

# KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

SPIS RZECZY: **Prace oryginalne.** I. D-r W. Żenczykowski. Przyczynek do zaburzeń mowy w porażeniu dziecięcym pochodzenia mózgowego—str. 115. II. D-r Kazimierz Dudrewicz. Powikłania spraw ropnych ucha środkowego (c. d.)—str. 120.

III. Dział sprawozdawczy: I. Chirurgia. 59. Bergmann. Pierwsza pomoc na polu bitwy—str. 128. 60. Angerer. O wydobywaniu kul z jamy czaszk.—str. 129. 61. Kehr. Przyp. szer. resekcyi ductus choledochi z powodu raka—str. 130. 62. Labey. O zabiegu chirurg. w ciężkich postaciach zapal. okrężnicy—str. 131. 63. Wolff. W jaki sposób można niedopuszczyć do wytworzenia się przepukliny brzusznej po laparotomii?—str. 133. 64. Kozłowski. Nowy sposób zastosow. znieczul. rdzen.—str. 134. II. Choroby kobiet i akuszerya. 65. Waasbergen. Powikłanie ciąży wadą sercową—str. 135. 66. Herman. Cukromocz i ciąża—str. 136. 67. Schultze. Ginekol. w zakł. dla umysł. chorych—str. 137. 68. Kaiser. W kwestyi przedkrocie rozszerz. szyi macicznej podług Bossi'ego—str. 138. 69. Paoli. Wybór operacji w ciężkich przyp. eklampsy—str. 138. 70. Veit. Leczenie eklampsyi—str. 139. 71. Krönig. Obustronne podwiązanie aa. hypogastricae i ovaricae w celu leczenia paliatywnego raka macicy—str. 139. III. Choroby weneryczne. 72. Zeissl. Cierpienia ukł. chłon. w rozm. okresach przymiotu—str. 140. IV. Choroby nosa. 73. Grünwald. Współczesne poglądy na katar śmierdzący nosa—str. 144. 74. Kafemann. Przyp. ciała obcego w retronasum—str. 145. 75. Wolff. O wrodz. kostnem zamknięciu choan—str. 145. 76. Kassel. Przyp. nerwow. bicia serca—str. 146. V. Bibliografia—str. 147. Czasopisma polskie w styczniu—str. 148. VI. Odcinek—str. 150. Kronika bieżąca—str. 153. Nekrologia—str. 156. Zmarli—str. 158. Ogłoszenia.

Sommaire du Nr. 4. I. D-r W. Żenczykowski. Sur les troubles d'origine cérébrale de la parole dans la paralysie infantile—p. 115. II. D-r K. Dudrewicz. Sur les complications des alterations purulentes d'oreille moyen—p. 120.

I. Z Warszawskiego Zakładu d-ra Oltuszewskiego. Dla zbroceń mowy oraz cierpień jamy nosowo-gardzielowej.

## PRZYZYNEK DO ZABURZEŃ MOWY W PORĄŻENIU DZIECIĘCEM POCHODZENIA MÓZGOWEGO.

Podał

Wł. Żenczykowski  
asystent szpitala Dz. Jezus.

Jak wiadomo, pod ogólnem mianem porażeń mózgowych wieku dziecięcego pojmujemy zbiór najróżnorodniejszych objawów klinicz-

nych, poczynając od jednostronnych lub obustronnych porażeń, sztywności ogólnej lub paraplegicznej, atetozы przewłocznej, jednostronnej lub obustronnej płasawicy, kończąc na padaczkę i zupełnym braku wszelkiego rodzaju zaburzeń ruchowych. Przypadki ostatniego rodzaju rozpoznajemy na zasadzie wywiadów, zaburzeń mowy oraz upośledzenia inteligencji.

Poniżej podany przypadek należy do kategorii ogólnej sztywności.

Chory Mom. J., l. 9, syn szewca, zgłosił się pierwszy raz do zakładu w 97/98 r., ponownie zaś w celu leczenia 6/V 1901 r.

Ojciec narwany, alkoholik, przymiotu nie przebywał. Babka ze strony matki cierpi na napady obłąkania. Matka podlegała krzywicy. Porody odbywała bardzo ciężko: 2 razy była stosowana embryotomia, a dwa razy kleszcze. Z 5 dzieci pozostał tylko nasz pacjent, pochodzący z bliźniąt. Urodził się dość ciężko, ale bez pomocy lekarskiej. Od 10 miesiąca do roku trzeciego przebywał czterokrotnie zapalenie płuc z drgawkami, które potem dość często się powtarzały. Ostatni raz był napad drgawek 4/IV i 12/IV 1901 r. Atak trwał 10 minut i charakteryzował się, podług opowiadań rodziców, utratą przytomności, zaciśnięciem rąk oraz stawianiem oczu kołem. Chory zaczął chodzić w 2 roku, a zwracać uwagę na otoczenie w 4-ym. Podobno rozumiał mowę już od 4-go roku. Zanieczyszczał się do 5-ego roku. Przy czynnościach używał przeważnie ręki lewej. Ślini się dotychczas.

Przy badaniu przedmiotowym okazało się, co następuje. Wyraz twarzy nieco bezmyślny. Wymiar obwodowy czaszki 51 cm., poprzeczny 14,4 cm., przednio—tylny 17,2.

Wybitnych nierówności na czaszce zauważyć nie można. Zmian ze strony nerwów czaszkowych niema. Słuch zachowany. Żrenice równe, oddziałują na światło i przystosowanie. Ruchy gałek ocznych we wszystkich kierunkach prawidłowe. Zęby zepsute, prądkowane, zazębione, kły górne nadmiernie rozwinięte. Na spojeniu żeber znajdują się ślady przebytej krzywicy. Mięśnie na kończynach górnych i dolnych rozwinięte miernie. Ruchy czynne we wszystkich stawach prawidłowe. Siła w kończynach górnych i dolnych dostateczna, niedowładu zauważyć nie można. Czynności przeważnie wykonywa lewą ręką. Uda ku wewnątrz zwrócone, zgięcie podszwowe stóp oraz palce tak są ku wewnątrz skierowane, że nogi noszą charakter stóp kopyto-szpotaowych, co utrudnia chód i nadaje mu cechę charakterystyczną. Przy ruchach biernych napotyka się na wzmożenie napięcia mięśniowego we wszystkich kończynach, zwłaszcza dolnych. Odruchy ścięgniste na kończynach górnych i dolnych dość żywe;



brzuszne i mosznowe prawidłowe. Objawu Babińskiego niema. Wszystkie rodzaje czucia zachowane. W narządach wewnętrznych nie okazało się żadnych zmian.

*Rozumienie mowy bardzo ograniczone; niemożność wydobywania głosu; zupełny brak wszystkich głosek, a więc zarówno samogłosek, jak spółgłosek.*

Przy badaniu sfery psychicznej należało ograniczać się do najprostszych metod ze względu na niepełne rozumienie mowy przez chorego oraz *kompletny brak mowy samodzielnej.*

Oto wynik badania. *Percepcye zmysłowe* mniej więcej prawidłowe, a mianowicie: chory przeważnie prawidłowo dobiera z podanych mu kolorów białego, czarnego, niebieskiego, czerwonego, zielonego i żółtego odpowiednie barwy. Badanie orientowania się w stosunkach przestrzennych polegało na stwierdzeniu rozróżniania postaci, wielkości oraz położenia. Chory rozpoznawał trójkąty, kwadraty, sześciokąty, koło; rozróżniał długości i szerokość, ponieważ na papierki różnej długości przy jednakowej szerokości oraz różnej szerokości przy jednakowej długości nakładał prawidłowo papierki odpowiednie oraz na linie, narysowane poziomo, pionowo oraz skośnie patyczki w kierunku odpowiednim. Sluch zachowany. Smak, czucie dotykowe, bólu, ciepłne oraz czucie mięśniowe prawidłowe.

*Poznanie zmysłowe* okazało się upośledzonym w niewielkim stopniu. Rozpoznawanie i wyróżnianie przedmiotów, związanych z nazwą, ograniczało się *do tych niewielu pojęć słownych, które chory sobie przyswoił.* Pamięć względem wspomnień zachowana: chłopiec pamięta, gdzie schował przedmiot dnia poprzedniego. Zasób doświadczeń ograniczony. *Wyobraźnia* zachowana do pewnego stopnia, o czym sądzić można ze sposobu, w jaki się bawi sam, lub z innymi dziećmi. Zaczątki wyższych czynności duchowych, jak porównywanie i wnioskowanie nie miały miejsca.

*Uczucia* zmysłowe, jak głód, pragnienie zachowane. Z uczuć wyższych egoistycznych mogłem zauważyć radość, gniew, strach; z uczuć sympatycznych — przywiązanie do rodziców; uczuć etycznych brak zupełny.

W sferze *woli* należy zaznaczyć zachowanie instynktów, upośledzenie zdolności naśladownictwa (nie umie się ubrać, zapiąć); z popędów zaś patologicznych odnotować należy skłonność do niszczenia, psucia zabawek, rwania na sobie ubrania i t. p. Czynność fizjologicznych powściągów okazała się nieznacznie osłabiona: niekiedy zanieczyszcza się.

Na zasadzie zebranych wywiadów oraz wyników badania przedmiotowego rozpoznano porażenie mózgowe pod postacią spastycznej diplegii oraz towarzyszącą mu niemotę ruchową i niedorozwój psychiczny (niezpełny idyotyzm). Za moment etyologiczny w danym przypadku należy uważać łożenie dziedziczne, ciężki zaś poród (uraz), poród bliźniętami jako moment wywołujący.

Leczenie polegało na wyrabianiu odnośnej zręczności do ruchów i zwykłych czynności, kształceniu zmysłów, wyrabianiu uwagi, porównań oraz pojęć słownych. Równoległe z tem rozpoczęto wytwarzanie dźwięków. Metoda wyrabiania dźwięków oparta jest na zasadzie ich fizyologicznego tworzenia się. Chory, jak wyżej powiedzieliśmy, nie był w stanie wydobyć głosu, ani odpowiednio dla danych samogłosek ułożyć warg. Głos początkowo zastąpiono szeptem. Chory po kilku dniach przy wielkich trudnościach był w stanie szeptem wypowiedzieć samogłoski *a, u* oraz spółgłoski *p, t, f*. Dopiero w drugim miesiącu zaczął używać głosu przy wymawianiu samogłosek *a, u*; w następstwie zaś *o, e* oraz nauczył się spółgłosek *k, s, c, n, m, p*. W trzecim i czwartym miesiącu zaczął wymawiać niektóre spółgłoski dźwięczne, jak *b, d, g, w, z*. W piątym udało się otrzymać *l* i ślady *r*. W szóstym mógł już łączyć spółgłoski *b, p, t, f, s, z* z samogłoskami oraz powtarzać niektóre jedno—i dwusylabowe wyrazy.

Na zasadzie dotychczas otrzymanego wyniku, a mianowicie: *znacznego podniesienia sfery umysłowej*, powstania samogłosek oraz prawie wszystkich spółgłosek, co nawiasem, mówiąc, zajmuje zazwyczaj najdłużej czasu i nieraz wystawia na ciężką próbę cierpliwość lekarza, możemy przypuszczać, że przy dalszem leczeniu nastąpiłby zupełny powrót mowy. Niestety, pacjent samowolnie przerwał leczenie.

Jak już wykazał Wł. Ołtuszewski w pracach swych „O stosunku porażen mózgowych wieku dziecięcego do różnych kategorii zboczeń mowy“ (G. L. 1898 r.) oraz „Zwyrodnienie psychiczne i jego stosunek do różnych kategorii zboczeń mowy“ (G. L. 1901 r.), porażenia mózgowe stanowią ważny moment etyologiczny wszystkich kategorii zboczeń mowy, w szczególności zaś niemoty. Na 307 przypadków niemoty u dzieci, przypadków—sposzreganych w zakładzie do lipca 1901/02r. porażenia mózgowe, jako moment etyologiczny, ściśle można wykazać w 27 przypadkach. Przytoczona liczba, według Ołtuszewskiego, jest daleko większa z następujących powodów: 1) zbieranie wywiadów, odgrywających tak ważną rolę w rozpoznawaniu porażen, a więc odróżnienie od czystego niedorozwoju niejednokrotnie bywa prawie zupełnie niemożliwe, 2) porażenia mózgowe nie pozostawiają b. często po sobie prawie żadnych śladów zaburzeń w sferze ruchowej, pomimo



istnienia niedorozwoju i różnych zbroceń mowy, a z tego względu wiele przypadków, zaliczonych pod rubrykę niedorozwoju, niewątpliwie tu należałoby odnieść. Na zasadzie zmian analogicznych, znajdujących w niedorozwoju i porażeniach, wspólnej poniekąd etyologii obu tych cierpień Oltuszewski oba te zbroczenia zalicza do jednego działu, ponieważ cała różnica między porażeniem i niedorozwojem polega jedynie na większym zajęciu sprawą chorobową ruchowej okolicy kory w pierwszym przypadku, odwrotnie zaś sfery psychicznej w przypadku drugim. (Wyjątek stanowią niektóre przypadki niedorozwoju, uwarunkowane guzami mózgu, przerostem mózgu i kretynizmem). Pogląd ten objaśnia nam podwójną etyologię niemoty ruchowej w porażeniach, gdyż zarówno może ona zależeć od ogniskowych zmian w ośrodkach ruchowych mowy, jak i od pewnego powstrzymania rozwoju mózgu, powstrzymania — wiążącego się z upośledzeniem powstania lub osłabieniem pamięci słownych ruchowej i słuchowej, nieodzownych do wytworzenia automatyzmu mowy.

Niemota w przypadku naszym zależy, prawdopodobnie, nie tylko od niedorozwoju umysłowego, lecz i od stałych zmian anatomicznych w ośrodkach mowy. Do wygłoszenia powyższego poglądu upoważnia mnie cały szereg spostrzeganych przypadków porażień mózgowych z niemotą i niedorozwojem umysłowym w stopniu, jaki obserwowaliśmy u naszego pacyenta, a nawet i wyższym. Niemota w tych przypadkach przy zastosowaniu odpowiedniego leczenia w miarę podnoszenia się rozwoju psychicznego ustępowała bez porównania łatwiej, co, sądzę, dowodziłoby, prawdopodobnie, tylko osłabienia ośrodków pamięci słownych ruchowej i słuchowej. Ze zaś w naszym przypadku pomimo podniesienia się sfery umysłowej nadal niemota uporeczywie się trzymała i potrzeba było wyrabiać zupełnie nowe nieistniejące ruchy dla wytworzenia każdego pojedynczego dźwięku, więc na zasadzie tego sądzę, że mieliśmy do czynienia nie tylko z niedorozwojem umysłowym i zależnem od niego osłabieniem pamięci słownych ruchowej i słuchowej, lecz, prawdopodobnie, ze stałymi zmianami anatomicznymi w ośrodkach ruchowych mowy, które to zmiany warunkowały zupełny brak pamięci słownych ruchowej i słuchowej.

Przypadek powyższy dowodzi jeszcze, że, jeśli niemota ruchowa uwarunkowana jest prócz niedorozwoju jeszcze stałymi zmianami anatomicznymi w ośrodkach mowy, to leczenie tego rodzaju niemoty połączone jest z wielkimi trudnościami, a tem samem uzasadnia pogląd, że na pomoc sił naturalnych nie wiele w tym względzie liczyć możemy, gdyż niemota tego rodzaju nieleczone, pomimo nawet podniesienia się sfery psychicznej, pozostaje nadal do okresu przedszkolnego, a nawet

i później, pozbawiając dzieci jednego z najważniejszych czynników kształcenia umysłu.



## II. POWIKŁANIA SPRAW ROPNYCH UCHA ŚRODKOWEGO.

Opracował

*D-r Kazimierz Dudrewicz.*

*(Ciąg dalszy).*

Jak i inne wewnątrzczaszkowe powikłania, zapalenie opon mózgowych rozlane (*Leptomeningitis purulenta*) także często bywa wynikiem zatrzymania się wydzieliny ropnej w uchu. Rozwija się ono wtenczas, kiedy sprawa ropna w uchu w próchnicy i zgorzeli kości skroniowej rozszerza się na jamę czaszkową lub kiedy ropień mózgu rozszerza się po powierzchni mózgowej lub, nakoniec, w czasie ropnicy skutkiem przeniesienia infekcji (*strepto* i *staphylococcus pyogenes*) z jakiegoś zakażonego ogniska przez drogi krwionośne. Występuje czasem, kiedy ropień zewnątrzoponowy przebija oponę lub przy ropniach mózgu, kiedy opróżnia się do jamy czaszkowej lub bocznych komór. Zapalenie może być ograniczone lub rozlane, najczęściej zajmuje wypukłą część mózgu i dochodzi do cauda equina rdzenia i tem się różni od zapalenia gruźliczego opon mózgowych, które zajmuje podstawę mózgu. Gdy zapalenie ma miejsce przy próchnieniu kości skalistej, najwięcej ropy znajdujemy w pobliżu spróchniałej kości między oponami naczyniową a pajęczą. W początku choroby opona naczyniowa jest mętną i przekrwioną, następnie wytwarzają się na niej naloty galaretowate i nakoniec wysięk ropny w kierunku naczyń. Płyn mózgo-rdzeniowy mętny, zawiera później ciała ropne. Część mózgu stykająca się z ropą jest na powierzchni koloru ciemniejszego, nawet czekoladowego, czasem rozmięczona na całej przestrzeni. W zapaleniu opon zawsze prawie dotkniętą bywa i istota mózgu, którą znajdujemy ciastowatą, obrzękłą, a wewnątrz niewielkie krwawe wylewy i ogniska ropne. Komory mózgowe-zwykle rozsze-



rzony, zawierają znaczną ilość surowiczo ropnego płynu. Zwoje często splaszczone od ucisku przez wysięk.

Co się tyczy objawów klinicznych, to ropne zapalenie opon mózgowych rozpoczyna się albo nagle dreszczami i gorączką z ciężkimi objawami mózgowymi, albo skrycie powoli przy objawach bardzo niewyraźnych.

Szybko przebiegające zapalenia opon rozpoczynają się wstrząsającym dreszczem i gorączką. Chorzy skarżą się na straszne bóle głowy, zawroty, pobudzenie psychiczne lub przygnębienie, mającą, zgrzytają zęby. Ilość moczu zmniejszona. Przytomność z początku zachowana, prędko bywa utracana, odczyn źrenic na światło słaby lub żaden, występuje także nierówność źrenic, szczękościsk, zgrzytanie zębami. Dalej, pojawiają się *drgawki* w jednej lub paru kończynach, niedowłady lub bezwłady kończyn. Często występuje *sztwność karku*, szczególnie jeżeli zapalenie obejmuje opony w tylnej jamie czaszkowej i górnej części szyjowej rdzenia. Ciężota zwykle podniesiona do 39,05—40,05, z zwolnieniami nieprawidłowemi, z dreszczami, choć może być do samej śmierci normalną co jednak spotyka się dość rzadko. Tętno przyspieszone, nieprawidłowe, często znika. Czasem bywają wymioty, mianowicie w początkach choroby. Zaparcie stolca jest objawem zwykłym; brzuch wciągnięty, napięty. W końcu choroby przyłącza się śpiączka, bezwład mięśni pęcherza moczowego i odbytnicy.

Przebieg choroby bywa bardzo szybki: w kilka dni chory umiera w stanie komatycznym, czasem w drgawkach. Ciężota przed śmiercią często podnosi się do 42<sup>o</sup>. W niektórych przypadkach choroba może ciągnąć się od 8 dni do 2—3 tygodni, objawy mózgowie nie są bardzo wyraźne i przytomność bardzo długo w tych razach bywa zachowana.

Rozpoznanie zapalenia ropnego opon mózgowych bywa trudne i często można je przyjąć za dur, posocznicę, mocznicę lub gruźlicę prosówkową. Za durrem przemawia charakter gorączki, powiększenie śledziony, wysypka, charakterystyczne wypróżnienia, wreszcie dodatni wynik próby Vidal'a. Objawy chorobowe w durze rozwijają się wolno, a ciężkie objawy mózgowie występują znacznie później, niż w zapaleniu opon mózgowych.

Ropnica i posocznica różnią się tem od zapalenia opon, że w nich pokazują się krwawe podbiegi podskórne, cierpienia siatkówki, obrzęk stawów, wstrząsające dreszcze, a przytomność w tych sprawach bywa zwykle zachowana do śmierci.

Mocznica również może dać podobne objawy, jak i zapalenie opon mózgowych, lecz badanie moczu rozstrzyga rozpoznanie.

W ostrem zapaleniu ropnem ucha środkowego w chorobach zakaźnych występują często objawy mózgowe, lecz wkrótce mogą one przechodzić, szczególnie u osobników młodych.

Rokowanie jest zawsze niepomyślnem, chociaż niejednokrotnie opisywano przypadki, które kończyły się pomyślnie. Strümpell uważa przypadki te za bardzo wątpliwe pod względem rozpoznawczym.

Ograniczone, zapalenie opon można wyleczyć, jeżeli będzie wczesnie dokonana trepanacja i odkażona część porażona. Rozpoznanie możemy zwykle postawić dopiero wtenczas, kiedy sprawa się rozszerzyła i operacja w tych razach byłaby już bezskuteczną. Bergmann jest zdania, że trepanację należy robić tylko w takim ropnem zapaleniu opon, które powstało wskutek otwarcia ropnia mózgu na powierzchnię. Ale i tu na trepanację zwykle już bywa zapóźno. Pozostaje więc tylko leczenie objawowe: przeciw bólom głowy stosuje się lód na ogoloną głowę, pijawki na uszy i na skronie. Niektórzy autorowie radzą wcieranie maści drażniących (Ung. tartari stibiati) w skórę, głowy ławatywy drażniące. Przy niepokoju i gwałtownych bólach głowy wstrzykiwania podskórne morfiny. Inne środki, jak jodek potassu, kalomel, prawie nie przynoszą pożytku.

Muszę wspomnieć o rzadkiem powikłaniu spraw ropnych ucha środkowego i pruchnienia kości skulistej, o opisanem przez Bönninghaus'a w 1897 r. surowiczem zapaleniu opon mózgowych. Bönninghaus rozróżnia dwie formy tego cierpienia: surowicze zapalenie opon mózgowych zewnętrzne i wewnętrzne (*Meningitis serosa acuta externa et interna v. ventricularis*).

Anatomiczną podstawę tego cierpienia stanowi znaczne wzmoczenie się ilości płynu mózgo-rdzeniowego. Substancja mózgu i opony mózgowe wypełnione są wysiękiem surowicznym. Wskutek powiększenia objętości mózgu pod wpływem surowiczego nacieczenia, mózg przedstawia się bładym, wilgotnym, miękim, często rozplywającym się. Komory mózgowe nie przyjmują udziału w cierpieniu pierwszym, w drugim zaś są mocno rozszerzone wskutek wzmoczonej objętości wysięku. W pierwszym przypadku śmierć następuje wskutek otrucia toksynami—do ropnego zapalenia nie dochodzi; w drugim zaś—wskutek ucisku wysięku na mózg. Należy zauważyć, że na 18 przypadków, opisanych przez Bönninghaus'a, 6 było następstwem sprawy w uchu, a 5 z tych wyzdrowiało. Stałym objawem cierpienia jest ból głowy, zawroty, porażenie mięśni ocznych, nudności, wymioty, sztywność i bóle karku, zaparcie stolca. Gorączka bywa umiarkowana i krótkotrwała. Przytomność umysłu zachowana lub nieznacznie zamacona. Tętno przyspieszone, czasem nieprawidłowe.



Nie możemy odróżnić tego cierpienia od ropnego zapalenia opon mózgowych: nakłócie łądźwiowe także nam nie wyjaśni, gdyż wyciekający płyn mózgo-rdzeniowy może być przezroczystym, a tymczasem wypukła powierzchnia mózgu może być pokryta ropą (Lichtheim, Stadelmann). Dopiero pomysłny przebieg i szybkie opadnięcie gorączki pozwala wykluczyć sprawę ropną w oponach mózgowych. Jansen jest zdania, że, oprócz przypadków, występujących już wcześniej przy objawach zajęcia opon rdzeniowych, chorobę rozpoznać można jedynie dopiero po otworzeniu wyrostka sutkowego i tylnej jamy czaszkowej.

Leczenie surowiczego zapalenia opon polega na wypuszczeniu płynu mózgordzeniowego przez przekłócie łądźwiowe między 3 i 4 kręgiem łądźwiowym: pod jego wpływem zapalenie surowicze może być wyleczonem, przy ropnem zaś otrzymujemy chwilową poprawę. Jeżeli rozwija się hydrocephalus ventricularis, dajemy środki napotne i moczopędne. Przy niedokrwiistości mózgu od ucisku, przy początku komy, głowę chorego trzymamy opuszczoną ku dołowi, a nogi ku górze. Jeżeli nie pomaga nakłócie łądźwiowe, przystępujemy do nakłócia komór mózgowych na głębokość 2—6 cm., co się zwykle robi u dzieci małych w jednym z bocznych kątów wielkiego ciemączka, a u dorosłych w środku zrazu czołowego, skroniowego lub potylicowego.<sup>1)</sup>

Ropień mózgu pochodzenia usznego w ścisłym znaczeniu jest to ropień białej lub szarej istoty mózgu, będący w bezpośrednim związku z cierpieniem ucha. Przedstawiać może wszystkie te objawy, o których mówiliśmy powyżej, a nadto częściej przy nim istnieje krótszy lub dłuższy okres utajenia. Ropnie pochodzenia usznego stanowią niemal że  $\frac{1}{2}$ — $\frac{2}{3}$  ogólnej liczby ropni mózgowia. Według statystyki Grunerta tylko 9% ropni mózgu zdarza się w ostrych sprawach ropnych, a 91% w przewlekłych w uchu środkowym.

Najczęściej ropnie bywają w zrazach skroniowych mózgu, rzadziej w mózdzku, najrzadziej w innych miejscach (most Warola, odnogi mózdzku). Według statystyki Barra na 76 ropni mózgu pochodzenia usznego, 55 było umiejscowionych w zrazach skroniowych, 13 w mózdzku, 4 w mózgu i mózdzku jednocześnie, 2 w moście Warola i 1 w odnogach mózgu po stronie cierpienia ucha.

Ropnie mózgu mogą rozwijać się nie tylko skutkiem bezpośredniego przejścia ropienia na istotę mózgu, lecz często także wskutek

<sup>1)</sup> Trautman. Leitfaden für Operationen am Gehörorgan. Berlin. 1901.

przejścia zakażenia z ogniska kostnego do istoty mózgu tak, że część między pierwszym a drugą pozostaje zdrową. Najczęściej bywa to przy sprawach próchnicowych kości skalistej i głównie tam, gdzie wytwarza się guz perlisy. Może rozwinąć się ropień mózgu i przy nienaruszonej kości skalistej, a także przy ostrych sprawach ropnych drogą przerzutu. Drobnoustroje przenikają w naczynia krwionośne lub chłonne, i przez te ostatnie przenoszą się w głąb mózgu (Binzwanger).

Twierdzenie Körnera, że cierpienia mózgu, opon mózgowych i zatok czaszkowych pochodzenia usznego zwykle zaczynają się w tem miejscu, któredy przyczyna ropienia w kości skalistej przeszła do istoty mózgu, ma ważne znaczenie dla umiejscowienia ropnia. Ropnie mózdzku zwykle spotykamy przy cierpieniach wyrostka, ropnie zrazów skroniowych przy ropieniu w zachyłku (atticus). Duże niebezpieczeństwo pęknięcia ropnia mózgu grozi przy otwieraniu długim sklerotycznego wyrostka sutkowego (Kummel). Należy zwrócić uwagę na fakt ważny pod względem sądowo-lekarskim, mianowicie, na to, że uraz nie może wywołać ropnia mózgu. W przypadkach, gdzie po nieznanym uszkodzeniu głowy następuje śmierć, a na sekcji znaleziono ropień mózgu usznego pochodzenia, w żaden sposób nie można przypisywać go urazowi (Bergmann). Uraz może powiększyć rozrost ropnia już istniejącego lub wywołać otwarcie do jednej z komór mózgowych.

Okres powstawania ropnia mózgowia trwać może bardzo długo, nawet lata całe, od 2 do 30. Niekiedy zaś ropień powstaje już w kilka tygodni po wystąpieniu sprawy ropnej w uchu. (Heiman, Bezold). Zawsze prawie ropień znajduje się po stronie chorego ucha, a po przeciwnej tylko w wyjątkowych przypadkach. Czasami znajdujemy nie jeden, lecz kilka ropni w różnych miejscach mózgu, nprz., jeden w zwojach skroniowych, a drugi w mózdzku. Częstsze są ropnie po stronie prawej niż lewej, częściej u mężczyzn niż kobiet, rzadko u dzieci, a szczególnie ropnie mózdzku nadzwyczaj rzadko. Największa ilość ropni przypada na wiek średni pomiędzy 10 a 40 rokiem życia.

Ropnie mogą być wielkości rozmaitej, wielkości grochu, orzecha, lub nawet zajmować prawie całą półkulę mózgu lub mózdzku. Ropa w nich zwykle zielonawo-żółta lub brunatna, rzadka, często cuchnie. Prawie połowa ropni mózgu usznego pochodzenia jest otorbionych przez t. zw. błonę pyogeniczną. Torebka ta z początku jest cienką, a stopniowo robi się coraz grubsza i cięższa i może dojść do grubości 5-iu milimetrów; czasem ulega zwapnieniu. Torebka wcale nie przeszkadza powiększaniu się ropnia (Bergmann). Powierzch-



nia jej wewnętrzna jest gładka lub fałdzista, składa się z pierwiastków tkanko-łącznych, z pewną ilością naczyń krwionośnych. Czasem otoczka nie zamyka ropnia całkowicie, lecz w niej znajduje się przetoka, przez którą ropień łączy się z powierzchnią mózgu, chorą kością lub nawet z zewnętrzną powierzchnią czaszki. Świeży ropień mózgu ma formę nieprawidłową; jeżeli posiada otoczkę, to jest owalny lub okrągły.

W wielu razach istota mózgu wokoło ropnia bywa nie tylko nie normalna, lecz rozmięczona, a zwoje mózgowe nad ropniem mogą być wygładzone, zrównane.

W przebiegu ropni mózgu rozróżniamy trzy okresy:

1) *okres zapalny*, początkowy, gorączkowy, trwający od kilku dni do 2 tygodni. Objawy okresu tego podobne do zapalenia mózgu lub bardzo niewyraźne są, stawiane zwykle w zależności od sprawy ropnej w uchu środkowym.

2) *okres utajenia*, długość którego waha się między kilku tygodniami, a 2 laty, choć w rzadkich przypadkach okres ten trwał lat 10—30. Zwykle w tym okresie czasami pojawiają się objawy mózgowe w rodzaju bólu głowy, lekkich drgawek, przygnębienia, tak że pewne podejrzenie na ropień mózgu już się budzić może.

3) *okres końcowy*, trwający od kilku godzin, dni do 3 miesięcy, najczęściej 3—4 tygodnie. Okres ten może nastąpić zupełnie niespodziewanie, wskutek urazu głowy, jakiegoś wrażenia lub natężenia fizycznego.

Objawy cierpienia mózgowia *B e r g m a n n* dzieli na trzy grupy.

Do pierwszej zaliczają się objawy zależne od sprawy zapalnej w mózgu, a więc: ogólne osłabienie, żółtawy kolor twarzy, język obłożony, foetor ex ore, ogólny ciężki wygląd chorego, brak apetytu, apetyt na pewne potrawy, wzdęcie brzucha, zaparcie stolca, nudności. Gorączka typu nieprawidłowego: czasem jest z nieznacznym podniesieniem wieczorem, i może znów zniknąć, aby po pewnym czasie na pewien czas znów się pojawić. W rzadkich przypadkach dreszcz jest pierwszym objawem ropnia. Często ciepota może być normalną, szczególnie to spostrzegano przy ropniach otorbionych. Wszystkie te objawy nie mają znaczenia rozpoznawczego dla ropnia mózgu, gdyż mogą być przy sprawach ropnych w jamie bębnekowej lub sutkowej.

Do grupy drugiej należą objawy, wskazujące na wzmożony ucisk wewnątrzczaszkowy — objawy mózgowe ogólne i objawy ucisku na mózg. Pierwszym objawem tego jest ból głowy, powiększający się w czasie gorączki, czasem tak silny, że chorzy mdleją. Ból może być ściśle umiejscowiony: przy ropniu w zwojach skroniowych — na miej-

seu kości skroniowej przy stukaniu lub ucisku; przy ropniach mózdku—między wyrostkiem sutkowym a protuberantia occipitalis externa. Trzeba zauważyć, że przy ropniach mózdku ból może być w potylicy, w czole lub w całej głowie. Bóle powiększają się przy pracy mięśniowej lub umysłowej, przy przyływie krwi do głowy pod wpływem alkoholu, przy niskim położeniu głowy. Wymioty są prawie zawsze w początku, szczególnie zaś przy ropniach mózdku. Zawroty głowy powstają przy zmianie położenia ciała, bywają przy porażeniu błędnika wskutek zatrzymania ropy (wielkiego znaczenia rozpoznawczego nie mają). Zaburzenia duchowe bywają w początku nie tak wyraźne jak później: widzimy u chorych nieuwagę, senność, niejasność mowy, osłabienie pamięci, czasem pobudzenie lub też przygnębienie. Objawy te mogą nam dawać okres choroby umysłowej. Zwolnienie tętna jest objawem niestałym, lecz ważnym, szczególnie w połączeniu z bólami głowy i sennością. Tętno zwalnia do 36—40—50 uderzeń, lecz na krótko. Po opróżnieniu ropnia tętno staje się szybkim, a potem się uspokaja. Oddech chorych chrapiący, często nieregularny, czasem typu Cheyne-Stokes'a. Zapalenie nerwu wzrokowego—ważny objaw—zwykle z obu stron, lepiej bywa wyrażone po stronie ropnia. Brodawka zastoinowa bywa nader rzadko. Po opróżnieniu ropnia zapalenie nerwu wzrokowego zmniejsza się.

Do grupy trzeciej zaliczamy objawy, odpowiadające umiejscowieniu ropnia, objawy ogniskowe. Objawy ogniskowe mogą być wywołane przez zniszczenie istoty mózgowej lub rozmięczenie wokoło ropnia. Objawów tych może nie być, kiedy ropień ogranicza się do istoty białej mózgu, a także kiedy są ropnie w mózdku i zrazie potylicowym. W zrazie skroniowym w korze w substancji szarej, jak wiadomo, znajdują się ośrodki: słuchu dla strony przeciwnej i ośrodek mowy. Objawy ogniskowe mogą być wywołane i wskutek działania na capsulam internam, a także wskutek uszkodzenia nerwów mózgowych. Spotykamy więc bezwład n. oculomotorii, opadnięcie powieki górnej (ptosis), rozszerzenie źrenicy i t. d., rzadziej bezwład n. abducentis, nierównomierność źrenic, często występują afazya, agrafia, alexia.

Przy ropniach mózgowia napotykać możemy skurcze i drgawki z charakterem napadów padaczkowych i apoplektycznych.

Rozpoznanie ropnia mózgu jest dosyć trudne, czasem niemożliwe. Prodromy są dłuższe niż przy zapaleniu opon mózgowych, gdzie sprawa zwykle występuje nagle i jasno. Jeżeli jednocześnie u chorego jest i zapalenie opon mózgowych, obraz ropnia znika. Co się tyczy odróżniania od nowotworu mózgu, to pewne etyologiczne



momenty (sprawa ropna w uchu, ropne cierpienia płuc i t. p.) przemawiają za ropniem, a także podniesiona ciepłota i szybki przebieg. Brodawka zastoinowa przy ropniach bywa rzadko, przy nowotworach mózgowia bardzo często. W wyjątkowych przypadkach ropień mózgu można pomieszać z histeryą (G a j k i e w i c z).

Wszystkie prawie ropnie mózgu nie leczone drogą operacyjną, szybko kończą się śmiercią chorego. Wprawdzie były zanotowane wypadki samowolnego zagojenia się lub zwapnienia ropnia, lecz te należą do rzadkich wyjątków. Ropień nie powikłany, umiejscowienie którego dokładnie oznaczonem zostało, daje pomyślne widoki na wyzdrowienie. Zresztą umiejscowienie ropnia ważną odgrywa rolę w rokowaniu. Bergmann na 32 operowane przypadki ropni mózgu miał 17 wyzdrowień, a 15 przypadków śmierci.

Ponieważ przyczyna ropnia mózgu leży w sprawie ropnej w uchu środkowem, to przede wszystkim trzeba otworzyć ognisko ropienia, mianowicie, przy sprawach ostrych jamę sutkową, przy przewlekłych zachyłek, i przekonać się, czy tędy przeszło zakażenie do mózgu. Jeżeli sklepienie jamy bębnekowej dotknięte jest próchnicą, miejsca chorobliwie zmienione oczyszczamy dłutem lub ostrą łyżeczką. Próbnem nakłuciem przekonywamy się o istnieniu w tem miejscu ropnia, ponieważ zwykle ropnie tworzą się tam, gdzie stykają się z chorą kością. Można otwierać ropień mózgu i od strony łuski kości skroniowej. Pole operacyjne ograniczamy dwoma linjami podłużnemi: jedną od skrawka (tragus) do szwu strzałkowego, drugą od tylnej granicy wyrostka sutkowego równoległą od pierwszej. Operować najlepiej dłutem, ponieważ możemy manipulować swobodniej i usuwać jakie chcemy kawałki kości. Usunąwszy kość do opony twardej nad ropniem, znajdujemy oponę zmienioną lub też zdrową; wtenczas przecinamy oponę twardą nożem i nożem nakłuwamy istotę mózgu ale nie głębiej niż na 4 ctm., ażeby nie wpaść do bocznej komory mózgu. Po natrafieniu na ropień brzegi rozcięcia należy rozsunąć kornean-giem, inaczej bowiem zetkną się ze sobą i nie przepuszczą zawartości. Niektórzy przemawiają otwór ropnia. Następnie wprowadza się do ropnia gazę jodoformową i nakłada aseptyczny opatrunek, który w razie przemoczenia należy zmieniać codziennie. Dalsze leczenie podług ogólnej zasad chirurgii. Okres gojenia trwa zwykle około 3—4 tygodni.

Ropnie mózdzku bywają często rozpoznane i odszukane dopiero po otworzeniu jamy sutkowej, dzięki z nalezieniu prowadzącej do nich przetoki. Operować je można dwoma metodami: pierwsza (Bergmann, Mac-Ewen, Politzer) polega na opróżnieniu ropnia

po za wyrostkiem sutkowym, druga metoda (Jensen, Trautmann) polega na wykonaniu operacji doszczętnej i przedostaniu się do ropnia przez tylną ścianę piramidy kości skalistej. Po wyleczeniu ropni mózgowia mogą rozwinąć się nieprzyjemne stany następce, jak silne bóle głowy, zaburzenia mowy, padaczka, czasem zaburzenia wzrokowe i t. p.

(D. u.)

### III. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

#### I. Chirurgia.

59. v. Bergmann. **Pierwsza pomoc na polu bitwy. Aseptyka i antyseptyka na wojnie.** (Aertztliche Kriegswissenschaft. 14 Vorträge. Jena. 1901).

Po omówieniu krótkim różnicy ran od nowoczesnej i dawniejszej broni palnej autor wygłasza zasadę, że w każdym przypadku rany postrzałowej kończyn o dużym otworze wyjściowym należy amputować możliwie wcześnie, w razie zaś przeciwnym, tam nawet, gdzie kończyna uległa strzaskaniu, lecz wylot kuli nie jest wielki, stosowaniem być winno leczenie zachowawcze. Rannych wycofać trzeba jak najwcześniej z linii ognia i w tym celu w kilku miejscach, w dostatecznej od terenu odległości walki, urządzonemi być muszą nie liczne, lecz wystarczające na ilość, placówki ochronne. Wyznaczeni do transportu rannych tragarze, zaopatrzeni w uciskadła gumowe Esmerch'a, nakładają takowe w razie potrzeby, przyczem pamiętać nie zawadzi, że pas taki pozostawać może na kończynie bezkarnie najwyżej od 4 do 5 godzin; w ciągu tego okresu ranny powinien już znaleźć doraźną pomoc lekarską. Sposób nakładania pasa gumowego sprawdza najbliższy lekarz posterunkowy, przyczem tenże dokonuje niezwłocznie niezbędnych zastrzyknięć (olejek kamforowy, eter) celem zwalczania wstrząsu. W razie koniecznym lekarz nie ma prawa odmawiać wykonania tracheotomii lub założenia rurki do rany w tchawicy, nawet na niezupełnie zabezpieczonym od pocisków terenie, przyczem wymaganiami aseptyki, rzecz prosta, wówczas nie kępuje się.

Niezbędnych, prawidłowych już opatrunków oraz podwiązywania naczyń broczących dokonywa się dopiero na głównym posterunku; tamże podjąć się wypadnie zabiegów takich, jak cięcie cewki, tracheotomia mniej nagła, amputacja. Odjęcie członka wskazane jest głównie w tych razach, gdzie ucisk stosowano na kończynach przez czas dłuższy. Z podwiązywaniem wielkich pni naczyniowych należy być ogólnym celem zaoszczędzenia czasu. Resekować nie trzeba.



Dla opatrunków unieruchamiających najlepsze będą szyny z tektury, umocowane gipsem. Lekko rannych odwozi się dalej jak najprędzej.

Wyjaławianie materyałów opatrunkowych jest warunkiem niezbędnym. Tabor zatem leczniczy zaopatrzonym być musi w odpowiednie naczynia, przyrządy do sterylizacji oraz wodę. Do mycia rąk autor za najodpowiedniejszy uważa spirytus mydlany, jako najmniej zabierający miejsca; niezbędne są również rękawiczki gumowe. Co się tyczy postępowania leczniczego wobec istniejących kanałów postrzałowych, rozszerzania tychże, odkażania lub zaszcicia należy zaniechać, gdyż ułatwienie wessania wydzieliny jest tu przeciw zadaniem głównem; toć krew sama, sącząca się z rany, do pewnego stopnia dezynfekuje tę ostatnią. Opatrunki unieruchamiające zmienia się wtedy tylko, gdy przemokną i gdy owe miejsca zwilgocone nie wysychają. W razie przeciwnym pozostawia się opatrunek nietkniętym. W końcu odradza autor badanie ran zgłębnikiem.

*K. Niedzielski.*

60. Prof. Angerer. **O wydobywaniu kul z jamy czaszkowej.**  
(Münchener medicin., Wochenschrift № 1. 1903).

Opisując dwa przypadki kul w jamie czaszkowej, autor opisuje swój sposób leczenia ran głowy, który zgadza się zupełnie ze sposobem leczenia Bergmanna.

Miejsca otaczające ranę odkaża się starannie, na samą ranę nasypuje się jodoformu lub dermatolu, przykrywa się gazą wyjałowioną, poczem przewiązuje się bandażem. Sam kanał, którym kula przechodzi, pozostawia się bez dezynfekcyi—sonduje go się tylko w celu zbadania, czy kula przebiła kość.

Jeżeli kość jest naruszona, ale nie przebita, w takim razie ranę trzeba rozszerzyć i kulę wyjąć natychmiast,—toż samo czynimy w razie krwotoków w miękkich częściach. Do dalszych zabiegów zniewała tylko krwotok arteriae meningeae, ucisk na mózg lub zlokalizowane zadrażnienie części ruelowych, wywołujące ból głowy i drgawki.

Idealem byłoby wydobywanie bez wyjątku wszystkich obcych ciał (kule, kawalki kości). Niekiedy jednak sam zabieg połączony jest z większem niebezpieczeństwem, niż pozostawienie ciała obcego. Że kule mogą pozostać w mózgu, wrosnąć, nie wywołując żadnych zaburzeń, o tem wiemy oddawna. Fakt ten pozwala nam patrzeć na kulę, jako na przedmiot aseptyczny, co poniekąd uwalnia nas od dezynfekcyi kanału, którym kula przechodzi—wreszcie dokładne odkażenie często podrażnia mózg i połączone jest z wielkimi trudnościami, to też jako niekonieczne, może być zaniechane.

Są przypadki, wymagające na tychmiastowej trepanacyi i wycięcia kuli. Tu doskonale n usługi oddają promienie Röntgena, które pozwalają na dokładne umiejscowienie ciała obcego.

Chirurgia mózgu zrobiła ogromne postępy dzięki tymczasowej osteoplastycznej resekeyi czaszki. Operacyi takiej dokonał po raz pierwszy W. Wagner w 1879 r. Sposób wskazany przez W ag-

nera pozwala nam obejrzeć i wymacać większą część powierzchni mózgu, niż stara klasyczna trepanacja. Instrumentarium do tego sposobu zostało także ulepszone w ostatnich dziesiątkach lat. W miejsce dłuta używa się piła kołowa lub druciana Gigliego. Technika tymczasowej trepanacji kości czaszki została ostatecznie uproszczona przez używanie „Kugelperforateur'a“ Doyena (1895) i „Trepansationsfräs'a“ Indecka (1900). Oba instrumenty poruszane są elektrycznością.

Lokalizować kulę można najlepiej dwoma zdjęciami fotograficznymi (aparatem Röntgena) jedno od strony czoła, drugie od strony skroni. Jeżeli kula leży na dnie czaszki, to umiejscawia się ją sposobem D-r: Stamma. Sposób ten odznacza się wielką prostotą i praktycznością: Bierze się przedziurawiony pasek blachy, kładzie się poziomo w płaszczyźnie marginis supraorbitalis i tak się głowa fotografuje. Pomimo takiej pozornie dokładnej lokalizacji zdarza się jednak, że nie jeden chirurg musiał poprzestać li tylko na próbie wyciągnięcia kuli. Tu należy nadmienić, że próby takie powodują często uszkodzenia mózgu i dróg mózgowych.

Wydobywanie kuli ze względu na trudności, powikłania i następstwa, z jakimi spotykamy się przy tym zabiegu—są li tylko wskazane w ostateczności, to jest jeśli pozostawienie kuli lub innego obcego ciała wywołuje ciężkie zaburzenia i cierpienia.

*W. Biehler.*

61. D-r H. Kehr. **Przypadek szerokiej rezekcji ductus choledochi z powodu raka z następczem wycięciem pęcherzyka żółciowego i z połączeniem przewodu żółciowego z dwunastnicą.** (Münch. med. Wochensh. 1903. № 3).

Opisując przypadek szerokiej rezekcji ductus choledochi z następczą hepaticoduodenostamią, autor omawia szczegółowo rozpoznanie i symptomatologię żółtaczki i wyjawia swoje poglądy na wskazania operacyjne.

Jak wiadomo, rak powstaje często na gruncie kamieni żółciowych, wyrażając się ściślej—na podstawie owrzodzeń, wywołanych przez kamienie żółciowe. W wielu przypadkach można na wywiadach i symptomatologii postawić rozpoznanie różniczkowe: czy mamy przed sobą zamknięcie ductus choledochi przez kamień czy też przez raka.

Rak spotyka się częściej u mężczyzn, niż u kobiet; nie wywołuje kolki wątrobianej, tylko ucisk; żółtaczka zaczyna się stopniowo, robi się coraz silniejszą i jednostajną; stolce prawie zawsze szare; choroba ciągnie się przeciętnie około 6 miesięcy; gorączka i dreszcze bywają nader rzadko; charakterstwo bardzo uwydłużone, pęcherzyk żółciowy duży i daje się w 70% przypadków wymacać; czasami spotyka się ascites. Kamienie spotykamy przeważnie u kobiet (5:1); wywołują one straszne kolki wątrobiane; żółtaczka nie stała, zmienna, czasami jej niema wcale; stolce to szary, to żółty; choroba może się ciągnąć



przez wiele lat; gorączka i dreszcze bywają często; charłactwo spotyka się bardzo rzadko, tylko w długotrwałych przypadkach; pęcherzyk żółciowy, mały skureczony; ascites bywa bardzo rzadko.

Mając to wszystko na względzie można w 70% przypadków postawić rozpoznanie różniczkowe między kamieniami żółciowymi a rakiem. Dawniej autor był tego mniemania, że trzeba operować tylko w tych przypadkach, gdzie są kamienie; dlatego też kładł ogromny nacisk na rozpoznanie różniczkowe. Teraz zaś jest on tego zdania, że trzeba operować w każdym przypadku, gdzie jest przewlekła żółtaczka, wywołana przez jakiegokolwiek bądź zamknięcie ductus choledochi—czy to przez ucisk, wywołany przez przewlekłe zapalenie trzustki, czy to przez kamienie żółciowe, czy przez raka. Operacja w każdym bądź razie pomaga choremu, który prędzej, czy później umiera. Przy tem trzeba operować nie później, jak trzy miesiące po ukazaniu się żółtaczki. Co prawda, są przypadki żółtaczki nieżytowej, które trwają dłużej, niż przez trzy miesiące, ale przy nich żółtaczka nie powiększa się; pęcherzyk żółciowy nie daje się wymacać; charłactwa nie bywa.

Co się tyczy operacji, dokonanej przez autora, to jest ona jedyna w swoim rodzaju, gdyż on pierwszy rezekeował 4 ctm. ductus choledochi. Co prawda, dokonał przed tem podobnej Doyen i sam autor, ale w tych dwóch przypadkach chodziło więcej o obwodowe obszycie ductus choledochi, niż o prawdziwą rezekeję. Po operacji wielki nacisk kładzie autor na prawidłowe pielegnowanie chorego. Pierwszy opatrunek robi on najwcześniej czternastego dnia po operacji, przedtem zmienia tylko górne warstwy gazy, które nasiąkają żółcią. Nie należy zaniedbywać prawidłowego odżywiania chorego, aby wszelkimi sposobami podtrzymywać jego siły. Oprócz tego robi się, o ile tylko potrzeba, wstrzykiwanie roztworu soli kuchennej oraz częste płukanie żołądka.

Ogłaszając ten przypadek, autor chciał pokazać, że obszerna rezekeja ductus choledochi z następczem wycięciem pęcherzyka żółciowego i hepaticoduodenostomia jest możliwa technicznie do wykonania i że nie należy się od tego wstrzymywać, gdy ma się możliwość przez taką operację ulżyć choremu.

*W. Bichler.*

62. G. Labey. **O zabiegu chirurgicznym w ciężkich postaciach zapalenia okrężnicy.** (Thèse de Paris. 1902).

W przypadkach cierpień, wyszczególnionych w nagłówku, operuje się od niedawna i główne zasługi położyli tu włosi szeregiem rękoczynów chirurgicznych, dokonanych u chorych na zapalenie okrężnicy błoniaste (colitis mucomembranacea), wrzodziejące (ulcerosa) lub na biegunkę krwawą (colitis dysenterica). Operacja uzasadnioną bywa tu zupełnie, cięższe bowiem postaci omawianej sprawy zapalnej doprowadzić mogą do zamknięcia światła кишки lub—nawrotu sprawy chorobowej w otrzewnie. Objawy przewlekłej sprawy wrzo-

dziejącej podobne są nieraz do oznak, właściwych zapaleniu błoniastemu: i tu, i tam zaparcie i biegunka występują na przemian, jak również bóle przed wypróżnieniami, a w stolcach odnajdywano niekiedy strzępy tkanek. Okrężnica wstępująca bywa tu na ucisk wrażliwą najczęściej, kątnica esowata i poprzeczna—rzadziej już, wyjątkowo wyczuwa się bolesność w okolicy krzywizny wątrobowej albo śledzionowej (*flexura hepatica, lienalis*). Również na przemian stwierdza się często wzdęcie powłok brzusznych z obwisłością tychże; do objawów swoistych należy też częściowe przykucie pojedynczych odcinków jelita grubego (*corde colique*), dostępne do wymacania, przyczem na skutek przykucia tego rodzaju wymiary odcinka mogą nie przewyższać grubości palucha lub moczowodu.

Rozpoznanie różniczkowe pomiędzy zapaleniem, w mowie będącem, a przymiotem, rakiem lub gruźlicą kiszki nie zawsze jest łatwe. Do wybadania kątnicy używano nieraz zgłębnika i wlewań wody po uprzednim ułożeniu chorego na boku lewym. W przypadkach natury wątpliwej można uciec się nawet do pomocy wziernika K e l s e y'a, co jednak, w obec istniejących owrzodzeń, nie jest zbyt wskazanem. Jednocześnie zajęcie kątnicy uwydatnia się głównie przez wydymania.

*Colitis membranacea* ciągnie się lata całe i rzeczą jest zrozumiałą, że pacjent, któremu życie zbrzydło, sam, po wyczerpaniu środków wewnętrznych, prosi o wykonanie operacji; ta ostatnia również musi być wskazaną w przypadkach chronicznej biegunki krwawej, gdzie sama już wysoka cyfra zejść pomyślnych przemawia za koniecznością leczenia chirurgicznego, resp. przeniesienia chorego narządu w stan spoczynku. Wytworzenie odbytu sztucznego wykonywa się zawsze w zdrowej możliwie części okrężnicy, jeżeli zaś jelito ślepe jest chorem, wskazaną będzie nawet ileostomia. Niezależnie od tego, otrzymywano wyzdrowienie w takich nawet przypadkach, gdzie odbyty ów robiono w tkankach chorych, skąd jednak kał wypływał na zewnątrz swobodnie. Po wyleczeniu chorego odbyty sztuczny można, rzecz prosta, zaszyć, przyczem określić stanowczo okresu zamknięcia nie można; w przypadkach, przytoczonych w pracy, zaszywano odbyty po upływie sześciu tygodni, a nawet—po upływie roku. Wybierając chwilę, kiedy można przystąpić do zaszywania, należy kierować się względami następującymi: podczas obmacywania brzucha pacjent doznaje bólów żadnych, podczas przepłukiwania odbytu nie wycieka ani krew, ani ropa; gdy, wreszcie, dostępne dla oka owrzodzenia kiszki zablźnią się.

Anastomozy dokonywa się zazwyczaj pomiędzy dolną częścią jelita biodrowego i kątnicą; szew stanowczo jest lepszy od guzika, zespolenie nie powinno być zbyt ciasne. Znajdującą się z tyłu anastomozy część ilei zamyka się na sposób *Mosetig-Moorhofa*; metoda ta polega na zasnurowaniu kiszki grubą podwiązką i zaszyciu wypukłości, okalających wytworzona stąd bródzde. Przed nałożeniem anastomozy trzema lub czterema szwami łączy się odpowiednią część krezki z listkiem tylnym otrzewny, gdyż w pozostawionym, w przeciwnym razie, otworze powstawać może później uwięźnięcie jelita, a więc i niezbędność operacji wtórnej.



Autor zestawia 24 przypadki kolostomii, z których ani jeden nie dał zejścia niepomysłnego, zależnie od operacji; na 10 przypadków w jednym było owo zejście właśnie w następstwie uwięźnięcia kiszki. Wyniki kolostomii po dyzenterji również są dobre, byle tylko nie operować zbyt późno, najdalej zatem po trzy—czteromiesięcznem leczeniu wewnętrznem bez skutku. Z 9 spostrzeżeń, w których wykonano odbył sztuczny, w 5-ciu tenże zamknięto bez żadnych następstw ujemnych; z 6-iu przypadków zapalenia wrzodziejącego (colitis ulcerosa) w 4-ch otrzymano wyzdrowienie, wreszcie, o wyniku ostatecznym w przypadkach błoniastej sprawy zapalnej wyrokować trudno, pierwiastek bowiem nerwowy odgrywa tu rolę zbyt wybitną.

*K. Niedzielski.*

63. D-r Oscar Wolff (z Essen). **W jaki sposób można nie dopuścić do wytworzenia się przepukliny brzusznej po laparotomii?** (Centralbl. für Chirurgie. № 50, 1902).

Od czasu do czasu napotyka się w piśmiennictwie lekarskiem rozprawy nad kwestyą, jaka byłaby najlepsza metoda nakładania szwu po laparotomii celem uniknięcia wtórnej przepukliny brzusznej (eventratio). Z kolei rzeczy zatem zalecano t. z. drażące szwy głębokie, podwójne lub potrójne tychże piętra, zawiłe nieraz nasuwanie warstw mięśni prostych jedna na drugą i używanie do szycia drutu srebrnego; inni przywiązywali znowu wagę wielką do uciskania brzucha pasem odpowiednim—wszystko to autor przerobił, wypraktykował i nie osiągnął stąd wcale wyników pomyślnych. Źródła więc, t. j. sposobu zapobiegania powstaniu przepukliny należy szukać gdzieś indziej.

Jeżeli zwróci się uwagę baczną na przebieg sprawy chorobowej w okresie pooperacyjnym i dobrze tenże utrwali—w pamięci, niepodobna nie stwierdzić faktu tego, że zawsze prawie tacy operowani tylko dostają przepukliny brzucha, u których w ciągu pierwszych dni kilku po laparotomii znajdowano trwające dłużej wzdęcie brzucha (meteorismus). Tu obojętnem jest zupełnie zastosowanie danej metody szwu. Sprawdziwszy w notatkach, dotyczących osób, które zjawiały się później z przepuklinami, dr. W. odnalazł zawsze istnienie bębniicy w okresie pooperacyjnym. Rozumowanie dalsze jest bardzo proste. Skutkiem ucisku przez wzdętą pętlę jelita szew, powięziowy zwłaszcza, pęka na mniejszej lub większej przestrzeni; szew ten jest mocniej napięty, niż skórny i wytrzymywać musi ucisk większy. Szew powłok zewnętrznych najczęściej też, dzięki wybitnej podatności skóry, trzyma na pozór mocno; jak jednak złudnymi mogą być pozory takie, pouczają przypadki zależnego od krwotoków wewnętrznych napięcia brzucha, które wywołuje konieczność zdjęcia szwów. Widzi się wówczas często, że brzegi rany skórnej już się zlepily, a szew powięzi nie trzyma; tu i owdzie puścił węzeł pojedynczy, nitka rozcięła rozluźnione brzegi i t. p. Nie ulega wątpliwości najmniejszej, że bębniica i przepuklina brzuszna stoją tu w stosunku przyczynny do skutku.

Wychodząc z tego punktu widzenia, a już od lat dwóci takie tylko rany po laparotomii zaszywa zupełnie, gdzie ręczyć można na pewno za przebieg wolny od odczynu bezwzględnie. We wszystkich za to przypadkach, w których prawdopodobnym jest odpływ wydzieliny, zależny od najmniejszych bodaj zmian zapalnych w otrzewnie, jamy brzusznej nie zaszywa się doszczętnie, lecz przez otworek drenuje paskiem gazy, co zapobiega bębnicowemu wzdęciu się kiszek po operacyi. Modyfikacya ta, jak przekonano się niezbiecie, sprawia, że powstawanie przepuklin brzusznych jest, na oddziale autora, przynajmniej, nader rzadkie, a lubo okres zdrowienia, na skutek użycia drenu przedłuża się nieco, operowany bywa nagrodzony z lichwą, unika bowiem przykrych powikłań w przyszłości.

*K. Niedzielski.*

64. Dr Kozłowski (Drohobycz). **Nowy sposób zastosowania znieczulenia rdzeniowego.** (Centralbl. für Chir. № 45, 1902).

Metoda Bier'a, jak każda, zresztą, nowość na świecie, znalazła, obok uznania, wielu przeciwników, zrażonych zbyt częstem występowaniem arcynieprzyjemnych objawów ubocznych. Tu należą zaburzenia w oddechu, występowanie zapaści, wymiotów, obfitego pocenia się i bólów głowy oraz uczucia palenia, przyczem objawy gnębią chorego nie tylko w ciągu okresu znieczulenia, lecz nieraz wloką się i tydzień cały po operacyi, stwarzając charakterystyczny obraz chorobowy, który francuzi nader dowcipnie nazwali meningitis aseptica. Celem obejścia powikłań tego rodzaju radzono sobie różnie: operowanemu opasywano mocno szyję, nie dokonywano zabiegu w pozycyi Trendelenburg'a, stosowano wdychanie rozszerzających naczynia środków, używano, wreszcie, zamiast kokainy derywatów mniej drażniących, jak np. eucainum lub tropacocainum. Ten ostatni środek, wprowadzony w praktykę przez Schwartza, jest, rzeczywiście, postępem w metodzie wyraźnym, a choć w większości przypadków i po zastrzyknięciu wodnego roztworu tropakokainy występują w godzin kilka wymioty i bóle głowy, niema jednak gorączki i objawy, w ogóle, są lepsze.

Zastanowiwszy się nad cechą i własnościami tych ostatnich, a głównie nad faktem, że powikłania uwydatniają się dopiero po upływie 4—6 godzin po zastrzykiwaniu tropakokainy, autor doszedł do przekonania, że winić tu należy nie środek sam, lecz ciecz injekowaną, która drażni mechanicznie lub chemicznie rdzeń i opony mózgowie. Ciecz składa się z tropakokainy i wody; ponieważ nie posiadamy środka mniej od tropakokainy drażniącego, pozostaje zatem tylko usunąć wpływ drugiego czynnika, wody, drażniącej, jak wiadomo, tkanki fizyologiczne resp. komórki i nerwy. Dr K. spróbował tedy zastrzykiwać tropakokainę, rozpuszczoną w cieczy mózgodzeniowej i pierwsze doświadczenia zaraz przekonały go, że postępowanie to, łatwe, prędkie i wygodne, nie doprowadza do powikłań, absolutnie, żadnych.



Do wyjąłowanej, suchej, ogrzanej, zaopatrzonej w skalę gramową miseczki szklanej nasypuje się 0,05 sproszkowanej tropakokainy, poczem należy wbić igłę w przestrzeń międzyłukową, w kierunku linii środkowej, pomiędzy łukiem 2—3 lub 3—4 kręgu lędźwiowego. Wydostająca się stamtąd ciecz mózgodzeniowa ścieka kroplami do czarki z tropakokainą, która, dzięki lekkiemu potrząsaniu miseczka, rozpuszcza się całkowicie. Ponieważ cieczy mózgodzeniowej wypuszcza się zawsze 5,0, otrzymujemy 1% roztwór omawianego śródka, bez dodania kropli wody. Rozczyn ten za pomocą strzykawki iniekuje się natychmiast do przestrzeni podpajęczynowej. Odważonej tropakokainy autor nie wyjąławia, przesypuje ją tylko wysterylizowanymi łyżeczkami, palcami nie dotykając zupełnie. Kto chce, może wyjąłować proszek bądź w gorącym powietrzu, bądź też, rozpuściwszy tenże w wysokoku, krystalizować środek w ciągu dni kilku pod kloszem szklannym.

Modyfikację swą autor stosował z wynikiem doskonałym w 32 przypadkach operacyjnych, nie otrzymując nigdy żadnych podczas znieczulenia lub po niem objawów ujemnych.

*K. Niedzielski.*

## II. Choroby kobiet i akuszerya.

65. G. H. van Waasbergen. **Powikłanie ciąży wadą sercową.** (Inaug. Dissert., Amsterdam, 1901).

W rozdziale pierwszym, traktującym o wpływie ciąży na serce zdrowe, autor upewnia, że ciąża nie sprowadza ani przerostu, ani rozszerzenia serca. Pracę zwiększoną serce spełnia przy pomocy swoich sił rezerwowych.

Rozdział drugi traktuje o wpływie ciąży na serce chore. Wady sercowe, według autora, mogą nie sprowadzać żadnych zaburzeń podczas ciąży. Objawy, które istniały przed ciążą, mogą się nie pogarszać. Pogorszenie może wystąpić dopiero w drugiej połowie ciąży; w początkach ciąży wszelkie objawy przyjmują za nerwowe. Objawy dyskompensacji zależą od utrudnionej cyrkulacji w płucach wskutek ucisku przepony (diaphragma), a nie od wzmożonej ilości krwi, jak sądzą P o r a k i P e t e r. Do dalszych przyczyn dyskompensacji autor zalicza: choroby płuc, bliźnięta, ascites, hydramnion, guzy brzuszne.

Objawy się wzmagają przy istnieniu choroby nerek i choroby mięśnia sercowego. Śmierć rzadko występuje w ciąży i to tylko w przypadkach silnego natężenia sił. Zazwyczaj ma to miejsce przy zwięźeniu zastawki mitralnej. Dyskompensacja najczęściej następuje podczas aktu porodowego w chwili wydalania płodu, lub też w czasie nagłej zmiany ciśnienia, spowodowanej przez pęknięcie worka płodowego, lub opróżnienie macicy. Połóg sam pozostaje bez wpływu, tylko zakażenie, sprowadzające zatyczki (emboliae), może stać się niebezpiecznym.

Bez wątpienia ciąża ma wpływ na serce chore, lecz wpływ ten równoważy się przez spokój. Wady sercowe skompensowane zazwyczaj nie powodują żadnych objawów.

W trzecim rozdziale autor rozważa wpływ serca chorego na ciążę. Po większej części wpływu tego nie jesteśmy w stanie rozpoznać. Rzadko występuje przerwanie ciąży. Występująca w ciąży miesiączka jest objawem zastoiny w krwiobiegu. Ilość wód płodowych bywa zazwyczaj normalną, autor jednak obserwował nienormalnie wielką ilość wód płodowych. Osłabienie bólów porodowych jest zjawiskiem dość częstym, co przeczy teorii *Brown Sequarda*, który tłumaczy powstawanie bólów przez nagromadzenie we krwi nadmiernej ilości kwasu węglanego. Krwotoki poporodowe są nadzwyczaj rzadkie.

Porody przedwczesne występują zazwyczaj przy objawach zastoiny w małym krwiobiegu.

Po większej części rodzą się dzieci normalne i zdrowe.

Rokowanie jest pomyślne w wadach sercowych skompensowanych.

O wpływie rodzaju wady nie wiemy. U wieloródek rokowanie bywa gorsze, niż u pierwiastek. Kobiety, znajdujące się w lepszych warunkach socjalnych, mniej podlegają niebezpieczeństwu. Panny z wadą sercową skompensowaną mogą wychodzić za mąż.

W celach profilaktycznych trzeba zalecić spokój, a przy grożącej dyskompensacji — kurację mleczną. Jeżeli poród sprowadził zaburzenia, to należy pomyśleć o uniezdolnieniu chorej do zajścia. Czas trwania porodu należy, o ile możliwości, skrócić. Należy jaknajdłużej czekać z przerwaniem pęcherza.

Jeżeli matce grozi śmierć, to należy zrobić *accouchement forcé*, lub też dokonać cięcia cesarskiego, jeżeli matka umiera, a płód jeszcze żyje. W przypadkach ciężkiej dyskompensacji należy jaknajprędzej wywołać poród przedwczesny.

*M. Warszawski.*

66. G. E. Herman. **Cukromocz i ciąża.** (Edinb. med. journ. 1902, luty).

30-letnia pacjentka rodziła 7 dzieci, porody były zawsze ciężkie, ostatnie 3 dzieci nieżywe. Od sierpnia 1900 roku nowa ciąża. Po 3 miesiącach znaczne osłabienie, wpływ pochwoy żrący, furunkuly na zewnętrznych organach płciowych i silne pragnienie.

Ostatni objaw występował już dawniej, lecz w słabszym stopniu. Silne wychudnięcie z kaszlem nieznacznym. Przed 3 miesiącami rozpoznano cukromocz, lecz chorej nie zalecono specjalnej diety, oprócz używania sacharyny zamiast cukru. W którym miesiącu ciąży wystąpił cukromocz i czy już istniał w ciążach poprzednich — trudno powiedzieć. Od 23 marca 1901 roku chora poczuła ruchy płodu i ciągle wymiotowała, dlatego po 3 dniach przeniesiono chorą do szpitala londyńskiego w stanie nawpół umierającym i prawie komatycznym. Zauważono nadmiar wód płodowych (*hydramnios*). Nazajutrz 27



marca 1901 r. nastąpił poród samoistny płodu nieżywego, zgniętego, nie zupełnie dojrzałego. Chora umarła 16 kwietnia przy objawach, towarzyszących zazwyczaj dyabetyczkom, po rękoczynnie chirurgicznym. Tylko w pierwszych 5—6 dniach połogu znaleziono białko w moczu, a zawartość cukru w moczu z każdym dniem aż do śmierci się zwiększała.

Autopsya ujawniła obecność ropy w prawej opłucny, płuce prawe obrzękłe. Części płuca, przylegające do ropy, wykazały pod drobnowidzem zwyrodnienie sarkomatyczne okrągłokomórkowe.

Na związek pomiędzy cukromoczem a ciążą autor tak się zapatruje: cukromocz stanowi bardzo poważne powikłanie, i tem poważniejszej im wcześniej w ciąży występuje. Jeżeli dyabetyczka zajdzie w ciążę, to cukromocz przyjmuje ciężki i ostry przebieg. Nadmiar wód płodowych i obumarcie płodu w danym przypadku zgadzają się z opisami innych autorów. Na mocy powyższego autor wysnuł następujące wskazania:

1) Prawdopodobieństwo obumarcia płodu w macicy równa się, jak 2:1.

2) Jest rzeczą możliwą, że i cukromocz ustępuje z chwilą ustąpienia ciąży i a priori można przypuścić, iż to tem prędzej nastąpi, im prędzej skończy się ciąża.

3) W przeciwnym razie chora może w krótkim czasie po porodzie umrzeć wskutek kłopsu i koma.

Na mocy powyższych wniosków autor żąda sztucznego przerwania ciąży przy cukromoczu, zwłaszcza, jeżeli istnieje hydramnios, gdyż w ten tylko sposób życie matki może być ocalone.

*M. Warszawski.*

67. B. S. Schultze. **Ginekologia w zakładzie dla umysłowo chorych.** (Monatschr. für Geb. und Gynäk. Bd. XV, Ergänzungsheft. 1902. April 1).

Już przed 20 laty autor wskazał na związek przyczynowy, istniejący pomiędzy zaburzeniami psychicznymi a cierpieniem organów płciowych, i żądał, aby w każdym zakładzie dla umysłowo chorych jeden z asystentów był skończonym ginekologiem. W ostatnich czasach Hobbs ogłosił w Buffalo med. journ. pracę o 1000 badaniach ginekologicznych, dokonanych pod narkozą w londyńskim szpitalu dla umysłowo chorych w ciągu lat sześciu. U 253 kobiet, które cierpiały na ostrą, chroniczną, lub pługową manię, resp. Melancholię i Folie circulaire, leczenie ginekologiczne, przeważnie operacyjne, okazało się niezbędnem (exstirpatio, oophorectomia, resectio ovariorum, Alexander-Adams, ventrofixatio, laparomyotomia, curettement, perineorrhaphia, Prolapsoperatios). 5 kobiet zmarło, 100 zostało uleczonych z psychozy, u 59 zauważono polepszenie. Od chwili wprowadzenia badania ginekologicznego i leczenia liczba kobiet wyleczonych podniosła się z 37,5% do 52,7%, kiedy ilość mężczyzn chorych pozostała na stopie dawniejszej 35%. Chorych kobiet z nawrotem poprzed-

niego cierpienia nie obserwowano. Autor cieszy się z wyników, otrzymanych przez Hobbs'a i widzi w nich potwierdzenie swoich życzeń,

*M. Warszawski.*

68. O. Kaiser (z Drezna). **W kwestyi prędkiego rozszerzenia szyi macicznej podług Bossi'ego.** (Central. für Gynäk. 1902, № 41, str. 1075).

Przyznając metodzie Bossi'ego niewątpliwe zalety, jest ona bowiem prędką, pewną, aseptyczną i bezkrwawą, autor uważa sam przyrząd za mniej pomyślny; jest bowiem zanadto skomplikowany, nie rozkłada się do czyszczenia i 4 jego ramiona wrzynają się w tkankę szyi. W tym celu autor proponuje zmodyfikowany przez siebie przyrząd, który 1) składa się z 8 ramion i 2) z łatwością się rozkłada na drobne części i również prędko może być złożonym w całość. Instrument ten wyrabia Hermann Straube w Dreźnie, Hauptstrasse. Co minutę należy korbą zrobić pół obrotu. W ciągu 25 minut rozwarte ujęcie ma 34 ctm. w obwodzie. Po dziesiątym półobrocie nakłada się kapy na ramiona. U pierwiastek przed stosowaniem tego przyrządu należy poprzednio rozszerzyć ujęcie za pomocą rozszerzadeł Hegar'a. Ujęcie rozwiera się nie w postaci czworoboku, jak u Bossi'ego, lecz w postaci ośmiokątu, tworząc prawie krąg, gdyż przestrzenie pomiędzy ramionami są krótsze i same ramiona mniej się wrzynają w tkankę. Odnośnie zalet tej metody autor w zupełności się zgadza z Leopold'em i Rissmann'em. Odnośnie zaś wskazania autor jest tego zdania, że przyrząd ten powinien mieć zastosowanie przeważnie w eklampsyi. Do sztucznych porodów przedwczesnych lepiej stosować metreuryzę, przyczem metreurynter łatwo się wprowadza po nieznacznem rozszerzeniu ujęcia zapomocą tego przyrządu.

Słusznie Rissmann powiada, że rozszerzenia szyi za pomocą tego przyrządu nie należy identyfikować z wygładzeniem szyi. Dla tego też poród kleszczowy lub obrót w sztucznie wytworzonych warunkach jest o wiele trudniejszym. Autor miał to samo zdarzenie, co i Leopold; w przypadku placenta praeviae, po obrocie musiał zrzec się dalszej ekstrakcyi płodu, ponieważ zadawnione pęknięcie szyi zaczęło się w dalszym ciągu rwać. Samoistne wypchnięcie płodu nastąpiło po 8 godzinach, bez niebezpieczeństwa, przy szyi wygładzonej.

*M. Warszawski.*

69. G. de Paoli. **Wybór operacyi w ciężkich przypadkach eklampsyi.** (Archiv di ostetricia e ginecologia, 1901, September).

Autor słusznie zwraca uwagę, że sposobem profilaktycznym (badanie częste moczu, dyeta mleczna, purgantia, venesectio etc.) można w niektórych przypadkach zapobiedz wybuchowi eklampsyi.

Z chwilą, gdy choroba wybuchła, należy przedewszystkiem stosować środki lecznicze, inclusive narcotica. W przypadkach ciężkich,



które zaraz nie wykazują zwrotu do poprawy, autor zaleca terapię czynną, t. j. jaknajprędsze opróżnienie macicy, gdyż doświadczenie wykazało, że w niektórych przypadkach ataki ustępują po opróżnieniu macicy. W każdym razie operacja musi być dokonana w głębokiej narkozie. Jeżeli eklampsya wybuchła w początkach porodu, to należy dokonać accouchement forcé, t. j. niezwłocznego rozszerzenia ujścia i następczej ekstrakcji płodu. Autor w 4 przypadkach rozszerzył ujście za pomocą rozszerzadła Bossi'ego. W tych 4 opisanych przypadkach dzieci przyszły na świat żywe; jedna tylko matka umarła (w następnym dniu). Wobec ciężkich przypadków należy uważać powyższe wyniki za bardzo pomyślne i nie ustępujące wynikom, otrzymanym z innych sposobów traktowania (incisio, sectio cesarea).

*M. Warszawski.*

70. J. Veit. **Leczenie eklampsyi.** (Therapeutische Monatshefte, 1902, № 4).

Ponieważ nie znamy dokładnie istoty eklampsyi, nie mamy przeto racjonalnej terapii tego cierpienia; leczenie nasze jest czysto empiryczne.

Podczas porodu należy zachować najściślejszą antyseptykę, należy ograniczyć podawanie pokarmów i lekarstw per os, a każde badanie pochwowe musi być dokonane pod narkozą. Gdy choroba wybuchnie w okresie początkowym porodu (rozwarcia macicy), należy przerwać pęcherz i podawać morfinę i chloralhydrat. Można również przy często powtarzających się konwulsjach założyć metreurynter, jeżeli tętno jest mocne. Z chwilą wystąpienia sinicy należy dokonać wenesekcji i wstrzyknąć roztwór soli kuchennej. Wreszcie, można czekać, dopóki ujście nie rozszerzy się zupełnie.

Inaczej rzecz się ma, gdy przy zwężonej szyi macicznej napady zwiększają się i pod względem natężenia i pod względem czystości, gdy poród nie postępuje i stan chorej widocznie się pogarsza. Wtedy należy natychmiastowo poród przyspieszyć za pomocą obrotu skombinowanego i następczej ekstrakcji płodu. Jeżeli szyja zupełnie zamknięta, a stan ogólny chorej się pogarsza pomimo stosowania środków narkotycznych, należy pomyśleć o cięciu cesarskim. W położu należy podawać narkotyki, robić koce, wenesekcję, jeżeli tego zaizdzie potrzeba, t. j. jeżeli ataki powtarzają się po opróżnieniu macicy.

*M. Warszawski.*

71. Prof. Krönig: **Obustronne podwiązanie aa. hypogastricae i ovaricae w celu leczenia paliatywnego raka macicy.** (Centralblatt für Gynäkologie, 1902, № 41, str. 1073).

Dotychczasowe leczenie paliatywne nie kwalifikujących się do operacji raków macicznych za pomocą skrobania i przyżegania nie zawsze usuwa krwotoki i ropienie mas rakowatych, a w niektórych przypadkach staje się rękoczynem wprost niebezpiecznym dla organów

sąsiednich (pęcherz, odbytnica, jama brzuszna), mogąc sprowadzić ich przedziurawienie.

W tych oto rozpaczliwych przypadkach autor trzykrotnie dokonał podwiązania aa. hypogastricae i ovaricae z dobrym wynikiem. A. hypogastricam autor podwiązuje jedwabiem w miejscu wylotu jej z arteria iliaca communis, a ovaricam przy wejściu do więzu szerokiego. Oprócz tego autor podwiązuje jeszcze naczynia więzu obłego (sam więc obły) w celu utrudnienia krążenia kollateralnego przez art. spermaticam int., wychodzącą z art. iliaca externa. Otwór w ścianie brzusznej może być niewielki; nadaje się do tego cięcia poprzeczne Pfannenstiel'a pomiędzy pępkiem a spojeniem łonowem. Ranę zaszywa się jedwabiem i chora może na 8—9 dzień wstać z łóżka.

Krwawienie we wszystkich 3 przypadkach natychmiast ustało. Od wpływ ropiasty zmniejsza się na krótki czas, lecz wkrótce powraca. Dlatego autor proponuje w przyszłości kombinację podwiązania naczyń i zeszkobania mas rakowatych.

Za wskazanie do powyższego rękoczynu autor uważa te przypadki, gdzie po otwarciu jamy brzusznej uwidocznią się, że dany przypadek nie nadaje się do operacji radykalnej. Należy tedy przed zamknięciem jamy brzusznej poświęcić 5 minut czasu dla dokonania podwiązania wyżej wymienionych naczyń. *M. Warszawski.*

### III. Choroby weneryczne.

72. Prof. v. Zeissl. **Cierpienia układu chłonnego w rozmaitych okresach przymiotu.** (Wien. Med. Woch., 1902, № 20—22).

Gruczoły i naczynia chłonne ulegają cierpieniom we wszystkich 3-ich okresach przymiotu.

#### I. Cierpienie gruczołów chłonnych.

Wśród objawów znamionujących pierwotne przymiotowe cierpienie najważniejszymi są liczne niebolesne obrzmienia gruczołów chłonnych w okolicy tegoż. Objaw ten występuje w 11—30 dni po zakażeniu. Gdy stwardnienie pierwotne przymiotowe obrało miejsce na zewnętrznych organach płciowych — co się zdarza najczęściej — wówczas obrzmiewają gruczoły pachwinowe po stronie odpowiadającej stwardnieniu.

Ponieważ jednak naczynia chłonne jak prawej tak i lewej strony prącia mogą wpadać nie tylko do gruczołów znajdujących się po tej samej stronie, lecz i po przeciwnej, przeto w razach wyjątkowych mogą być zajęte również i gruczoły w przeciwległej okolicy pachwinowej. W pojedynczych przypadkach naczynia chłonne z zewnętrznych organów płciowych skierowane są wprost ku gruczołom znajdującym się w miednicy, z pominięciem gruczołów pachwinowych; wówczas nie możemy wyczuć towarzyszących cierpieniu pierwotnemu powiększonych gruczołów z powodu ich głębokiego umiejscowienia. W razie



umiejscowienia stwardnienia pierwotnego na piersi obrzmiewają po większej części gruczoly chłonne pachowe, rzadziej zaś gruczoly poza mięśniem piersiowym wielkim, przy cierpieniu pierwotnem na wargach ustnych obrzmiewają gruczoly podszczękowe. Pytanie, czy w ciągu pierwszych tygodni po zakażeniu może się jad przymiotowy przedostać poza pierwszy napotykaną na drodze łańcuch gruczolów, nie zostało dotychczas rozstrzygnięte twierdząco. Według H. v. Zeissla, do gruczolów obrzmiących w okolicy stwardnienia pierwotnego jad dostał się wprost ze stwardnienia, tymczasem gdy do gruczolów odległych w okresie wtórnym przedostać się mógł drogą naczyń krwionośnych jak również z gruczolów pierwotnie obrzmiących drogą naczyń chłonnych. Gruczoly obrzmiące w okolicy stwardnienia pierwotnego czyli t. zw. dymienice niebolesne wyjątkowo tylko ulegają ropieniu, a mianowicie w następstwie powikłań konstytucjonalnych lub też miejscowych. Graźlica przyczynia się często do zropienia lub też zserowacenia dymienic niebolesnych. U osobników cierpiących na choroby konstytucjonalne dymienice w krótkim stosunkowo czasie przybierają wielkość niezwykłą, przytem towarzyszą im słabsze lub silniejsze objawy zapalne. Te, tak zbyt powiększone, gruczoly nazywają dymienicami wolatemi (strumöse Bubonen); przebiegiem swym różnią się one znacznie od zwyczajnych niebolesnych dymienic. Dymienice wolate są zwykle guzem nierównym, zrazikowatym. Skóra pokrywająca zwyczajne niebolesne dymienice pozostaje niezmienną, przesuwalną i łatwo daje się ująć w fałdy; skóra zaś pokrywająca dymienice wolate przyrasta do obrzmiących gruczolów, czerwienieje stopniowo, przyczem guz bolesny jest przy ucisku. Pomimo jednak jawnych objawów zapalnych nie ulegają one przez długi czas ropnemu rozpadowi, a w wielu razach wessanie nie następuje pomimo użycia środków sprzyjających wessaniu. Zwykle w tego rodzaju guzach po pewnym przeciągu czasu na wyniosłych jego miejscach skóra coraz bardziej czerwienieje; miejsca te stają się z początku gąbczaste, miękkie, w końcu zaś wykazują chęłbotanie. Ze zrobionego cięcia sączy się zaledwie nieznaczna ilość klejkiego płynu i dużo surowicy krwi. Przez wczesne otworenie takich dymienic i wydalenie surowicy krwi guz prędko ulega częściowemu rozpadowi, a raczej tylko nowoutworzona tkanka łączna podskórna i tkanka znajdująca się między zrazikami gruczolu; tymczasem same gruczoly, jakkolwiek ropą ze wszoch stron otoczone, stawiają opór; zjad w okolicy gruczolów, już to pod skórą, już między zrazikami powstają mniej lub więcej kręte przetoki. Po przecięciu podminowanych miejsc skóry za pomocą noża tworzy się często na przebiegach rany nalot, sformowany z młodej tkanki łącznej, która, przechodząc z jednego brzegu na drugi przeciwległy, tworzy mostki. Młoda tkanka łączna, ulegając rozkładowi, powoduje drobno-ziarnisty rozpad tkanki łącznej znajdującej się między obrzmiąciami gruczolami, przez co wrzód znacznie się powiększa i ma na powierzchni brudno-żółty słoninowaty nalot; na dnie wrzodu znajdują się rozrosłe gruczoly wielkości orzecha włoskiego, pozbawione swej błony lub podścieliska. Skutkiem drażnienia ropą tkanki łącznej podskórnej i międzyzrazikowej tworzą się proste lub



kręte nowe ogniska zapalne, które, ulegając szybko drobnoziarnistemu rozpadowi, tworzą w ten sposób nowe przetoki. Przetoki te powodują stwardnienie sąsiedniej tkanki łącznej i stopniowo pokrywają się tak zwaną „membrana pyogenica“, ponieważ uważano ją za źródło tworzenia się ropy, co w istocie tak nie jest. Jeśli nagromadzona w głębi guza ropę lub posokę nie usuniemy we właściwym czasie, to mogą się wytworzyć nowe ogniska zapalne.

Do miejscowych powikłań u osób silnych, powikłań prowadzących do zropienia niebolesnych dymienic, zaliczamy ogniska ropne w takich miejscach, które drogą naczyń chłonnych są w związku z niebolesnymi dymienicami. Tu więc należą: lepsze wilgotne wrzodziejące, wykwitły pryszczkowe przymiotowe i nieprzymiotowe, przedewszystkiem zaś wrzody szankrowe i tryper części rdnych. Gdy ropa, która powstała przy którejkolwiek z wyżej przytoczonych spraw chorobowych, dostanie się drogą naczyń chłonnych do niebolesnych dymienic, wówczas rozwijają się objawy zapalne, właściwe ostro rozwijającym się dymienicom.

Rokowanie w niebolesnych twardych dymienicach, towarzyszących stwardnieniu Hunterowskiemu, dwójako powinno być uwzględniane: 1) pod względem ich znaczenia dla całego organizmu, i 2) pod względem miejscowych zmian chorobowych, które powstają w zajętych gruczołach i tkankach je otaczających. Stwardnienie Hunterowskie otrzymuje właściwe patognomiczne i prognostyczne znaczenie dopiero z chwilą wystąpienia stwardniałych gruczołów, czyli, że jednocześnie z obrzmieniem gruczołów mamy prawo uważać stwardnienie otaczających tkanek za wynik zakażenia przymiotowego i możemy wtedy już z góry przepowiedzieć, że u osoby, dotkniętej tym objawem, wystąpią wkrótce i w innych tkankach zmiany przymiotowe. Co się tycze miejscowego znaczenia, to u osób dobrze odżywianych i przy starannem leczeniu następuje w przeciągu 4—5 miesięcy albo wessania niebolesnych dymienic na drodze przestarczenia tłuszczowego, albo też—skredowacenie. Inaczej zupełnie zachowują się wolate dymienice; są one smutnym wynikiem nader ważnego powikłania, a mianowicie połączenia przymiotu z gruźlicą, która wywiera zgubny wpływ na rozwój i wsteczne przemiany chorobowych procesów przymiotowych. Przewlekły charakter gruźlicy staje się wkrótce widocznym w opieszłym przebiegu wolatych dymienic, które zazwyczaj trwają dłużej, niż wszystkie inne objawy pierwszej fazy przymiotu. Przy najszcześniejszym przebiegu potrzebują one 5—6 miesięcy do wessania, które zwykle jest tylko częściowe; większa część cierpiących gruczołów kredowacieje. Chelboczące wolate dymienice mogą jeszcze uleść wessaniu, jeśli tylko powstanie ich nie zostało wywołane lasecznikiem D u c r e y'a. Niekiedy podobne dymienice pękają same i wtedy wypływa z nich niewielka ilość osocza krwi, zmieszanego z ropą, pozostała zaś część guza szybko się zmniejsza. Niezrównanie gorsze jest zejście wolatych dymienic, jeżeli zbyt wczesnie zostały otworzone. Powstać wtedy mogą głęboko drążące zniszczenia, przetoki i śmiertelne zapalenia otrzewny. We 2—6 tygodni po utworzeniu się niebolesnych dymienic w miejscu najbliższem stwardnienia przymiotowego obrzmiewają



i inne ogniska gruczołowe, leżące w najrozmaitszych okolicach ciała. Gruczoły najwyraźniej i najczęściej obrzmiewające są następujące: gruczoły szyi położone na tylnym brzegu wyrostka sutkowego i mięśnia mostko-obojezyko sutkowego, dalej gruczoły inne szyjowe i podobojczykowe, pachowe, resztką gruczołów pachwinowych, które nie były zajęte jeszcze pierwotnie, i wreszcie gruczoły łokciowe i podszczękowe. Na trupach przymiotowych osób znajdujemy obrzmiałe gruczoły na tylnej powierzchni kości mostkowej, gruczoły oskrzelowe, tudzież — brzucha i miednicy. Guzy gruczołowe pochodzenia przymiotowego dosięgają najczęściej wielkości grochu cukrowego, bobu, lub orzecha laskowego; zwykle rozwijają się one bez objawów zapalnych i przy nacisku okazują się nieczułymi. Następnie przymiotowe guzy gruczołowe, podobnie pierwotnym dymienicom niebolesnym, ulegają u osób gruźliczych znacznemu powiększeniu i mogą przejść co najmniej w częściowe zropienie z powodu wessania ropy z sąsiednich ognisk ropnych.

*Rozpoznanie różniczkowe.* Przymiotowe guzy gruczołowe u osób zkadinał zdrowych nie dochodzą nigdy do takiej wielkości, jak u osób dotkniętych gruźlicą. Tamte mają powierzchnię gładką, ostatnie zaś są wzgórkowate i nierówne. Przymiotowe guzy gruczołowe przy pomyślnych okolicznościach zmniejszają się i znikają, albo ulegają stłuszczeniu, zwapnieniu, lub też przeistoczeniu mączkowatemu. Gruźlicze przerosty gruczołów ulegają zapaleniu często w następstwie nieznacznych wpływów zewnętrznych, przyezem w wielu punktach wytwarza się ropa. Ta ulega zgęszczeniu, stłuszczeniu, zserowaceni, lub też zwapnieniu; w końcu dochodzi do przedziurawienia skóry w wielu miejscach, w następstwie czego powstają odrętwiałe wrzody na skórze o sinych podminowanych brzegach, które to wrzody wydzielają bądź płynną klejowatą, bądź zgęszczoną, serowatą wydzielinę i w końcu zablizniają się promienisto.

W okresie późnym przymiotu mogą również cierpieć gruczoły chłonne, jak podskórne, tak i głębokie; zwykle nie dochodzi tutaj do rozpadu. Miękkzaki przymiotowe gruczołów chłonnych mają postać niebolesnych guzów, pokrytych normalną skórą. W razie rozpadu, któremu ulegają rzadko, udział w tem bierze również pokrywająca skóra i dojść może do owrzodzenia pełzającego. Według statystyki, miękczakalne zmiany gruczołów chłonnych występują bardzo rzadko. Podług *Mauriac'a*, cierpieniu temu stosunkowo najczęściej ulegają gruczoły oskrzelowe, płucne, śródpiersia, wątrobowe i żołądkowe. Z gruczołów powierzchownych najczęściej zajęte bywają — obojezykowe, szyjowe, pachwinowe i pachowe.

## *II. Cierpienie naczyń chłonnych.*

Występuje ono we wszystkich trzech okresach przymiotu. Najczęściej jednak towarzyszy stwardnieniu pierwotnemu. *Neumann* na 903 przypadki przymiotu w 84-eh zauważył cierpienie jednego lub kilku naczyń chłonnych na grzbiecie pęcia. *Bassereau* spotykał zapalenie naczyń chłonnych w 20% przypadków stwardnienia. W zi-

leżności od cierpienia pierwotnego zajęte mogą być naczynia chłonne nie tylko na grzbiecie prącia, lecz i w wędzidełku, jak również znajdujące się poza koroną żołądzi. Zajęte naczynia idą w kierunku od przymiotowego stwardnienia pierwotnego i wyczuwają się po większej części jako gładkie powrózki, grubości gęsiego pióra. Czasem jednak przedstawiają one węzłowe wybijałości. Zgrubienie naczyń chłonnych bardzo często skonstatować można, zaczynając od miejsca cierpienia pierwotnego aż do najbliższej grupy gruczołów. Podobne zajęcie naczyń u kobiet może mieć miejsce na zewnętrznych organach płciowych. Przy stwardnieniach pozapłciowych zapalenie naczyń chłonnych wytworzyć się może na każdym miejscu. Finger w jednym przypadku zauważył powrózek, idący od stwardnienia pierwotnego wargi dolnej do gruczołów podszczękowych. Fournier i Köbner obserwowali lymphangoitis w kierunku od cierpienia pierwotnego na palcu. Te powrózki naczyń chłonnych nie ulegają zwykle zmianom i znikają przy kuracji przeciwprzymiotowej. Ricord, Jullien i kilku innych obserwowali ropienie zgrubień naczyń chłonnych w okresie pierwotnym przymiotu (Bubonuli syphilitici). Koch we wszystkich 3-ech spostrzeganych przezeń przypadkach „Bubonuli syphilitici“ nie mógł wykazać w nich żadnego związku z naczyniami chłonnymi. Uważa on je natomiast za mięczakowe rozmięczenia (gummöse Erweichungen). Autor i J a d a s s o h n obserwowali Bubonuli syphilitici w przypadkach, w których nie dało się zauważyć zapalnych objawów ze strony naczyń chłonnych. Mauriac widywał przypadki zapalenia naczyń chłonnych w okresie wtórnym przymiotu, który to objaw spotykał bardzo rzadko. To cierpienie naczyń wywoływało lekki ból oraz zapalenie otaczającej tkanki łącznej, skutkiem czego powrózki przyrastaly nawet do skóry i wykazywały na niej wzdłuż przebiegu czerwone smugi. W przypadkach przewlekłych powrózki można było przesuwac pod skórą.

Sallé opisał rozmaite postacie cierpienia przymiotowego naczyń chłonnych w okresie późnym nabytego i dziedzicznego przymiotu.

H. Uliniski.

#### IV. Choroby nosa.

73. Dr L. Grünwald. **Współczesne poglądy na katar śmiernący nosa.** (Archiv für Laryngologie u. Rhinologie. Band 13, H. 2. 1902).

Autor opisuje różne doświadczenia i przypadki, dotyczące tego przedmiotu, i przychodzi do następujących wniosków.

Cały szereg ogniskowych ropień, jako to w dodatkowych jamach nosowych, w kanałach nosowych i w adenoidnej tkance epi- i mezopharyngealnej daje nam obraz kliniczny tworzenia się cuchnących strupów w szerokich nosach. Wydzieliny zaś są najpierw płynne, przeważnie zupełnie bez zapachu; czasami jeszcze zaś w świeżym



stanie cuchną ogromnie. Potem wydzieliny te wysychają, dzięki mechanicznym wpływom, między którymi najważniejszym przedstawia się lepkość, wywołana przez zakażenie lasecznikiem *A. bella*, i nienormalna szerokość nosa. Zanik powstaje, jeżeli nie był na miejscu pierwotnie, dzięki uciskowi i wpływom zakaźnym, pochodzącym od ogromnej ilości znajdujących się strupów. Zapach wytwarza się przez saprofityczny rozkład wydzieliny, która znajduje się w półwilgotnym stanie w ogromnej ilości i jest mocno zbita dzięki swej nienormalnej lepkości. Zupełnie pewnym jest, że ogólna słabość ciała na postawie dziedziczności, a szczególnie rodzinna gruźlica bardzo usposabia nie tylko do pierwotnych ogniskowych ropień, ale i do wtórnych zakażeń, z drugiej zaś strony mogą te choroby same przez się prowadzić do ogólnego charłactwa pod postacią złogów, niedokrwistości i t. p.

*W. Biehler.*

74. Dr R. K a f e m a n n. **Przypadek ciała obcego w retronasum.** (Archiv f. Laryngologie und Rhinologie. Bd. 13, H. 2).

Literatura medyczna, tak bogata w opisy przeróżnych ciał obcych w nosie, nie notuje żadnego przypadku obcego ciała w retronasum, aż do obecnej chwili. Chodzi tu mianowicie o 12-letnią, dziewczynkę, która od kilku lat cierpiała na śmierzdzący katar nosa. Mimo wielokrotnych badań trudno dojść było do wniosków pozytywnych—badanie promieniami Röntgen'a nie dało żadnych wskazówek. Jama nosowa okazała się zupełnie normalną—zaledwo w retronasum znaleziono wyrośnięte adenoidalne. W przypuszczeniu, że wyrośnięte owe są przyczyną nieznośnego zapachu, usunięto takowe szczypcami Kuhn'a. W wyciętych wyrośnięciach znaleziono zardzewiały, pokryty cuchnącym śluzem—guzik od bućków!!

Po operacji dziecko nie cierpi więcej na katar śmierzdzący.

*W. Biehler.*

75. Dr L. W o l f f. **O wrodzonym kostnym zamknięciu choan.** (Archiv f. Laryngologie und Rhinologie. Bd. 13, H. 2).

Autor opisuje spostrzeżenie, dotyczące chorej lat 53, pochodzącej ze zdrowej rodziny. Chora posiada kilkoro dzieci, nie chorowała na żadną poważną chorobę. Od dawien dawna narzeka na słaby ból głowy oraz na zupełne zatkanie lewej dziurki nosowej, co utrudnia wydzielanie śluzu i przechodzenie powietrza, prawa strona normalna. Przy badaniu okazuje się, że lewa strona twarzy jest w stanie zaniku w porównaniu z prawą. Chora widzi gorzej na lewe oko, przez lewą stronę nosa oddychać wcale nie może (usta przy oddychaniu otwarte). Głos nosowy. Nos zewnętrznie bardzo wązki, nie zgięty, dziurki jednakowej wielkości. Jamy nosowe z obydwóch stron bardzo szerokie; błona śluzowa wydaje się z lewej strony trochę atroficzną. Ozeny niema. Przegroda nosowa trochę zgięta ku prawej stronie. Przez lewą stronę nosa wcale nie widać tylnej ściany gardzieli, wi-

dzimy tylko kostną ścianę bez otworu. Z prawej strony widać też kostną ścianę, lecz z otworem, prowadzącym do gardzieli. Węchu z lewej strony wcale niema, z prawej strony bardzo słaby. Słuch z obydwóch stron normalny. Aby ulżyć chorej, zrobiono operację tylko z lewej strony, gdyż z prawej nie było żadnej potrzeby ku temu. Ścianę przebito trefiną i powiększono otwór Hartmanowskimi kleszczami; przyczem okazało się, że ściana pośrodku bardzo cienka, ale kostna, po bokach trochę grubsza. Przez kilka dni po operacji chora skarżyła się li tylko na ból głowy; ból ten przeszedł i chora wyzdrowiała. Węch trochę wrócił z lewej strony. Chora oddycha teraz dobrze lewą stroną. Jest to przypadek wrodzonego, kostnego zamknięcia choan, nie zaś chorobliwy stan, jak to widać z wywiadów i podobizny ścian lewej i prawej strony. W przypadku tym najbardziej ciekawy jest fakt, że słuch okazał się zupełnie normalnym, że lewa połowa twarzy w zaniku i że jamy nosowe są bardzo szerokie, przyczem nos zewnętrzny wąski.

*W. Biehler.*

76. Dr Kassel. **Przypadek nerwowego bicia serca, wyleczony przez usunięcie występu kostnego przegrody nosowej.** (Archiv für Laryng. u. Rhinol. Band XIII, Heft 2 1902).

Pacjent, lat 25, dobrze zbudowany, trochę anemiczny, cieszący się zawsze dobrem zdrowiem, cierpiał od pięciu miesięcy na bicie serca, które zjawiało się bez wyraźnej przyczyny; przedtem skarżył się na utrudniony oddech przez prawe nozdrze. Zestawienie tych dwóch objawów pozwalało przypuszczać istnienie jakiegoś związku między nimi.

Badanie serca wykazało granice i tony zupełnie normalne. W jamie nosowej znaleziono powiększenie lewej i prawej dolnej muszli, przyczem z prawej strony na przegrodzie był występ, który dotykał dolnej muszli. Dotykanie zgłębnikiem tego występu z prawej strony wywoływało odruchowe bicie serca.

Po usunięciu występu bezpowrotnie ustało owe bicie serca. Powiększone muszle zostały usunięte potem, w celu przekonania się, czy utrudniony oddech przez nos nie wywołuje bicia serca. Okazało się, że przyczyną bicia serca były widocznie jakieś zmiany w drogach nerwowych, które się kończyły w występie kostnym na przegrodzie nosowej.

*W. Biehler.*



## V. BIBLIOGRAFIA.

77. D-r Józef Jaworski. **Surowica przeciw paciorkowcowa oraz stosowanie jej w gorączce połogowej.** (Odczyt kliniczny, serya XIV, zeszyt 10, 1902 r.)

Wśród współczesnych metod leczniczych ujawnia się dążenie do jaknajszerszego stosowania seroterapii. Surowica przeciwbłonicza zyskała już prawo obywatelstwa w rzędzie środków leczniczych, pewnie i skutecznie działających. To samo da się powiedzieć o surowicy przeciwżółcowej. Kliniczne badania Escherich'a nad surowicą przeciwszkarlatynową Moser'a zdają się rokować powodzenie w leczeniu tej choroby. Wreszcie, surowica przeciw paciorkowcowa coraz częściej bywa stosowaną w różnych cierpieniach, a przedewszystkiem w gorączce połogowej.

Dla tego rozprawę J. Jaworskiego, która jest właściwie rozszerzonym odczytem, wygłoszonym przez niego w Warszawskim Towarzystwie Lekarskim, uważam za rzecz, będącą bardzo na czasie.

Zaznaczywszy na wstępie, że nowa idea uodporniania, ochrony, lub leczenia chorych bądź za pomocą przetworów bakteryjnych, bądź środkami z produktów chorobowych, powstała z nauki o naturze cierpień zakaźnych i toksycznych, autor podaje szczegółową charakterystykę pod względem biologicznym i chorobotwórczym paciorkowca ropotwórczego. Podawszy dokładny opis otrzymywania przez Marmorek'a jadowitych hodowli paciorkowców, oraz sposób uodporniania przeciwko nim zwierząt, J. osisał sam proces wytwarzania i otrzymywania surowicy przeciw paciorkowcowej za pomocą coraz jadowitszych hodowli, jak to czyni Marmorek, i zasadniczą różnicę ze sposobem stopniowego osłabiania hodowli drogą sterylizacji, co wykonywali w celu otrzymania surowicy Roger i Charrin. Nadto autor opisał badania nad wytwarzaniem surowicy, t. z. „polyvalens“ w Instytucie bakteryologicznym w Louvain przez uodpornianie zwierząt różnymi gatunkami paciorkowców. A nadto autor podaje wyniki badania tej kwestyi przez siebie na miejscu w Instytucie Pasteur'a. Surowice tam otrzymują, mieszając w różnych częściach 2 gatunki surowic: 1) antytoksyczną (serum antitoxique) i 2) bakteryobórczą wielowarłociową (Serum antimicrobien polyvalent).

Opisawszy własności fizyczne surowicy przeciw paciorkowcowej, autor podaje pierwsze z nią próby (w roku 1895) naprzód Charrin'a i Roger'a, następnie Marmorek'a, a w nowszych czasach Denys'a i Leclefa (z surowicą t. zw. polyvalens), przy łóżku chorych na różę, gorączkę połogową, zakażenie pooperacyjne.

Następnie, poświęcił Jaworski część odczytu krytycznemu rozbirowi literatury odnośnej: niemieckiej, angielskiej, francuskiej i polskiej, dotyczącej stosowania seroterapii przeciw paciorkowcowej, poczem scharakteryzował i rozpatrzył dodatnie i ujemne jej strony.

Przy opisie działania fizyologicznego i terapeutycznego surowicy przeciw paciorkowcowej (pobudzające, antytoksyczne, fagocytyczne,



bakteryobójcze), nakreślił autor mechanizm powstawania odporności przeciw żywym nośnikom zakażeń i podał odnośne doświadczenia Roger'a, Gabryczewskiego, Denys'a i Leclefa, Marchanda, dowodnie stwierdzające działanie takiej surowicy przeciw paciorkowcowej.

W drugiej części odczytu J. rozpatruje etyologię, patogenezę, anatomię patologiczną, przebieg kliniczny, rokowanie i zejście różnych postaci gorączki połogowej; zastanawia się nad niekorzystnymi warunkami seroterapii przeciw paciorkowcowej w gorączce połogowej, w porównaniu z leczeniem tą metodą innych cierpień. A więc: skłonność sprawy chorobowej do uogólnienia, szerzenia się na wielkich przestrzeniach ustroju, leczebność dróg, któremi zakażenie się szerzy (naczynia chłonne, żyłne, mięsz macicy) oraz niejednakie przyczyny, wywołujące gorączkę połogową (paciorkowce, gronkowce, skojarzenia mikrobowe: prątki kałnicze, lasecznik ropy błękitnej etc.)

W końcu J. treściwie przedstawił historię spostrzeżeń, leczonych przez niego surowicą przeciw paciorkowcową (szkoda, że nie dodano tablic krzywej ciepłoty gorączki połogowej). Na 13 przypadków tylko w 9-ciu autor przeprowadził ścisłą obserwację. Obserwacja obejmowała czasokres od kilku dni do 6 tygodni. Ilość surowicy zastrzykiwanej w oddzielnych przypadkach wahała się od 20 ctm. sz. do 60 ctm. sz. naraz, a 150—160 ctm. sz. na dobę, 240—420 ctm. sz. w ciągu paru tygodni trwania choroby. Obok surowicy, w razie potrzeby, stosowane było i leczenie odkażające i chirurgiczne. Badanie bakteriologiczne prowadzono w 4 przypadkach. Raz jeden natrafiono na gronkowca w czystej hodowli i dla tego zastosowano (bez dodatniego wyniku) i surowicę przeciwgronkowcową.

Wynik leczenia był następujący: w 5 przypadkach surowica działała nie tylko korzystnie odnośnie do ciepłoty, tętna, całego przebiegu, lecz i szybko; w jednym przypadku tylko łagodziła ciężkie objawy; w 2 ch działanie jej było wogóle połowiczne; w jednym zupełnie nie okazała działania. Na 9 przypadków było 7 wyzdrowień i 2 śmierci.

Odczyt ten, jako przedstawiający całokształt omawianej sprawy z uwzględnieniem praktycznej strony kwestyi, bezwątpienia znajdzie licznych czytelników wśród ogółu lekarskiego.

*M. Warszawski.*

### **Czasopisma polskie w Styczniu<sup>1)</sup>.**

**Anatomia i histologia.** Gronkowski. Przyczynek do histolog. budowy przyj. P. A. Markowski. O odmianach w skostnieniu mostka u człowieka. P. A.

<sup>1)</sup> *Skrócenia:* P. L.—Przegląd Lekarski. P. A.—Polskie Archiwum. G. L.—Gazeta Lekarska. P. Ch.—Przegląd Chirurgiczny. N. L.—Nowiny Lekarskie. K. L.—Kronika Lekarska. M.—Medycyna. Z.—Zdrowie. C. L.—Czasopismo Lekarskie. P. T. L.—Pamięt. Tow. Lek. Kr. L.—Krytyka Lek. P. H.—Przegląd Hygieniczny. P. O.—Przegląd Okulistyczny.



**Patologia ogólna.** Moraczewska. Wpływ podawania alkaliów na stopień kwasoty moczu. N. L. 1. Orłowski. Dalsze badania dotyczące zasadowości krwi. P. L. 5. Sieber N. Badania i poglądy prof. Nenckiego tyczące się barwnika krwi oraz powinowactwa jego z chlorofilem. G. L. 5. Rzętkowski. O wpływie silnego pocenia na skład krwi. M. 5.

**Medycyna wewnętrzna.** F. Arnstein. Kilka uwag o leczeniem stosowaniu kofeiny. M. 1. Eisenberg i Keller. O swoistości serodyagnostyki gruźlicy. P. L. 2, 3, 4. Gutowski. Przycz. do kaznist. nosacizny ostej. M. 4. Krokiewicz. Stosowanie wstrzykiwań podskórnych zawiesiny mózgowej w tężcu. G. L. 4. Pawiński. Apocynum cannabinum jako środek nasercowy i moczopędny. G. L. 1, 2, 3. Rubin. Dwa przypadki zapalenia okrężnicy. G. L. 1, 2. Rząd. Przycz. do leczenia kulszówki. C. L. 1. Nowotry. W sprawie rozp. tętniaków tętnicy głównej. P. L. 5.

**Choroby dzieci.** Słiwiński. Zaburzenia trawienne jako przyczyna wielkiej śmiertelności dzieci. G. L. 5. Arnstein. Rzekome zapal. opon mózgowych u dziecka 3-letniego. C. L. 1.

**Choroby ukł. nerw.** Pański. Przypadek obwodowego porażenia nerwu podjęzykowego prawego. K. L. 1. Spira. O zaburzeniach mowy pochodzenia ośrodkowego. P. L. 1—4. Ołtuszewski. Kilka słów o etyologii zbroczeń mowy. P. L. 3.

**Chirurgia.** Herman. O ranach postrzałowych. N. L. 1. Niedzielski. O mięsakach sutki. K. L. 2. Szeleifstein. Parafina jako środek leczniczo-kosmetyczny. G. L. 3, 4. Barącz. W sprawie leczenia wąglika. M. 1. Halle i Motz. O leczeniu cewki przedniej. M. 2.

**Choroby kobiet i akuszerya.** Mars. Kilka uwag w sprawie wykon. zabiegów operacyjnych w ginekologii. P. L. 4, 5. Lachs. Ginekologia Galena. P. L. 1, 2, 3, 4, 5.

**Choroby oczu.** Rosner. Kilka słów w sprawie ropnego zapalenia spojówek u noworodków. P. L. 1.

**Choroby gardzieli i uszu.** Dudrewicz. Powikłanie spraw ropnych ucha środkowego. K. L. 1, 2. Sędziak. Hygiena i profilaktyka gruźlicy odcinka górnego dróg oddechowych. N. L. 1.

**Hygiena.** Legeżyński. Oczyszczanie wód kanałowych. P. H. 1. Korczyński. Technika w usługach balneologii. Z. 1. Serkowski. O fałszowaniu produktów spożywczych. Z. 1. Tynecki. Statystyka wychowania fiz. w Galicji. Z. 1.

**Historia medycyny.** Adam Wnoruk. Listy Andrzeja Śniadeckiego. Kr. L. 1.

**Varia.** Hoyer. O pracowniach naukowych. Kr. L. 1. Bregman. O przymusowym leczeniu alkoholików. Kr. L. 1.

## VI. ODCINEK.

Pewnego wieczoru w gronie lekarzy wśród różnych rozpraw i dysput podniesiono pytanie, czy w medycynie mają jeszcze znaczenie autorytety? Pamiętam, z jak gorącym zaprzeczeniem przeważnej większości spotkało się ono. „Czasy te przeszły bezpowrotnie; dziś medycyna jest nauką przyrodniczą, która bada i sprawdza. Nie ma w niej dogmatów, nikt nie kieruje się wiarą w słowa nauczycieli; „αὐτὸς ἔφη“ nie może być argumentem w czasach eksperymentu i krytyki rozumu“.

Tak się niezawodnie rzecz ma w teorii. Autorytet, tak jak go pojmowano w wiekach średnich, upadł w zasadzie dzięki rozwojowi pojęć o indywidualności rozumu, dzięki myśleniu przyrodniczemu, dzięki wreszcie niezwykle szerokiemu udziałowi pracowników ducha—przez co myśl ludzka, płynąca dotąd wązkim strumieniem wśród krepujących go murów, wezbrała szeroką powodzią znosząca wszelkie sztuczne ograniczenia.

Jeżeli jednak skrócimy miarę czasu, jeżeli będziemy mierzyć znaczenia autorytetu nie trwaniem jego wpływu przez wieki, ale przez pokolenia tylko, to musimy przyznać, że autorytety istnieją, i, że będą istnieć po wszystkie czasy, póki zjawiać się będą umysły wyższe, górujące nad całą rzeszą współczesną i będące drogowskazami postępu wiedzy.

Zapewne, że w teorii pozostanie każdemu prawo krytyki takich autorytetów—i tu leży różnica zasadnicza w pojęciu dzisiejszem autorytetu w porównaniu ze średniowiecznym, w istocie jednak masy do prawa tego się nie poczuwają i wierzą tylko tak samo, jak wierzą i dawniej, dopóki nowy autorytet nie narzuci im wierzeń nowych.

Gdyby np. w jakimś zgromadzeniu lekarzy odezwał się kto, że nie wierzy w zaraźliwość suchot płucnych według doktryny berlińskiej, spotkały by go niewątpliwie dwa zarzuty. Po pierwsze, rzeczowy, że śmie ów ktoś występować przeciw uznanym faktom naukowym, i, powtóre, że użył określenia „nie wierzy“, nie mającego racji bytu w rzeczach nauki.

Jeżeli by jednak zmusić oponentów do ścisłego określenia ich własnej pracy umysłowej przy przyjęciu wymienionej hipotezy, co mogliby przedstawić za dowód, że posiłkowali się w tem nie tylko wiarą w pewne autorytety?

Czy dwudziestoletni przeciąg czasu od odkrycia Kocha dostarczył wiele dowodów, że odnośnie przyjęcia nowej prawdy postąpiono według zasad wieków nowożytnych, poddając ją krytyce, badaniu i sprawdzeniu?

Czy, oprócz oględzin w płwocinie lub skrawkach—wyprowadzono u nas hodowle laseczników gruźliczych? Czy mamy szeregi odnośnych przekonywujących prac doświadczalnych? Czy wszystkie



ogniwa, od lasecznika gruźliczego, jako przyczyny, do suchot płucnych, jako skutku, były poddane ścisłej krytyce i ona to zmusiła do zaliczenia nowego przypuszczenia do szeregu faktów naukowych?

Jeżeli pomimo niedopełnienia takich wymagań, hipoteza Kocha jest przyjęta ogólnie — to musiało się to stać oczywiście drogą wiary w autorytet tego uczonego.

Wszak żyje nas jeszcze wielu, co przed 20 laty zupełnie inaczej zapatrywali się na etyologię suchot płucnych niż obecnie. Jaką drogą nastąpiła ta zmiana? Czy obserwacje uprzednio uznawane za przekonywujące — okazały się fałszywymi, czy poddanie ich ścisłej krytyce w myśl nowej hipotezy zmusiło do zmiany frontu? Nie odbiło się to w bieżącej literaturze. Może obserwacja cudza była więcej przekonywująca i umiejętniej zestawiona i ona to, poddana ścisłej krytyce, przekonała nasze umysły? I tego śladów nie pozostało.

Zdaje się zatem, że bez rozumowania i sprawdzania rzuciliśmy wprost dawne wierzenia i przyjęliśmy nowe credo.

Z dwóch danych współrzędnych: istnienia lasecznika gruźliczego w płwocinie i w tkankach gruźliczych — wyprowadzono wniosek główny — związku przyczynowego pomiędzy lasecznikiem gruźliczym i suchotami oraz cały szereg wniosków dalszych (o sposobie szerzenia się, profilaktyka etc.).

Ponieważ szereg ogniw łańcucha logicznego pomiędzy temi końcowymi przesłami nie jest dotąd dostatecznie naukowo uzasadniony, wniosek przeprowadzony został właściwie tylko na moście wyobraźni naukowej.

I dzięki temu to tylko może się on utrzymywać, ponieważ całości tego rodzaju budowli nie grozi wogóle usuwanie się pewnych podstaw i podpór. Tu ich niema, jest to most wiszący.

Czegoś podobnego nie wytrzymała by żadna hipoteza zbudowana z ciężką konsekwencyą logiki, wyprowadzająca swój ostateczny wniosek z szeregu ściśle związanych ze sobą faktów.

Tymczasem widzimy odnośnie omawianej kwestyi, że różne podstawowe wątpliwości, jakie nasunęły się z czasem, ani na chwilę nie zachwiały wiary w ostateczne jej wywody. A więc: 1) rozchwianie się twierdzenia Kocha o specjalnej odrębności barwnej lasecznika gruźliczego, co właściwie postawić powinno znak zapytania przy wszystkich faktach, które na podstawie barwnej reakcyi posłużyły za potwierdzenie teoryi Kocha; 2) nieustalenie się pojęcia anatomicznego gruźelka, roli komórek olbrzymich; wątpliwości nasuwające się wobec tego, że zmiany anatomopatologiczne, charakterystyczne dla gruźlicy, bardzo często nie wykazują obecności laseczników gruźliczych, 3) wątpliwości co do sposobów przenoszenia się zarazka; 4) ostatnia kwestya sporna — gruźlicy bydła; 5) niemożność nawet w dalekiem przybliżeniu określenia, że tak powiem współczynnika zaraźliwości suchot, t. j. prawdopodobieństwa zarażenia się przy zetknięciu zdrowych z chorymi wobec np. niezarażania się męża od chorej żony i odwrotnie przez kilka i kilkanaście lat pożycia. Wszystkie te ważne punkty,



jak powiedzieliśmy, nie wpływają na stanowczość z jaką ogół lekarzy przyjmuje hipotezę Kochoa.

Wzięłam jako przykład hipotezę o zaraźliwości gruźlicy, jako może najbardziej bijący w oczy, dla mego twierdzenia o roli autorytetów i pierwiastku wiary w medycynie. Możliwy podobnych przykładów dostarczyć więcej, tu jednak jeszcze, dzięki powszechnemu zainteresowaniu się tą kwestyą, dzięki wkroczeniu jej konsekwencji w szersze kręgi życia, można zauważyć występowanie wyraźne i pierwiastka fanatyzmu, jaki wogóle spotykamy w przejawach emocjonalnych, uczuciowych, a co się nie zdarza w rzeczach ściśle naukowych.

Wogóle każde szybko rozpowszechniające się przyjęcie jakiegoś naukowego faktu, nie mogącego być łatwo sprawdzonym, odbywa się tylko drogą wiary w autorytet, który go ogłasza, a ustaleniu się go w pojęciach sprzyja, z jednej strony, cechująca wiarę, tendencya do wyciągania dalszych wniosków po za pierwotnie ramy hipotezy, a z drugiej pewne zahamowanie zdolności krytycznych rozumu.

Ostatecznie ta forma naszej czynności umysłowej ma bardzo obszerne zastosowanie w całym naszym przygotowaniu, zarówno szkolnym jak i uniwersyteckim: *jurare in verba magistri*, należy wprost do systemu.

Nie jest to wprawdzie jeszcze nauka, ale nie usposabia dobrze do nauki rzeczywistej, samodzielnej.

Co prawda i rzeczywisty uczony, pracujący samodzielnie—bierze dużą część swej wiedzy na wiarę swych poprzedników, bo na sprawdzanie wszystkich danych, któremi się posługuje nie starczyło by mu życia.

W tym jednak zakresie, gdzie występuje jako badacz samodzielny—wszystkie podstawy dla swych wniosków powinien poddać ściślejszej kontroli doświadczenia i krytyki.

Bez krytyczne przyjmowanie prawd zdobytych przez innych nie jest jeszcze pracą, któraby miała prawo do tytułu działalności naukowej.

W zakresie badań przyrodniczych krytyka teorii i hipotez polega na pracy podwójnej—sprawdzeniu doświadczalnym dowodów materialnych, tą drogą otrzymanych, oraz na kontroli rozumowej wyciągniętych wniosków.

W chwili, gdy doświadczenie przestało mówić—zaczyna pracować umysł, starający się je wyłomaczyć. W tem miejscu też krytyka rozumowa wtrąca swe słowo, kontrolując logiczność myśli wnioskującego, jego metody i t. d.

Taką pracę powinno się przeprowadzać przed uznaniem każdej nowej prawdy naukowej, jeżeli chcemy stać na stanowisku prawdziwie naukowym. W rzeczywistości jednak postępowanie takie widzimy rzadko.

Stoją temu na przeszkodzie przyczyny zewnętrzne i wewnętrzne.

Brak warunków materialnych nie pozwala na przeprowadzenie prac doświadczalnych i może hamować ruch naukowy jednostek i spo-



łeczeństw. Ważniejsze są przyczyny wewnętrzne: pewna nieudolność do twórczej pracy umysłowej w jednostkach, niższy stopień kultury duchowej mas, nie pozwalający na systematyczne uprawianie niwy naukowej i regularne zdobywanie plonów.

Pierwsze wpływy, jako materialne, widoczne, mogą przez pozór swej niezależności od nas być niekiedy usprawiedliwieniem pobłażliwym szerszej nieczynności na polu umysłowym. Nie ograniczają one jednak możliwości pracy naukowej w całym jej zakresie—a mianowicie w jej części czysto umysłowej. Nieczynność tu—to już wina przyczyn wewnętrznych, i z niej nie ma usprawiedliwienia innego, jak tylko nieudolnością do tego rodzaju pracy.

Jeżeli w samej rzeczy zmuszeni jesteśmy do przyjmowania zdobywcy naukowych z drugiej ręki—z braku tylko przyrządów do dobywania ich samodzielnego z tajnych głębi przyrody, to w każdym razie pozostaje nam dalsza praca na niezawisłym polu krytyki naukowej odkryć gdziekolwiekbyś robionych.

Podobnie jak surowe bogactwa, dobywane z ziemi i wód, i one wymagają pewnego odrobienia. Dopiero ocena krytyki, dokonywana przez dalszych pracowników określa i ustala ich wartość i przekazuje ogółowi odbiorców, który nie jest w stanie wyrobić sobie samodzielnego sądu.

Jeżeli nie możemy w całym zakresie uprawiać samodzielnie nauki, nie pomijajmy tej drugiej jej części, bo z tego nie wytlumaczmy się warunkami nie zależącymi od nas.

Przyjmując niekrytycznie wiedzę od innych, pozostaniemy zawsze tylko na poziomie uczniów, bez własnego zdania i—dumni z wyzwolenia w zasadzie z więzów średniowiecznych autorytetu cudzej nauki pozostaniemy w rzeczywistości jego niewolnikami—semper jurantes in verba magistrorum.

*O. Hewelke.*

## KRONIKA BIEŻĄCA.



*Dnia 15 lutego 1903 r*

— W kwestyi poruszonej przez nas w zeszłym zeszycie Kroniki od jednego z lekarzy, obznajmionych ze stosunkami kolejowymi, otrzymujemy następujące wyjaśnienia.

Pracownicy pewnej kolei, w razie nieszczęśliwego wypadku podczas pracy zawodowej (w warsztatach, w pociągu i t. d.), skierowywani są niezwłocznie do szpitala kolejowego. Przed wyjściem ze szpitala każdy chory poddaje się oględzinom komisji, w której główny udział biorą lekarze szpitala. Oprócz nich w skład komisji wchodzi lekarz oddziałowy oraz zwierzchnik chorego. Protokół, zredagowany przez komisję, zostaje przesłany do zarządu kolei. Gdy chory taki domaga się następnie od kolei odszkodowania, to poddaje go ona powtórny



ogłędzinom na komisji głównej w zarządzie i, jeżeli ta, ostatnia, mając protokół komisji szpitalnej, uzna stan chorego za gorszy, niż w chwili wyjścia ze szpitala, pogorszenie to uważa za zależne od rozmaitych czynników, nie mających styczności z wypadkiem chorego podczas służby. Na samym wstępie protokołu komisji powyższych podaje się przyczynę nieszczęśliwego wypadku. Otóż, jako przyczyna najczęściej tam figuruje „własna nieostrożność chorego“. Co się tycze dyagnozy cierpienia chorego, to komisje nie uznają nazw drażliwych dla kolei. Za dowód tego służyć może odrzucanie w protokółach nazw „nerwica traumatyczna“ i „neurastenia“. Zamiast nich pisze się po prostu „rozstrój czynnościowy systemu nerwowego“. Objawy nerwowe, zauważone na komisjach, zależne są najczęściej od nadużycia trunków, nadmiernego palenia tytoniu i t. d. Zachodzi tu pytanie, czy lekarze szpitala powinni oprócz leczenia chorych brać udział w komisjach szpitalnych, w celu orzeczenia stanu zdrowia uszkodzonych podczas pracy zawodowej chorych, i czy okoliczność ta nie wpływa na poderwanie zaufania i sympatii chorego do lekarza ordynującego; a wszak wiadomo, że te dwa czynniki odgrywają nie mniejszą rolę w leczeniu — zwłaszcza w chorobach nerwowych — niż środki farmaceutyczne. Gdyby nawet lekarze szpitala dbali na komisjach głównie o dobro chorego, to i wówczas pacjenci posądzać ich będą o stronność, korzystną dla kolei. Z powodu tego pacjenci z niedowierzaniem poddają się badaniom ordynatora, niezbędnym podczas kuracji szpitalnej, podejrzewają bowiem, że lekarz, badając, wyszukuje objawy, zadające kłam twierdzeniu chorego o zależności cierpienia od wypadku, lub, że ordynator podczas badania chce się utrwalić w przekonaniu o symulacji chorego. Przed rokiem zatwierdzona została na kolei stała posada neurologa, skutkiem propozycji rady kolejowego. Lekarz ten ma obowiązek leczenia w szpitalu chorych z objawami nerwowymi, jak również bierze udział w komisjach, dotyczących tychże. W razie wystąpienia chorego z pretensją sądową bierze czynny udział w redagowaniu ekspertyzy dla adwokatów kolejowych.

Niech wolno będzie poruszyć jeszcze jedną nieprawidłowość na kolei. § 40 rozdziału IV prawideł, zatwierdzonych dla wydziału lekarskiego przez Ministerium Dróg Komunikacji, opiewa między innymi, że z bezpłatnej porady lekarskiej oraz lekarstw korzystać mogą ci tylko pracujący na kolejach oraz ich rodziny, których pensya roczna nie przewyższa 1200 r. § 41 tegoż rozdziału głosi, że mogący korzystać z apteki kolejowej otrzymują tylko te lekarstwa, które objęte są spisem środków farmaceutycznych, niezbędnych na kolei. Tymczasem, co się dzieje: urzędnicy, pobierający pensję wyższą ponad 1200 r., nie tylko, że wzywają bez ceremonii lekarzy kolejowych w celu udzielenia bezpłatnie porady im lub ich rodzinom, lecz nawet korzystają bezpłatnie z lekarstw, nie objętych spisem, to jest środków przeważnie droższych. Z drugiej strony, jak wiadomo, lekarze na kolei są bardzo obciążeni pracą służbową i kolej w budżecie asygnuje stosunkowo niewielką kwotę na lekarstwa i środki opatrunkowe. Wyniki tego wszystkiego są następujące: a) Lekarze, udzielając porady wyż-



szym urzędnikom, nie mogą poświęcać dostatecznie czasu na kolei tym, którzy mają prawo do bezpłatnej porady. b) Z powodu korzystania wyższych urzędników z aptek kolejowych poszkodowani są ci na kolei, którzy mają prawo do lekarstw, gdyż budżet na utrzymanie apteki nie może być przekroczony. c) Poszkodowani są lekarze wolno praktykujący oraz apteki prywatne, do których wyżsi urzędnicy zwracali by się, gdyby odmawiano im porady na kolei.

—d— Z inicjatywy rady miejskiego, prof. Domańskiego, popartej przez komisję sanitarną i radę miejską, zaprowadzono w Krakowie po raz pierwszy w zeszłym roku szkolnym kursa lecznicze dla dzieci jąkających się, kierowane przez nauczyciela, w celu nabycia potrzebnych wiadomości przez krajową radę szkolną zagranicę wysłanego. Skutek leczenia był tak dobry, że postanowiono nie tylko sprowadzić do Krakowa pewną liczbę nauczycieli z prowincyi dla obznajmienia ich z metodą leczniczą, ale nadto urządzono w Krakowie także i w bieżącym roku szkolnym kursa dla dzieci jąkających się, wybranych przez nauczycieli szkół miejskich. Takich dzieci wykazano 31, mianowicie chłopców 22, a dziewcząt tylko 9. Na raz prowadzi się leczenie tylko 10 dzieci. Uderzającą jest rzeczą, iż w Krakowie, podobnie jak na zachodzie Europy, liczba jąkających się chłopców przynosi więcej niż w dwójnasób liczbę dziewcząt tem zbroczeniem mowy dotkniętych.

—d— Wobec różnicy poglądów na stosunek przymiotu (syphilis) do porażenia postępowego przekonał się d-r H. Marcus o przeszłości 400 chorych na porażenie postępowe, a leczonych w szpitalach i schroniskach szwedzkich. Otóż pokazało się, że z owych 400 chorych obydwóch płci 59% miało niewątpliwie przymiot, co na tem większą zasługuje uwagę, iż, według Fourniera, 36,5% ludzi dotkniętych przymiotem nie ma pojęcia o przyczynie objawów trzeciorzędnych, w czem i to uwzględnić nadto potrzeba, iż u kobiet z bardzo wielu powodów trudno wykazać przebieg dawniej przymiotu. Biorąc pod uwagę samych tylko mężczyzn, przebywających w szpitalach i zakładach po dużych miastach, przekonał się d-r Marcus, iż na 197 chorych na porażenie postępowe od 80 do 87% miało poprzednio przymiot.

Co do płci żeńskiej, pokazało się w Szwecyi to samo, co już dawniej wykazał Westphal dla Berlina, iż kobiety publiczne rzadko dostają porażenia postępowego, co Marcus wywodzi prosto ztąd, iż kobiety te we wczesnych okresach przymiotu zazwyczaj z urzędu przebywają energiczne leczenie antysyfilityczne.

Inne czynniki etyologiczne, jak dziedziczność, alkoholizm, nadmierna praca umysłowa, nadużycia płciowe mają tylko znaczenie, co najwięcej, usposabiające do choroby, której właściwą przyczyną jest przeto tylko przymiot i to przymiot należycie w poprzednich okresach nieleczony, bo na samo porażenie postępowe leczenie antysyfilityczne niema wpływu.

—d— W ostatnich czasach powstał w pewnych kołach w Krakowie zamiar zużytkowania solanki wielickiej w celach terapeutycznych i zbudowania na akeye odpowiedniego zakładu w którymby



można zarazem stosować inne metody leczenia fizycznego, jak elektrycznością, mięsieniem, powietrzem zgęszczonym lub rozrzedzonym, inhalacjami i t. p.

—*d*— Wiadomo, jak rzeczą jest ważną preparaty anatomiczne otrzymać, ile możności, w tej barwie, w jakiej wydobyto je, czy to ze zwłok, czy z ustroju operowanego. Dlatego podajemy tu przepis *Ka yserling'a*, między innymi w krakowskim zakładzie medycyny sądowej i w krakowskiej rzeźni, gdzie obecnie tworzy się zbiór anatomiczno-patologiczny, w dobrym bardzo skutkiem wypróbowany. Sposób *Ka yserling'a* polega na użyciu trzech płynów:

Pierwszy płyn składa się z 200 ctm. sz. kupnej, 42% formaliny, litra wody destylowanej, 15 grm. azotanu potasowego czyli saletry (*kali nitricum*) i 30 grm. octanu potasowego (*kali aceticum*). Do płynu tego wkłada się preparat na 24 godzin do 8 dni aż do stwardnienia według potrzeby.

Drugim płynem jest alkohol 95%, do którego wkłada się na 5 godzin preparat, w płynie pierwszym należycie stwardniony. Po wyjęciu z tego płynu, przechowuje się preparat w płynie trzecim, złożonym z 2 litrów wody destylowanej, 200 grm. octanu potasowego i 312.5 ctm. czystej gliceryny.

—*s*— Nadeszło już zatwierdzenie ustawy sanatorium w Rudce, budowa jednego pawilonu dobiega końca.

—*s*— Jak nam donosi nasz korespondent krakowski wkrótce grono profesorów przystąpi do wydania podręcznika Medycyny wewnętrznej.

—*s*— Wyszedł z druku I-szy zeszyt 8-mioarkuszowy Biblioteki Lekarskiej, zawierający Z. I tomu I-go, prof. G. Dieulafoy „Podręcznik patologii wewnętrznej“.

## NEKROLOGIA.

*Prof. Panas.*

W dniu 6 stycznia r. b. zmarł były profesor okulistyki w szkole medycznej w Paryżu, dyrektor kliniki okulistycznej w Hôtel-Dieu—*Panas*, w wieku lat 71. Urodzony na jednej z wysp Jońskich, studiował medycynę w Paryżu, po skończonych studiach poświęcił się chirurgii, pracując pod kierunkiem *Nelaton'a* i *Malgain'a*, Pracował jako chirurg prawie we wszystkich miejskich szpitalach Paryża. W roku 1872 wyłącznie oddaje się okulistyce i pracuje w szpitalu Lariboisière na jednej z sal chirurgicznych, wydzielonej dla chorych na oczy.

Było to w tym czasie, kiedy okulistyka stanowiła gałąź chirurgii i kiedy w Paryżu nie było jeszcze oddzielnej katedry okulistyki. Pierwszym profesorem oficjalnym okulistyki na fakultecie paryskim



zostaje w roku 1879 Panas i prowadzi klinikę chorób ocznych w Hôtel-Dien i wykłady do połowy roku 1901, t. j. do czasu, kiedy nieubłagana ciężka choroba nie zniewoliła go do porzucenia umiłowanego zajęcia.

Profesor Panas był jednym z pierwszych okulistów, którzy wyszli daleko po za swoją specjalność: pojmował on dobrze i zawsze zwracał uwagę swych słuchaczy na okoliczność, iż oko i jego cierpienia są ściśle zespolone z całym ustrojem i jego chorobami, ażeby być dobrym okulistą, trzeba być przedewszystkiem ogólnie wykształconym lekarzem.

Zdanie to poparł szeregiem znakomitych prac wyszłych z pod jego pióra, że wspomnę: „Anatomie des fosses nasales et des voies lacrymales, sur le strabisme et les paralysies oculaires, sur les maladies inflammatoires des membranes internes de l'oeil, sur les retinites et son anatomie pathologique“ i t. d.

Jedną z ostatnich większych prac Panas'a jest jego znakomite dwutomowe dzieło: „Traité de maladies des yeux“, które wyszło w roku 1894.

Jako właściciel i założyciel specjalnego organu okulistycznego: „Les Archives d'ophtalmologie“ do ostatnich chwil, pomimo, iż był złożony ciężką niemocą, zamieszczał w, wspomnianym czasopiśmie różne prace pomniejsze treści okulistycznej, z których nie jedną podawaliśmy w swoim czasie w streszczeniu czytelnikom Kroniki Lekarskiej.

S. C.

Ginekologia poniosła w ostatnich dniach stratę niepowetowaną. Zmarł jeden z luminary doby ostatniej—Max S ä n g e r, przeżywszy lat 50.

Ś. p. S ä n g e r urodził się w dniu 14 marca 1853 roku w Bayreuth. Studya naukowe odbywał w Würzburgu i Lipsku. Przez 2 lata pełnił obowiązki asystenta przy katedrze anatomii patologicznej E. L. W a g n e r'a. W roku 1878 został asystentem profesora C r e d é, a w roku 1881 prywatdocentem. Gdy C r e d é się zestarzał i, z powodu zdrowia nadwątlonego, nie mógł już operować, stworzył dla S ä n g e r'a posadę „operatora kliniki ginekologicznej“. Na tem stanowisku nieboszczyk, pozostawał 3 lata (1884—1887) w lipskiej klinice, wydoskonaliwszy się w ginekologii operacyjnej. W roku 1890 mianowano go profesorem nadzwyczajnym w Lipsku, a w 1899 roku powołany został do Pragi jako profesor zwyczajny. Na tem ostatniem stanowisku był czynnym zaledwie przez rok jeden, poczem choroba nieubłagana położyła kres jego życiu i pracy owocnej.

Otrzymawszy bowiem wykształcenie anatomo-patologiczne, niezbędne dla każdego ginekologa, ś. p. S ä n g e r był na polu ginekologii samoukiem, gdyż od C r e d é'go oprócz położnictwa nie mógł się nauczyć ani ginekologii nowoczesnej, ani techniki operacyjnej. Obdarzony umysłem bogatym i wyobraźnią żywą, skwapliwie przywłaszcza sobie rzeczy nowe i dobre. Chętnie starał się nawiązywać stosunki z ginekologami obcych krajów, przyjmował czynny udział we

wszystkich niemal kongresach, a odczyty jego cieszyły się zawsze uznaniem zasłużonem.

Oprócz tego ś. p. Sä n g e r miewał pomysły bogate i twórcze. Trudno wyliczyć wszystkie zasługi jego na polu techniki operacyjnej i nowości operacyjnej; nie ma bowiem dziedziny w ginekologii, którejby się nie dotknął, nie zmodyfikował, wnosząc zawsze coś nowego, lepszego. We wszystkich pismach i rocznikach ginekologicznych króluje nazwisko Sä n g e r'a.

Największą jednak zasługą nieboszczyka było wskrzeszenie metody konserwatywnej cięcia cesarskiego, która powoli zaczęła być ustępować miejsca operacji Porro.

Ś. p. Sä n g e r nie zasklepił się wyłącznie w ramach swojej specjalności, lecz znany był jako człowiek wszechstronnie wykształcony. Sława jego jest wszechświatową; imię jego figuruje na liście członków licznych bardzo towarzystw naukowych.

Cześć pamięci człowieka, który pozostawił tak bogatą spuściznę naukową.

*M. Warszawski.*

## Z M A R L I.

W Warszawie zmarł d-r Rothe nestor naszych psychiatrów; z powodu spóźnionej pory wspomnienie pośmiertne odkładamy do następnego zeszytu.


D-r Jakób Nowak, dnia 2 b. m. we Włocławku, w wieku lat 62.

D-r Józef Urbanowicz, dnia 2 b. m. w Brańsku (gub. Grodzieńska), w wieku lat 65.

D-r Jan Lelowski, dnia 15 stycznia w Peru, w stanie Illinois (w Ameryce Północnej). Praktyką lekarską przez dłuższy czas zajmował się w Chicago.

W Stryju w Galicyi zmarł lekarz ordynujący w tamtejszym szpitalu D-r Teodor Stahlberger, wychowaniec Uniwersytetu Jagiellońskiego, człowiek powszechnie szanowany, w 42 roku życia skutkiem następstw zranienia się podczas sekiy.

W Tartakowie w 35 roku życia D-r Bronisław Piżl, burmistrz tego miasteczka, lekarz bardzo ceniony.

 Do bieżącego numeru dołącza się cyrkularz apteki Fr. Karpińskiego „Przyrząd i opłatki Gral“.

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

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