silnie przerośniętym gruczołem przyprątym, którego to starca codziennie cewnikowano i przemywano mu pęcherz (pyuria), J. dokonał cięcia półkolistego przedprostnicowego (incision prérectale), sięgającego do tylnej powierzchni gruczołu. Następnie do rany z prawej i lewej strony gruczołu J. włożył paski z gazy aseptycznej, które pozostawały na miejscu w ciągu 12 dni. Po miesiącu gruczoł był już w zaniku i spłaszczony, urynowanie zaś było bez trudności. Takiej samej operacji autor dokonał na 74-letnim starcu, poprawa jednak tutaj była mniej pomyslna, cewnikowanie zaś i nadal okazało się niezbędnem, aczkolwiek rzadziej, niż poprzednio. Pomimo to, że zanik otrzymany

na drodze operacji wspomnianej nie był kompletny, obnażenie gruczołu krokowego w przypadkach przerostu tegoż zasługuje na wyprobowanie. (La Sem. Méd., 1902, № 28).

### 28. (hul) **Lupus.**

Seatchard otrzymał kompletne wyleczenie wilka nosa za pomocą pędzłowań 40% aldehydem mrówczanym i gliceryną aa. Matteucci dokonał szeregu prób nad stosowaniem formaliny po wyskrobaniu miejsc dotkniętych wilkiem. W ciągu pierwszych dni po wyskrobaniu M. ogranicza się tylko na oczyszczaniu rany, i dopiero piątego lub szóstego dnia zaczyna stosować formalinę, a mianowicie mieszaninę z 5-ciu grm. 40% aldehydu mrówczanego na 50 grm. czystej gliceryny. Po znieczuleniu rany kokainą, kładzie na nią kompres z gazy, zmoczonej gliceryną formalinową i pozostawia go na miejscu przez 24 godzin; opatrunek zmienia codziennie. W końcu drugiego tygodnia brzegi rany zaczynają się zblizniać, w następstwie zaś cała powierzchnia rany pokrywa się blizną. Nawroty występują bardzo rzadko. (La Sem. Méd., 1902, № 40).

### 29. **Nart. bicarbonicum.**

Brunton przekonał się, że *dwuwęglan sodu ma własność uśmierzania bólu*. Cierpiąc na wrzodzianki na ręce, B. zauważył, że najboleśniejsze one były na 3 lub 4 godziny po przyjęciu posiłku, t. j. wówczas, gdy wyraźnie zmniejsza się alkaliczność krwi w następstwie wessania kwasu solnego, wydzielającego się podczas trawienia. Ze względu na to B. zażywał dwuwęglan sodu po pół łyżki stołowej lub po łyżeczkę od kawy, i to sprawiało

mu ulgę. Pomyślniejsze jednak rezultaty osiągał wówczas, gdy zamiast zażywania sody per os, stosował ją w roztworze wprost na wrzodzianki, pod wpływem bowiem tych zabiegów bóle uspokajały się po 5 minutach. B. przy tej sposobności przypomina, wychwalany przez Duckworth'a, sposób na bóle zębów, polegający poprostu na przyłożeniu do dziąsła lub też na włożeniu do próżni zęba spróchniałego tamponu, zawierającego dwuwęglan sodu, lub też polegający na płukaniu ust roztworem tego środka. Na mocy danych powyższych B. zapytuje, czy nie należało by stosować dwuwęglanu sodu i dwuwęglanu potasu w nerwobólach. (La Sem. Méd., 1902, № 43).

### 30. (hk) **Orexinum tannicum.**

D-r C. v. Wild zaleca orexinum tannicum przeciwko chorobie morskiej. Dawka 0.3—0.5 w  $\frac{1}{4}$  litra płynu (buljonu) na 2 godziny przed wejściem na pokład—pozem radzi autor spożyć obfity obiad. W dłuższych podróżach radzi autor powtarzać tę dawkę jeszcze kilkakrotnie przed jedzeniem. (Archiv. für Schiffs- und Tropenhyg. 1902).

### 31. (hul) **Preparaty salicylowe.**

Lüthje, w celu zbadania wpływu preparatów salicylowych na drogi moczowe, dokonał szeregu doświadczeń na 33-ch osobnikach, dotkniętych cierpieniami gościeco-wemi. Przed rozpoczęciem leczenia dokonywany był rozbiór moczu u wszystkich tych chorych w celu upewnienia się co do braku tam składników nieprawidłowych; następnie L. zalecał albo salicylan sodu od 3 do 5 grm. dziennie, rozdzielanych na 3 dawki, zażywane w odstępach godzinnych, albo też salol 3 lub 4 razy

dziennie po 1,0. Podczas leczenia mocz często był badany, po ukończeniu zaś kuracyi rozbiór był dokonywany aż do czasu zniknięcia nienormalnych składników. Otóż, badania powyższe wykazały, że żaden z chorych nie był wolny od zmian w moczu, które były następstwem przyjmowania preparatów salicylowych: bardzo często konstатовane było białko, jak również białe i czerwone ciała; oprócz tego stale prawie widywano komórki przybłonkowe, pochodzące ze wszystkich okolic narządu moczowego, waceczki zaś, jak ziarniste, tak i szkliste L. spotykał stale. Wreszcie, zawsze niemal widywał mnóstwo kryształków szczawianu wapnia. Im większą była dawka lekarstwa i im bliższe odstępy czasu, w których było ono przyjmowane, tem wybitniejsze były objawy podrażnienia nerek. Objawy te, dowodzące stanu zapalnego tychże, występowały od początku leczenia i trwały długo po zupełnem zaniechaniu kuracyi, wówczas nawet, gdy nie znajdowano w moczu ani śladu kwasu salicylowego. I rzeczywiście, po upływie 2 do 4 dni od czasu przerwy w leczeniu, nie można było wykryć w moczu kwasu salicylowego, tymczasem, gdy nieprawidłowe składniki istniały tam przeciętnie dwa tygodnie od ukończenia kuracyi. Obok składników uorganizowanych, pochodzących z nerek, znajdowano w moczu osobników, poddanych leczeniu salicylowemu, elementy, wytwarzane w pęcherzu, cystoskop zaś stwierdzał znaczne podrażnienie błony śluzowej tegoż. Wreszcie, moczowody nawet przyjmują udział w sprawie zapalnej, o ile sądzić można było z łatwości krwawień, powstających od cewnikowania

tychże. Wobec spostrzeżeń powyższych L ü t h j e sądzi, że należy wyrzec się długotrwałego zalecania wszelkich preparatów salicylowych i stosować je tylko w ostrych cierpieniach gośćcowych; przytem dawka dzienna nie powinna przewyższać 4—5 grm., środek zaś nie powinien być podawany dłużej, niż 3 do 4 dni. (La Sem. Méd., 1902, № 41)

### 32. (hul) **Purpura haemorrhagica.**

Alguine w przypadku choroby Werlhof'a u 24-letniego osobnika, po otrzymaniu ujemnego wyniku od stosowanych w tem cierpieniu wszystkich niemal środków leczniczych, zwrócił się do zastrzyknięć podskórnych rozczyntu fizyologicznego chlorku-sodu. Skutek uwidocznił się już po pierwszym zastrzyknięciu (około 500 ctm. sześć.), po upływie bowiem 3-ch godzin A. zauważył znaczne zmniejszenie krwi w moczu, po 5-ciu zaś następnych godzinach zaczęło ustępować krwawienie w spojówkach powiekowych. Po 2-ch następnych zastrzyknięciach (300 i 500 ctm.), dokonanych w 3-dniowych odstępach, wylewy krwawe wszędzie się wstrzymały, wybroczyny podskórne zaczęły się wsysać, stan zaś ogólny szybko się poprawił. A. sądzi, że w przypadku opisanym zastrzyknięcia te przyspieszyły wydostanie się z organizmu przez nerki, skórę i kiszki toksyn mikrobowych, choroba bowiem Werlhof'a jest, prawdopodobnie, pochodzenia zakaźnego (Kolb, Finkelstein etc.). Gdyby próby innych zgodne były z rezultatem otrzymanym przez Alguine'a, zastrzyknięcia rozczyntu fizyologicznego chlorku-sodu w tem cierpieniu zasługiwałyby na pierwszeństwo przed iniekcjami

żelatyny, które, aczkolwiek skuteczne w płamicy krwawej, nie są jednak wolne od niedogodności. (La Sem. Méd., 1902, № 43).

## VII. BIBLIOGRAFIA.

33. W. Biegański i A. Sokołowski. **Dyagnostyka różniczkowa chorób wewnętrznych.** Warszawa 1903. Wydanie 3.

Stoimy wobec nader rzadkiego u nas faktu: 3-go wydania dzieła lekarskiego oryginalnego w naszym języku, dwa poprzednie wydania w ciągu lat kilku zostały rozchwywane, liczne zapotrzebowanie wywołało wydanie 3-cie.

Sam fakt ten dowodzi, że dzieło to zyskało sobie powodzenie niebywale, że odpowiada zupełnie swemu celowi i potrzebom czytelnika, uwalnia nas więc od pochwał, w danym razie zbyt licznych. W wydaniu 3-ciem przerobiono rozdziały o zapaleniu płuc, chorób mięśnia sercowego, białaczki i zapalenia rdzenia, uzupełniono rozdział o chorobach trzustki, dodano przegląd chorób Banti'ego i Barlow'a.

Ale pozatem autorzy uwzględnili całą literaturę współczesną, głównie rodzimą aż do r. z., nie tylko więc dają dokładne pojęcie o przedmiocie, ale zarazem wskazówki bibliograficzne najnowsze, dotyczące danej kwestyi.

Nie będę wdawać się tu w ocenę drobiazgową danej pracy, uczyniliśmy to przy 1-szem i 2-gim wydaniu, nadmienię tylko, że stanowi ona ze względu na swój układ nawskroś oryginalną pracę, niezmiernie pożyteczną dla lekarza praktyka, że nie jest bynajmniej owem osławionem compedium, ale uczy myśleć i zastanawiać się, ma więc wartość nie tylko informacyjną, ale i dydaktyczną.

Jak wiadomo, choroby odcinka górnego dróg oddechowych są pióra A. Sokołowskiego, rozdziały pozostałe opracował Biegański.

Rzecz wydana została nakładem autorów, którym szczerze życzymy, aby wkrótce przystąpić musieli do 4-go wydania.

J. Zawadzki.

34. L. Forsteter. **Tablice poglądowe do dyagnostyki wad zastawek serca** dla użytku lekarzy praktyków i studentów. Warszawa 1903.

Ktokolwiek studiował choroby serca w początkach swej działalności, pamięta, jak trudno było mu wyjść z piętrzących się trudności przy zdawaniu sobie sprawy z wrażeń słuchowych, trzeba dużego materiału i dobrego przewodnika, aby pokonać następujące się tu trudności. Autor starał się usunąć te niedogodności przez uzmysłowienie za pomocą tablic poglądowych, wybornie wykonanych, krwiobiegu oraz różnych faz działalności zdrowego i chorego serca.

Do tablic tych dodał krótkie objaśnienia, w których rozpatruje fizyologię i anatomię serca, badania kliniczne narządów krążenia, wady zastawek serca, tętno oraz choroby mięśnia sercowego, nerwice i t. p.

Trudno nam streszczać pracę na tem miejscu, nie podaje ona zresztą faktów nowych, ale zato znane już grupuje zupełnie celowo i poglądowo.

Tu i owdzie spotykamy niektóre nieściśności w określeniach oraz brak starannej korekty językowej, na ogół jednak bynajmniej nie zmniejszają one wysokiej dydaktycznej wartości pracy.

Autor wiele włożył zachodów w tablice, ujawnił bardzo wiele pomysłowości w uzmysłowieniu graficznem czynności prawidłowych i chorobowych serca, należy mu się za to wielkie uznanie, tem większe, że warunki, w jakich pracował, nie sprzyjają tego rodzaju pracy.

Mamy nadzieję, że tablice znajdują się w rękach wszystkich lekarzy praktyków.

*J. Zawadzki.*

35. —z— Wyszedł z druku odczyt kliniczny kol. Józefa Jaworskiego o **surowicy przeciwpacjorkowcowej oraz stosowaniu jej w gorączce połogowej**. Autor wyczerpał w nim dotychczasowe poglądy na tę sprawę, to też wkrótce podamy o niej obszerniejszą wzmiankę.

## KRONIKA BIEŻĄCA.



*Dnia 15 stycznia 1903 r.*

—z— Medyceyna wkroczyła w 31 rok wydawnictwa, i z tego powodu w numerze 1 kol. Srebrny kreśli rys historyczny wydawnictwa. Gazeta Lekarska liczy lat 38 wydawnictwa, a pismo nasze w r. p. wkroczy w 25 rok od chwili swego otwarcia. Najstarszem pismem lekarskiem polskim jest Pam. Tow. Lekarskiego oraz Przegląd lekarski (41 lat). Wszystkie inne pisma liczą mniej niż  $\frac{1}{4}$  wieku, a w ostatnim dziesiątku lat powstały: Czasopismo lekarskie, Krytyka lekarska, Pamiętnik chirurgiczny, Archiwum polskie, Biblioteka lekarska. Nadmienić wypada, że uzyskano koncesye na wiele innych pism, ale do skutku nie doszły. Również w ostatnim dziesiątku lat powstały pisma: Przegląd dentystryczny, Farmaceuta polski i Przegląd felczerski o zakresie specjalnym. Z notatki tej widzimy, że pisma nasze mimo szczupłego stosunkowo grona czytelników utrzymują się, dzięki ofiarności jednostek i pracy darnej lub prawie darnej licznej już dziś rzeszy autorów, ku pożytkowi nauki polskiej, nie dając zamilknąć pracownikom na polu naszej gałęzi wiedzy, co kiedyś, niewątpliwie, potomność na karcie zasług pokolenia obecnego zapisze.

To spełnienie obowiązku jest dźwignią, która do orania niezbyt wdzięcznej niwy pobudza liczne, na szczęście, dziś jednostki, które oby jaknajwiększą liczbę znalazły naśladowców.

—z— W początku b. m. otwarty został nowy zakład dla chorób kobiecych kol. Czesława Stankiewicza. Kol. Stankiewicz poprzednio praktykował w Łodzi, i był wydawcą Czasopisma lekarskiego aż do r. z., w którym opuścił Łódź i osiadł w Warszawie. Odtąd licznymi spostrzeżeniami z ginekologii operacyjnej dał się poznać kolegom warszawskim.

Zakład znajduje się w zamieszkałej oficynie domu przy ul. Złotej i to jest jedyną jego wadą, po zatem bowiem jest urządzony tak wybornie, że za wzór dla tego rodzaju zakładów służyć może.

Na parterze urządzono ambulatoryum z salką operacyjną, laboratoryum, aparatami sterylizacyjnymi i t. p., skąd winda prowadzi na 4 piętro, gdzie urządzono zakład. Pokoje dla chorych w różnych cenach (od 2—6 rb. dziennie) urządzono po obu stronach obszernego korytarza, oświetlonego z góry przez całkowicie szklany sufit. W końcu korytarza znajduje się sala opatrunkowa, a obok niej ze światłem bocznem i górnem sala aseptyczna urządzona bardzo dobrze i wybornie odpowiadająca celowi. Sala ta nie posiada żadnych załamów, żadnych występów, nawet kłapy od wentylatora przylegają ściśle, a powietrze przez nie wprowadzane filtruje się przez watę. W sali operacyjnej niema żadnych sprzętów, dopiero w chwili operacji wnosi się stół operacyjny wraz z chorym.

Na drugim końcu korytarza są urządzenia gospodarcze, a po drugiej stronie klatki schodowej pokój izolacyjny dla chorych zakaźnych, który komunikuje się z zakładem tylko za pośrednictwem telefonu.

Pomijamy drobniejsze urządzenia, zbyt wiele bowiem zajęło by nam to miejsca, sądziny jednak, że zakład wart jest zwiedzenia wobec urządzeń celowych, dobrze obmyślanych i stojących na wysokości wymagań współczesnych.

—hk— Rzeczpospolita argentyńska poleciła pewnemu fabrykantowi zapalek do każdego pudełka dołączać instrukcję przeciwko rozszerzaniu się i zapobieganiu gruźlicy. Fabrykant ów wypuścił już 3<sup>1</sup>/<sub>2</sub> mil. podobnych paczek. (Deut. Med. Woch. 1902).

—z— Na prezesa Tow. lekarskiego warszawskiego wybrany został na r. b. kol. T. Dunin, na wiceprezesa kol. Kamocki, na sekretarzy kol.: Stan. Kopyński i Brudziński wszyscy ponownie.

—z— Na prezesa Tow. lekarskiego krakowskiego wybrano prof. Nowaka, na wiceprezesa prof. Rosnera, na sekretarza stałego dr. Borzęckiego, a na dorocznego kol. Dobrowolskiego.

—z— Kol. Bol. Motz, którego pracę niedawno drukowaliśmy w *Kronice*, otrzymał w Paryżu nagrodę za najlepszą pracę z działu urologii w r. z.

—z— Kol. W. Bugel, nasz korespondent paryski, znany ze swych prac nad historią medycyny, nadesłał nam odczyt swój: *Mickiewicz et la littérature populaire*.

—D— Dyrektorem zakładu dla obłąkanych w Kulparkowie pod Krakowem mianowany dr. Władysław Kohlberger, dotychczas lekarz oddziałowy tegoż zakładu, wychowaniec Uniwersytetu Jagiellońskiego, znany z prac psychiatrycznych, ogłaszanych w Przeglądzie lekarskim i niektórych pismach lekarskich warszawskich.

---

## Z M A R L I.

---

W Paryżu: d-r Panas, b. profesor okulistyki na wydziale lekarskim w Paryżu. Grek z pochodzenia, urodzony 30/1 1832 r. na wyspie Cefalonii, był uczniem Nèlatona, otrzymał stopień doktora w r. 1860, został w r. 1863 docentem, następnie chirurgiem po kolei w szpitalach Bicêtre, Broki, St. Antoniego, St. Ludwika, w Hôtel Dieu, wreszcie w r. 1879 profesorem okulistyki.

D-r Albert Hénoque, zastępa dyrektora w laboratorium fizyki biologicznej w Collège de France, wiceprezes Towarzystwa biologicznego w Paryżu, autor cennych prac, odnoszących się do spektroskopii krwi.

D-r Stefan Garlicki dnia 9 b. m. w Pilicy (gub. Kieleckiej), w wieku lat 31. Padł ofiarą swego powołania, zaraziwszy się od pacjenta tyfusem plamistym.

---

## Od Administracji.

---

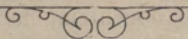
Na mocy układu z wydawcą **Biblioteki lekarskiej**, prenumeratory **Kroniki lekarskiej** mogą otrzymywać to pismo, zawierające podręczniki oryginalne i tłumaczone ze wszystkich gałęzi wiedzy naszej, za cenę zniżoną, zamiast rb. 8 rubli 7 rocznie w Warszawie i zamiast 10 rs. z przesyłką za rubli 8 rocznie, o ile wniosą do administracji naszej **przedpłatę zgóry za rok**.

Tym sposobem przedpłata **Kroniki lekarskiej** wraz z **Biblioteką lekarską** wynosi w Warszawie rubli 14 rocznie, z przesyłką rb. 16 rocznie.

Z tych samych udogodnień korzystają prenumeratory **Biblioteki lekarskiej**, którym pismo nasze przesyłać

będziemy za cenę rb. 6 rocznie w Warszawie i 7 na prowincyi.

Przedpłatę na oba pisma przyjmuje administracya naszego pisma (Marszałkowska 99 dr. Sierpiński) i administracya Biblioteki lekarskiej (Orla 5. Dr. J. Zawadzki).



---

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

---

Дозволено Цензурою. Варшава, 2 Января 1903 г.