

GAZETA LEKARSKA.

I. O NADWICHIENIACH KU PRZODOWI GŁÓWKI KOŚCI PROMIENIOWEJ U DZIECI.

Podał

Bronisław Sawicki.

Cierpienie, którego obraz zamierzam nakreślić, należy do rzędu uszkodzeń, często spotykanych w praktyce, a pomimo to mało uwzględnianych w podręcznikach. Powstaje ono u małych dzieci wskutek mocnego pociągania za rączkę, zwróconą na wewnątrz (*extensio et pronatio*) i polega na przesunięciu się główki kości promieniowej ku przodowi. Dziecko, pociągnięte lub podniesione za rączkę do góry, wydaje krzyk gwałtowny; rączka opada na dół bezwładnie i pozostaje zwieszoną w położeniu niezupełnie nawrotnem (*pronatio*). Mały chory uskarża się na ból, którego często umiejscowić nie umie i wzbrania się wykonywać rączką jakiegokolwiek ruchy, a zwłaszcza wywrotne (*supinatio*). Stanowi to główny objaw cierpienia. Jeżeli drogą odpowiednich rękoczynów nadamy główce promienia jej prawidłowe położenie, powyższe wymienione objawy natychmiast przechodzą i dziecko zaczyna rączki używać, jak przed urazem.

Cierpienie to znane było chirurgom oddawna, jednakże nie zdawali oni sobie z niego sprawy dokładnie i objaśniali je często fałszywie. Dopiero w ostatnich czasach, dzięki pracom anglików i Niemców, na kwestyję tę rzucono więcej światła.

Pierwsi spostrzegacze umiejscowiali omawiane uszkodzenie nie w łokciu, lecz w stawie napięstkowym. Mc. NAB przypuszczał, że zachodzi tu przesunięcie dolnego końca promienia w stosunku do kości łokciowej. Mniej więcej tak samo zapatrywał się na to GOYRAND. Sam mechanizm uszkodzenia przedstawiał on sobie w ten sposób, że przy mocnym ruchu nawrotnym, gdy promień obraca się około kości łokciowej i pociąga za sobą chrząstkę trójkątną, ta ostatnia przesuwając się i umieszcza przed główką kości łokciowej. Umieściwszy się w ten sposób, chrząstka trójkątna przeszkadza promieniowi wrócić na swoje miejsce, t. j. nie pozwala na ruch wywrotny (*supinatio*). Całe powyższe objaśnienie GOYRAND'a wcielił TILLAUX ¹⁾ w swą anatomiję topograficzną, podając jednocześnie objawy cierpienia i jego leczenie. Wszystkie szczegóły tego opisu, nie wyłączając położenia rączki dziecka w chwili zwiczenia i sposobu nastawiania, każą się domy-

¹⁾ TILLAUX. Traité d'anatomie topographique p. 549. 1884.

ślać, że TILLAUX mylnie za GOYRAND'em uszkodzenie łokcia przenosi do stawu napięstkowego. Tem prawdopodobniejszem to się wydaje jeszcze z tego względu, że w rozdziale o stawie łokciowym nie o podobnem uszkodzeniu łokcia nie wspomina. Dla większej pewności HUTCHINSON starał się sprawdzić na trupach mechanizm uszkodzenia, podany przez TILLAUX'a, i ani razu nie udało mu się wywołać zmian, przez tegoż opisanych.

Nie wszyscy jednakże autorowie podzielali zapatrywania MC. NAB'a i GOYRAND'a. GUERSANT przypuszczał, że różnorodne cierpienia mogą dać opisane przez GOYRAND'a objawy. HODGES i HEATH byli tego zdania, że uszkodzenie w jednych przypadkach tego rodzaju następuje w stawie napięstkowym, w innych zaś — w pobliżu łokcia. O ile się zdaje, pierwsi Niemcy zaczęli sobie dokładniej zdawać sprawę z istoty cierpienia. STREUBEL zwrócił uwagę na ból w okolicy główki promienia i na lekkie trząśnięcie, jakie tu można wyczuć w chwili nastawienia. Objawy te zniewoliły go przyjąć łokieć za miejsce, w którym występowało uszkodzenie. STREUBEL, a następnie KOENIG wszystkie zmiany, jakie występują przy omawianem uszkodzeniu, objaśniali sobie wsunięciem się fałdy torebki stawowej pomiędzy kości i uwięzieniem tejże. Przy mocnym ruchu nawrotnym (*pronatio*) przedramienia, główka kości promieniowej przesuwana się ku przodowi i wypina tu torebkę; jednocześnie w tylnej części torebki stawowej wskutek nacisku powietrza wytwarza się fałda, która łatwo może uleść uwięzieniu. Doświadczenia na trupach wykazały, że przy mocnym ruchu wyrotnym (*supinatio*) i jednoczesnem wyciąganiu (*extensio*) wytwarza się także fałda na przedniej ścianie torebki, i że ona także może uwięznąć. Na mocy tego STREUBEL przypuszcza, że powyżej opisane objawy mogą powstać nie tylko przy mocnym ruchu nawrotnym, lecz i przy ruchu wyrotnym przedramienia.

Przeciw pogładowi STREUBEL'a i KOENIG'a wystąpili ROSER i ALBERT. Odrzucają oni teorię uwięzienia torebki stawowej, a opierając się na mechanizmie uszkodzenia i sposobie nastawiania, przypominających zupełnie zwichnienia promienia ku przodowi, przypuszczają, że w omawianem cierpieniu u dzieci mamy także do czynienia z nadwichnieniem główki promieniowej. Główka u dzieci ma mniejszy i mniej zagłębiony dołek stawowy, a nadto torebka stawowa u nich jest bardziej podatna. Okoliczności te pozwalają główce kości promieniowej prześlizgiwać się ku przodowi na połowę swej średnicy bez rozerwania torebki, względnie pozwalają jej ulegać nadwichnięciom.

W ostatnich czasach zjawilo się znowu kilka prac, dotyczących omawianego cierpienia. Pisali więc o niem: LINDEMAN ¹⁾, BRINDLEY ²⁾, HOFFMANN ³⁾,

¹⁾ LINDEMAN. Partial dislocation of the head of the radius peculiar to children. Brit. med. Journ. 1885. N. 1301 p. 1058.

²⁾ BRINDLEY. Partial dislocation of the head of the radius peculiar to children. Brit. med. Journ. 1886. N. 1305. p. 12.

³⁾ HOFFMANN. Ueber die „Subluxation“ des Radiusköpfchens bei kleinen Kindern. Deut. med. Wochenschrift, 1886. N. 7.

HUTCHINSON¹⁾. Trzej pierwsi autorowie w poglądach swych co do istoty uszkodzenia zbliżają się do ROSER'a i ALBERT'a. HOFFMANN przypuszcza, że powstaje tu jednocześnie nadwichnienie główki promienia i uwięźnięcie torebki stawowej [STREUBEL]. Natomiast LINDEMAN i BRINDLEY całe uszkodzenie przyjmują za samo tylko nadwichnienie. Według LINDEMAN'a, główka kości promieniowej, przesuując się ku przodowi, zatrzymuje się swym brzegiem na kłykciu, lub też w zagłębieniu ponad nim. Zupełnie tak samo zapatruje się HAMILTON, który często miał sposobność spotykać w ten sposób powstałe nadwichnienia i zwiczenia zupełne.

Nadwichnienia takie główki promienia spotykano wyłącznie u małych dzieci poniżej lat pięciu. LINDEMAN największą ilość przypadków spostrzegł w wieku od 9 miesięcy do 2 lat. Twierdzi on nadto, że nadwichnieniom tym najłatwiej podlegają dzieci zolżowate. Uszkodzenie samo powstaje wskutek mocnego wyciągnięcia (*extensio*) przedramienia przy jednoczesnym ruchu nawrotnym (*pronatio*). Tego rodzaju pociąganie dziecka za rączkę bardzo często wykonywają niańki, chcąc naprzykład podnieść dziecko z podłogi, lub je powstrzymać od upadku. Często, w ten sam sposób unosząc dziecko za rączkę do góry, niańki przesadzają je przez rynsztok. Ten sam HOFFMANN spotykał cztery razy powstałe przy takim podnoszeniu nadwichnienia i nawet nazywa je rynsztokowemi (*Rinnsteinsubluxationen*). Ten sam autor spostrzegł raz nadwichnienie, spowodowane zdejmowaniem kaftanika, przyczem mocno pociągano za rękaw. Poza temi przypadkami pozostaje duża ilość jeszcze takich, w których nadwichnienie powstało podczas bawienia się z dzieckiem. Niańki np. mają zwyczaj unosić dziecko za rączki do góry i następnie wahać niem, lub też pociągać do góry dziecko za rączkę, podczas gdy ono, opierając się nóżkami o ziemię, zwisa w ten sposób, że ciało jego krzyżuje się z rączką i t. p.. Starsze dzieci mogą wywoływać sobie takie nadwichnięcia przez upadek na rączkę. LINDEMAN przypuszcza, że główną rolę musi przytem odgrywać ścięgno mięśnia dwugłowego, które przy unieruchomionem przedramieniu może zginać ramię.

W chwili powstania nadwichnienia niekiedy można słyszeć wyraźne chrupnięcie. Dziecko wydaje krzyk i poczyna się skarżyć na ból. Chora rączka zwisa natychmiast, jakby zupełnie bezwładna. Zachowuje ona położenie pośrednie pomiędzy nawrotnem i wywrotnem i jest nieco zgięta w łokciu. Dziecko chroni rączkę od wszelkich ruchów, zwłaszcza wywrotnych. Na pierwszy rzut oka można nieraz przypuścić, że mamy do czynienia z uszkodzeniem łopatki, obojczyka, lub też z odłamaniem górnej nasady ramienia. W okolicach główki promienia ani na oko, ani przy obmacywaniu zazwyczaj żadnego zniekształtnienia nie znajdujemy. Tylko LINDEMAN wspomina, że znajdował chory łokieć bardziej gorący, niż zdrowy i nieprawidłowe wypuklenie na zewnętrznej stronie łokcia. Przy naciskaniu na okolicę główki promienia, dziecko ucuwa ból. Ruchy bierne

¹⁾ HUTCHINSON. Dwie prace: On certain obscure sprains of the elbow occurring in young children. *Annals of surgery*. 1885. T. II. p. 91;

Partial dislocation of the head of the radius peculiar to children. *Brit. med. journ.* 1886. N. 1305. p. 8.

możebne, chociaż z powodu bolesności ograniczone. Można zgiąć kończynę w łokciu do kąta prostego. Najbardziej utrudniony jest ruch wywrotny.

Leczenie polega na wyciąganiu (*extensio*), ruchu wywrotnym (*supinatio*) i jednoczesnem napychaniu główki promienia dużym palcem ku tyłowi. Wyciąganie i ruch wywrotny lepiej zawsze wykonywać na kończynie lekko zgiętej w łokciu, jak to HOFFMANN robił. Unika się przez to przeszkody ze strony mięśnia dwugłowego. Nastawieniu towarzyszy zawsze charakterystyczny trzask w stawie, słyszalny tylko dla chirurga. W kilka minut już potem dziecko może wykonywać wszystkie ruchy bez najmniejszego bólu. Nadwichnięcia te z łatwością mogą powracać; to też ze względu na to zaraz po nastawieniu należy na dni 8 unieruchomić kończynę, zgiętą w łokciu pod kątem prostym i wywróconą nazewnątrz (*supinatio*).

Zarówno na istotę cierpienia, jak i na jego leczenie zupełnie inaczej, niż powyżsi autorowie, zapatruje się HUTCHINSON. W kolejno wydanych, zaopatrzonych w rysunki, dwóch pracach swoich stara się on dowieść, że istotę uszkodzenia stanowi tu nie nadwichnięcie główki promienia, lecz zeslizgnięcie się z niej więzu obrączkowego. Opierając się głównie na swych poszukiwaniach na trupach, H. twierdzi, że zeslizgnięcie takie może powstać tylko przy mocnem wyciąganiu i ruchu wywrotnym (*extensio et supinatio*), t. j. w warunkach przeciwnych temu, co mówili inni (*extensio et pronatio*). H. powiada, że nikt nie podnosi nawet nigdy dziecka do góry za rączkę, zwróconą nawewnątrz (*pronatio*). Samo uszkodzenie polega na tem, że więz obrączkowy promienia zeslizguje się z jego główki ku górze i tu zatrzymuje się pomiędzy nią i pomiędzy kłykiem ramienia. W cięższych przypadkach, gdzie podziałała większa siła, do zeslizgnięcia się więzu dołącza się jeszcze rozerwanie cienkiej torebki stawowej pomiędzy więzem i szyjką promienia. Przytem główka kości promieniowej najczęściej pozostaje na swem miejscu w zupełnie prawidłowem połączeniu z kością łokciową. Rzadziej przesuwają się one ku przodowi. Stosunku takiego, o jakim LINDEMAN wspominał, być tu nawet nie może. Główka kości promieniowej, zatrzymując się w zagłębieniu ponad kłykiem ramienia, musiałaby wywołać widoczne zniekształcenie stawu, tymczasem tego tam zwykle nie znajdujemy. Zeslizgiwaniu się więzu obrączkowego pomaga budowa główki promienia. Jej obwódka stawowa z jednej strony jest szeroka i schodzi się pod kątem prostym z górną powierzchnią stawową, z drugiej zaś strony jest węższa i ma górny brzeg zaokrąglony. Otóż, przy położeniu wywrotnem szeroka część obwódki przytyka do małego esowatego zagłębienia kości łokciowej, wążka zaś jest zwrócona nazewnątrz. Oczywiście, że w tych warunkach o wiele łatwiej może nastąpić zeslizgnięcie się więzu obrączkowego. Przypuszczeniu, że uszkodzenie w omawianych razach występuje przy wyciąganiu i ruchu wywrotnym, przeczy, zdawałoby się, położenie nawrotne kończyny uszkodzonej. Jednakże H. twierdzi, że położenie to nie stanowi objawu stałego. Dziecko, doznawszy bólu przy ruchu wywrotnym, unika go nadal i wskutek tego zwraca kończynę na wewnątrz.

Odpowiednio do swego zapatrywania się na mechanizm uszkodzenia, HUTCHINSON i sposób nastawiania podaje przeciwny temu, który zalecają inni. Zamiast mocnego zwrotu nazewnątrz i spychania główki, zgina on przedramię w łokciu

pod kątem prostym i wykonywa pomału, lecz stale zwrót na wewnątrz (*flectio et pronatio*). Nastawieniu towarzyszy także trzaśnięcie. HUTCHINSON przytacza w krótkości opis kilku przypadków, leczonych w ten sposób z dobrym wynikiem. Przypuszcza on nawet, że wspomniana przez LINDEMAN'a skłonność do powrotów zależy głównie od niedokładnego nastawienia.

Sam miałem sposobność spostrzeć dwukrotnie wyżej opisane uszkodzenie. Jest to materyjał nader ubogi, by można stanowczo decydować w sprawie tak zawilej. Niemniej przeto na mocy tych przypadków, jakoteż i spostrzeżeń innych autorów wyrobiłem sobie swój pogląd osobisty, zgodny z teorią LINDEMAN'a, BRINDLEY'a i innych. Nieco poniżej postaram się to uzasadnić szczegółowiej.

Nadwichnienia główki promienia ku przodowi należą, jak większość autorów twierdzi, do uszkodzeń nader częstych. LINDEMAN powiada, że w ciągu lat dwóch widział je 24 razy. HOFFMANN w Greifswaldskiej poliklinice spostrzegał 10 przypadków na 2300 chorych dzieci w wieku od 1 roku do lat 5, z tych 3 dotyczyło chłopców, 7 zaś dziewczynek. HAMILTON, HUTCHINSON mówią także, że często spotykali się z omawianem cierpieniem. Natomiast wręcz przeciwnego zdania trzyma się BRINDLEY, który, pomimo bardzo obfitego materyjału szpitalnego, raz tylko je spostrzegał u dziecka 4½-letniego. Należy jeszcze i to mieć na widoku, że w bardzo wielu razach z dzieckiem zupełnie nie udają się do lekarza. Niania, czy też matka dziecka, gdy ono ból uczuło, sama stara się najprzód coś zaradzić. Przy wyciąganiu i innych manipulacjach, jakie w podobnych razach zazwyczaj wykonywają, łatwo może nastąpić nastawienie.

Samo cierpienie, aczkolwiek z łatwością usuwa się za pomocą odpowiednich rękoczynów, niemniej łatwo może powracać, o czym już wyżej mówiliśmy. Przytem nie można go uważać za rzecz niewinną. Przeciwnie, jak twierdzi HUTCHINSON, wiele cierpień łokcia, a głównie promienia, wiąże się ściśle z powyższem uszkodzeniem. Zwłaszcza rozerwanie połączeń więzów obrączkowego z szyjką promienia musi mieć wielką doniosłość dla stawu łokciowego. To też ważną jest rzeczą dokładnie rozpoznać chorobę i przedsięwziąć w porę odpowiednie środki zaradcze. LINDEMAN powiada, że w wielu przypadkach widział później rozszerzenie stawu, które powstało wskutek nierozpoznania w pierwszej chwili cierpienia i niezastosowania odpowiedniego leczenia.

W Listopadzie roku zeszłego miałem sposobność spostrzeć dwa przypadki nadwichnienia główki promienia ku przodowi. Pierwszy dotyczył trzyletniego chłopczyka, który wieczorem, bawiąc się z nianką, gonił ją wokoło stołu, przyczem upadł na prawą rączkę i zaniósł się od płaczu, tak, że go trudno było uspokoić. Wprędce potem zauważono, że prawa rączka dziecka zwisa bezwładnie i że dziecko stara się ją chronić od wszelkich poruszeń. Gdy na drugi dzień rano objawy te nie ustępowały, zwrócono się do jednego z lekarzy, który skierował matkę z dzieckiem do ambulatoryjum klinicznego w szpitalu Dzieciątka Jezus. Tu przy badaniu znalazłem: dziecko dość szczupłe, średniej budowy ciała, trzyma prawą rączkę zwieszoną, zgiętą nieco w łokciu, w położeniu pośredniem między nawrotnem i wywrotnem. Na moją zachętę dziecko zaczyna próbować zgiąć kończynę w łokciu, lecz natychmiast zaprzestaje tego. Sam mogę mu zgiąć rękę

niewiele bardziej, lecz z powodu bólu nie jestem w stanie doprowadzić ją do kąta prostego. Ruch nawrotny na niewielkiej przestrzeni wykonywam, tymczasem wywrotnego zrobić nie mogę; przy wszelkich próbach w tym kierunku dziecko zaczyna płakać i skarżyć się na ból. Zapytane, gdzie boli, wskazuje zewnętrzną okolicę łokcia. Oglądanie i obmacywanie tego miejsca żadnych pewnych danych nie dostarcza. Zda się, jakby główkę kości promieniowej na ręce chorej lepiej można było wyczuć od przodu, niż na zdrowej. Zresztą wrażenie to niepewne z powodu zbyt małych kształtów odpowiednich części i z powodu niespokojnego zachowania się dziecka. Ponieważ przed laty paroma czytałem coś o opisanem powyżej cierpieniu, przyszło mi zaraz ono na myśl; z tego względu z wielką pilnością zwracałem uwagę na główkę promienia, pomimo to, oprócz wyraźnej bolesności przy ucisku na jej okolicę, nic pozytywnego nie znalazłem. W celu nastawienia uchwyciłem lewą ręką dolną część ramienia dziecka, kładąc swój duży palec od przodu na główkę promienia. Następnie, pochwyciwszy swą lewą ręką chore przedramię, zgiąłem je nieco w łokciu dla osłabienia mięśnia dwugłowego, a potem wykonałem wyciąganie, ruch wywrotny i napchnięcie główki ku tyłowi. W tej chwili poczułem charakterystyczne trzaśnięcie i rączka pozostała w położeniu wywrotnem. W kilka minut potem dziecko wykonywało swobodnie ruchy zgięcia i obrotowe. Nałożyłem gipsowy opatrunek na rączkę, zgiętą pod kątem prostym i zwróconą nazewnątrz, oraz zaleciłem po dniach 10 opatrunek zdjąć i w klinice się pokazać. Pomimo to dziecka mi więcej nie przedstawiono, czemu, przypuszczam, na przeszkodzie stanęły poniekąd bardzo silne mrozy. Na nieszczęście nie odnotowałem sobie nazwiska chorego, co mi uniemożliwiło późniejsze odszukanie go. Wobec tego jednakże, że rodzice dziecka, sądząc z wyglądu, należeli do inteligentniejszej warstwy społeczeństwa i że nie zgłaszali się później do żadnego z kolegów, chirurgów [umyślnie zapytywałem o to], przypuszczam, iż dziecko dotąd musi zdrowe.

W tydzień po pierwszym przypadku zgłoszono się do mnie do domu z drugim podobnym. Matka dziecka opowiada, że dnia poprzedniego, chcąc je zabawić, poczęła z niem tańczyć. Zabawa ta, często praktykowana przez nasze nianki, polega, jak wiadomo, na tem, że nianka obiema swemi rękami bierze za obie rączki dziecka [jak przy *balancez*] i obraca się z niem po pokoju. Dziecko przytem trzyma swe rączki w położeniu nawrotnem. Otóż, przy wykonanym w ten sposób obrocie dziecko raptem krzyknęło, matka rączki jego puściła i jednocześnie zauważyła, że lewa rączka zwisała, jak sparaliżowana. Pomimo zimnych okładów i położenia dziecka do łóżka, objawy te nie przeszły. Na drugi dzień dziecko ani rączki zgiąć w łokciu, ani obrócić nie mogło. Wówczas matka sama mu ją zgięła, ułożyła na temblaku i w tej pozycji do mnie przyniosła. Przy badaniu znalazłem: Maryjan K., lat trzy liczący, syn wyrobnika, zbudowany dość dobrze, trzyma lewą kończynę górną zwieszoną bezwładnie, zgiętą nieco w łokciu i dość mocno nawróconą ku wewnątrz. Ruchy czynne zniesione, z biernych zaś możebne zginanie do kąta prostego i obracanie ku wewnątrz do położenia zupełnie nawrotnego (*pronatio*). Natomiast ruch wywrotny z powodu silnego bólu niemożebny. Silna bolesność przy naciskaniu na okolicę główki promienia. Na oko nie spostrzegamy żadnego zniekształtnienia w stawie łokciowym. Przy obmacy-

waniu znowu mi się wydaje, że główka promienia nieco bardziej wystaje ku przodowi po stronie chorej, lecz napewno polegać na tem wrażeniu nie mogę. Po zastosowaniu takiegoż rękoczynu, jak w przypadku pierwszym, bardzo łatwo wykonałem nastawienie z odpowiednim trzaśnięciem. Kończynę unieruchomiłem na dni 10. Wyzdrowienie nastąpiło zupełne, o czem mogłem się przekonać jeszcze niedawno.

Z kolei przechodzę do wniosków, jakie mi moje spostrzeżenia nastęrczają. Przedewszystkiem w obu przypadkach, zdaniem mojem, istotę cierpienia stanowiło nadwicznienie główki promienia. Na korzyść tego przypuszczenia przemawiają: 1) mechanizm uszkodzenia, 2) nawrotne położenie kończyny, 3) charakterystyczne trzaskanie przy nastawianiu i 4) łatwość samego nastawienia. W pierwszym z moich przypadków mechanizm uszkodzenia jest ciemny. Być może, odegrało tu rolę ścięgnio mięśnia dwugłowego, jak chce LINDEMAN. Natomiast w drugim przypadku matka była w możności objaśnić mnie dość dokładnie, że dziecko w chwili uszkodzenia miało kończynę zwróconą mocno na wewnątrz, a nie na zewnątrz, jak chce HUTCHINSON. To też prawie wyłącznie tylko ruch nawrotny wywołał tu zmiany, gdyż wyciąganie (*extensio*) w chwili przypadku było bardzo nieznaczne.

Pierwsze dziecko miało kończynę w położeniu pośrednim pomiędzy nawrotnem i wywrotnem, u drugiego zaś położenie nawrotne nawet nieco przeważało. Przy wykonywaniu ruchów biernych zauważyłem, że ruch nawrotny w dalszym ciągu można było wykonywać, tymczasem ruch wywrotny sprawiał dziecku mocny ból i był niemożliwy. Objaw ten w zupełności odpowiadał temu, co często spostrzegamy przy zwicznieniach. Ten sam objaw spostrzegali stale i inni lekarze, jakoteż i sam HUTCHINSON. Ten ostatni jednakże, jak już wyżej mówiliśmy, nie przypisuje mu żadnego ważniejszego znaczenia, twierdząc, że dziecko powstrzymuje się dlatego tylko od ruchów wywrotnych, że podczas uszkodzenia doznało mocnego bólu w tem położeniu i że zatem wprost obawia się go. Objasnienie takie uważam za niedostateczne choćby dlatego tylko, że objaw ten występuje stale i że znika natychmiast po nastawieniu. Przynajmniej spostrzegane przezemnie dzieci zaraz po nastawieniu mogły wykonywać pomału ruch wywrotny.

Na korzyść nadwicznienia przemawia także, o ile mi się zdaje, trzask, wyczuwalny podczas nastawiania. Sam tylko więz obrączkowy, u małych dzieci niezbyt mocno rozwinięty, nie mógłby, sędzę, naskoczeniem swoim dać tego objawu, a przynajmniej byłby on bardzo słaby.

Wreszcie na korzyść poglądów LINDEMAN'a i innych przemawia w moich przypadkach łatwość, z jaką mogłem wykonywać nastawienie. Przypuszczam, że, gdyby mechanizm uszkodzenia odbywał się tak, jak chce HUTCHINSON, nie udałooby mi się tak łatwo nastawić za pomocą wyciągania i ruchu wywrotnego.

Nie chcę tu powoływać się jeszcze na wystawanie główki promienia ku przodowi, ponieważ objaw ten u moich chorych był bardzo niepewny. Natomiast LINDEMAN w swoich przypadkach znajdował nieprawidłowe wypuklenie na zewnętrznej stronie łokcia i miejscowe podniesienie ciepłoty na tem miejscu.

Nie myślę, opierając się na dwóch tylko przypadkach, obalać teorii HUTCHINSON'a, gdyż byłoby to z mojej strony, co najmniej, dowodem zbytnej zarozumiałości. Przytem nawet doświadczeń jego na trupach nie mogłem przerobić. Miałem do rozporządzenia tylko kilkotygodniowe trupy, czemu przypisuję niudawanie się prób moich. To-też, wobec tego, co najwyżej, mogę przypuścić, że zeslizgnięcie się więzu obrączkowego rzeczywiście ma tu miejsce, lecz obok tego zawsze występuje mniejsze lub większe przesunięcie główki. Co do samego mechanizmu powstawania uszkodzeń, przypuszczałbym, że w większości przypadków powstają one w położeniu nawrotnem, aczkolwiek mogą występować i przy ruchu wywrotnym, jak chce HUTCHINSON. Na dowód tego mogę przytoczyć pracę RADESTOCK'a ¹⁾, który dowiódł, że oddzielne zwichnienia główki kości promieniowej mogą powstawać u dorosłych zarówno przy mocnym ruchu nawrotnym, jakoteż i przy wywrotnym, chociaż przy ostatnim rzadziej. Zapatrując się w ten sposób na sam mechanizm nadwichnień, musimy się zgodzić, że zarówno sposób nastawiania, jakiego używał LINDEMAN, HOFFMANN i inni, jakoteż i postępowanie HUTCHINSON'a w poszczególnych przypadkach mogą znaleźć swe usprawiedliwienie. Zresztą przy nadwichnieniach, niepołączonych z rozerwaniem torebki, nastawienie wykonać łatwiej, niż przy zwichnieniu. Wystarczy często do tego wykonać wyciąganie i jakiś ruch obrotowy. Tem w wielu razach, przypuszczam, możnaby wytłómaczyć, dlaczego i LINDEMAN i HUTCHINSON mieli dobre wyniki, nastawiając każdy podług swego sposobu.

Co się mnie tyczy osobiście, mogę rzec tyle tylko, że w pierwszym spotkany przypadku, jeżeli nie będę znał dobrze mechanizmu uszkodzenia, postąpię, jak u dwóch poprzednich chorych. Dopiero, gdybym przytem napotkał trudności, zastosuję sposób HUTCHINSON'a.

Kończąc na tem swój artykuł, nie mogę się powstrzymać, by nie wyrazić razem z BRINDLEY'em życzenia, ażeby lekarze nasi przy każdej sposobności starali się objaśniać osoby, zajmujące się małymi dziećmi, o szkodliwości podnoszenia i ciągnięcia ich za rączkę.

II. SPOSÓB UŁATWIAJĄCY WPROWADZANIE CYNOWYCH CZOPKÓW SCHRÖTTER'A PRZY ZWĘŻONEJ KRTANI.

Podał

Leopold Lubliner,

asystent oddziału laryngologicznego w szpitalu Ś-go Rocha.

Każdemu specyjaliście wiadomo, jak trudnem nieraz bywa wprowadzenie do zwężonej krtani zgłębnika metalowego lub kateteru, jeżeli zwężenie doszło już do wysokiego stopnia. Jeszcze trudniejszym bywa wprowadzenie t. zw. czopków

¹⁾ RADESTOCK. Ueber die isolirte Luxation des Radiusköpfchens nach vorn. Centr. für Chir. 1888. N. 3, p. 51.

cynowych (*Zinnbolzen*) dla pozostawienia ich na czas dłuższy w krtani (*à demeure*). Jako asystent oddziału laryngologicznego, często jestem w tem położeniu, że po wielokrotnem kokainowaniu chorego i po wielu próbach, zmęczony chorego i siebie, zmuszony jestem odłożyć rękoczyn do dnia następnego.

Obecnie, chcąc ominąć wszystkie trudności, postępuję w następujący sposób:

Po uprzednim znieczuleniu kokainą odcinka tchawicy ponad rurką tracheotomijną i samej krtani, wprowadzam przez otwór tracheotomijny w kierunku do krtani rurkę SCHROETTER'a najmniejszego kalibru lub też cienki zgłębnik cynowy, mający na końcu półkuliste wgłębienie. Gdy rura lub zgłębnik przeszły przez zwężoną głośnię i ukazały się w jamie gardzielowej, wtedy, nie posiłkując się nawet lusterkiem krtaniowem, nasadam czopek cynowy, *resp.* dolny guziczek jego na rurę lub zgłębnik. Wówczas lewą ręką wyprowadzam rurę SCHROETTER'a lub zgłębnik z gardzieli przez krtani i tchawicę. Rzecz łatwa do zrozumienia, że tę samą drogę odbywa w ten sposób umocowany czopek cynowy danego kalibru, i gdy guziczek jego widocznym się staje w otworze tracheotomijnym, chwytam go odpowiednimi szczypeczykami lub też, wprowadziwszy uprzednio rurkę tracheotomijną, umocowuję zwykłym sposobem. Radzę przytem posiłkować się rurką pomysłu D-ra HERYNGA, gdzie wewnętrzna rurka jest przecięta wzdłuż górnej swej ściany i nasuwa się na guziczek czopka cynowego. D-r CATTI posiłkuje się w podobnych przypadkach odpowiednio urządzoną pincetą, którą chwytta koniec czopka cynowego.

Z KLINIKI PEDIJATRYCZNEJ W KRAKOWIE.

III. PORÓWNANIE WYNIKÓW LECZENIA DŁAWCA ZA POMOCĄ TRACHEOTOMII A INTUBACYI KRTANI METODĄ O'DWYER'A.

Referat

Prof. D-ra Macieja Leona Jakubowskiego,

odczytany na posiedzeniu Sekcji medycyny wewnętrznej Zjazdu lekarskiego w Krakowie, dnia 19 Lipca 1891.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 35].

II. Powikłania, występujące wskutek dokonanych rękoczynów.

A) Po tracheotomii spotykamy się z rozmaitemi powikłaniami, z których głównejsze bywają:

1) Rana, przenikająca wszystkie warstwy tkanin na szyi, może być opatrywaną przeciwnie tylko od zewnątrz. Od wewnątrz dostaje się do niej z tchawicy wydzielina śluzowa, zmieszana z produktami rozpadu błon dławcowych. Dłatego powierzchnia rany nie tylko pokrywa się często nalotami dławcowymi,

lub błonicowemi, ale przyjść może do rozleglejszych i głębszych zapalnych nacieków, sprowadzających: rozpad tkanki łącznej, różycowe rozległe zapalenie, następne zapalenie i ropienie ościennych gruczołów, przedziurawienie większych naczyń z groźnemi krwotokami i t. d.. Wielokrotnie dławiec krtani i tchawicy jest już na ukończeniu, a jedno z powikłań, powyżej przytoczonych, przedłuża bieg choroby, zagraża nawet życiu chorego. W najkorzystniejszym przebiegu po tracheotomii pozostaje zawsze na całe życie, na środku szyi, blizna szpecąca.

2) Wprowadzona do tchawicy kaniula, ugniatając błonę śluzową, wywołuje odleżyny, pociągające za sobą: krwotoki mięsaszowe, bujne ziarniny zatykające światło tchawicy, głębsze owrzodzenia łączące się z obnażeniem chrząstek, a po zagojeniu — bliznowate zwężenie światła tchawicy.

3) Nieraz przy nieogłędnem i forsownem wprowadzaniu kaniuli większych rozmiarów sprowadzić można wgniecenie chrząstek tchawicy ku wewnątrz, wskutek czego powstają tak znaczne zwężenia teje, iż po ukończeniu sprawy chorobowej, stanowcze usunięcie kaniuli natrafia na poważne trudności, staje się nawet niemożliwem.

4) Jeżeli kaniula pozostaje przez dłuższy czas w tchawicy, to spowodować może obrzmienie i zgrubienie błony śluzowej poniżej więzadeł, rozciągające się zazwyczaj do dolnego brzegu chrząstki pierścieniowej.

5) Wreszcie chorzy, przyzwyczajawszy się przez czas dłuższy czerpać powietrze szerokim otworem kaniuli, po usunięciu teje oddechają z trudnością, nawet duszą się silnie, pomimo że sprawa dławcowa dawno przeminęła i drogi oddechowe są zupełnie wolne. Natenczas przyczyn zaduszania się szukać należy albo w porażeniu więzadeł głosowych, albo tylko w zaburzeniu nerwowem i bojaźni chorego oddechania bez kaniuli, do której się przyzwyczaił.

Tylko lekarz, dokonywający większej liczby tracheotomij, dochodzi do świadomości, jak często występują po niej rozmaite powikłania, bądź zagrażające życiu chorego, bądź niedozwalające na usunięcie kaniuli przez długie miesiące, a nawet i lata.

B) Po intubacyi wyłaniają się może mniej liczne, ale równie groźne powikłania. Bywają niemi:

1) Wysłunięcie się rurki z krtani. Najmniejsze niebezpieczeństwo jest wtenczas, gdy wykrztuszona rurka wyrzuconą zostanie na zewnątrz, lub przez chorych połkniętą. W obu razach dzieje się duszą, a spieszna pomoc lekarska jest nieodzowną. Po połknięciu rurki nie znamy dotychczas groźniejszych następstw. Odchodzi ona zwykle z kałem po upływie kilkunastu godzin. Chorzy jednakże tymczasem się duszą, a nie mając pod ręką drugiej tych samych rozmiarów rurki, chcąc ich ratować, jest się zmuszonym przystąpić do tracheotomii. Niebezpieczniejszą jest sprawa, jeżeli wykrztuszona rurka uwięźnie w przełyku. Chory i dusi się i dławi tak długo, dopóki rurka wprawną ręką z gardła wydobytą nie zostanie. Najniebezpieczniejszem bywa wpadnięcie rurki do tchawicy, co wydarzyć się może albo przy użyciu rurki mniejszego kalibru, albo przy nieumiejętnem i nieostrożnem wydobywaniu rurki szczypekami. Lekarze, obawiający się wpadnięcia rurki do tchawicy, zostawiają ją uwiązaną na nitce, której koniec wystający z ust przytwierdzają do policzka plastrem lepkiem. Pozostawienie

Jednak nitki w jamie ustnej jest dla chorych uciążliwe i przeszkadza bardzo w przelękanii pokarmów. U naszych [64] chorych wprowadzaliśmy zawsze rurkę na nitce, lecz zwykle po kwadransie, gdy dzieci się już uspokoiły i gdy przekonaliśmy się, że rurka jest dobrze ustawioną, nitkę się usuwało. Wpadnięcie rurki do tchawicy nie wydarzyło nam się ani razu. Jeżeli jednak zdarzy się to niefortunne powikłanie, to tracheotomija natychmiast zrobioną być musi, by przez otwartą ranę w tchawicy wgłobioną rurkę usunąć.

Z opisanych dotąd powikłań okazuje się, że po intubacyi chory nietylko zostawać musi pod ścisłą i nieustanną opieką lekarską, ale pod opieką takiego lekarza, który w danej chwili, gdy się tego okaże potrzeba, dokona następczej tracheotomii.

2) Po intubacyi chorzy z trudnością polykają. Pokarmy płynne, dostając się przez otwór rurki do tchawicy, wywołują: uciążliwe krztuszenie się, wyrzucenie rurki na zewnątrz, a co najważniejsze, wskutek dostawania się płynu do oskrzeli łatwo powstają zapalenia płuc, które przeważnie z tej przyczyny częstszymi są po intubacyi, niż po tracheotomii. Z powodu zachłystywania się, wielu chorych nie chce nawet przyjmować pokarmu. Własnymi doświadczeniami stwierdziliśmy jednakże, iż rozpoczynając żywienie dzieci dopiero w kilkanaście godzin po intubacyi, gdy się już z rurką oswoją, podając im pokarm w małej ilości łyżeczkami, zwracając ich uwagę, aby łykały ostrożnie, to zachłystywania nie ma, gdyż dzieci wyrabiają sobie pewną metodę zręcznego przelękania pokarmów. Gdy wystąpi jednak znaczne zachłystywanie się i ponczaniem dzieci zwalczyć go nie zdołamy, natenczas karmimy je albo w położeniu leżącym na wznak, z głową znacznie przechyloną ku tyłowi, albo z pomocą zgłębnika żołądkowego, albo wreszcie pożywienie redukujemy do *minimum*, dając go zato w większej obfitości raz na 24, lub 48 godzin, po wyjęciu poprzedniem rurki z krtani.

3) Po intubacyi mogą powstać wrzody odleżynowe [najczęściej na błonie śluzowej górnej przedniej części tchawicy]. Bywają one powierzchowne, po usunięciu rurki goją się łatwo, nie zostawiając po sobie bliznowatych zwężeń tchawicy. Wrzody odleżynowe na górnej powierzchni więzadeł głosowych, lub na ich krawędziach, których dotąd, przy braku dostatecznego doświadczenia z intubacyją, wielu lekarzy bardzo się obawia, należą do powikłań wyjątkowych. My przynajmniej u naszych chorych nie spostrzegaliśmy takich owrzodzeń.

Ostatecznie na podstawie sprawozdań, ogłoszonych dotąd przez rozmaitych lekarzy, a stwierdzonych własnem doświadczeniem, przychodzimy do następujących wniosków:

1) Do usunięcia przypadków zwężenia krtani, występujących w przebiegu dławca, lub nawet wśród innych chorób krtaniowych, posiadamy dzisiaj dwa sposoby leczenia: intubacyję i tracheotomiję.

2) Intubacyja jest zabiegiem łagodniejszym i mniej niebezpiecznym, niż tracheotomija; w przypadkach więc takich, w których liczyć można na jej skuteczność, i intubacyja zasługuje na pierwszeństwo.

- 3) Ujemnymi stronami intubacji są:
- a) Chory zostawać musi pod stałym nadzorem lekarza.
 - b) Każdorazowa intubacja i ekstubacja jest dla chorych bardzo przykłą i uciążliwą, tem uciążliwszą, im mniejszą wprawę posiada lekarz, dokonywający tej operacyi.
 - c) Z powodu zachłystywania się częstego przy spożywaniu pokarmów i mniej obfitego dostawania się powietrza do płuc przez otwór rurki, częściej po intubacji występują zapalenia płuc, niż po tracheotomii.
- 4) W dławcu, ograniczającym się do krtani i górnej części tchawicy, po intubacji mamy wyniki równie dobre jak po tracheotomii, a leczenie zwykle trwa krócej; w tych więc przypadkach stanowczo intubacja ma rację bytu.
- 5) Jeżeli po intubacji przy dławcu krtaniowym tenże opuści się na dolną część tchawicy i na oskrzela, wywołując groźniejsze przypadki zaduszenia, rurkę usunąć, a następczą tracheotomię spieszenie wykonać należy.
- 6) W dławcu rozległym, zajmującym obok krtani tchawicę i oskrzela, intubacja jest zabiegiem niepewnym i lepiej odrazu przystąpić do tracheotomii.
- 7) O ile tracheotomija stoi na straży intubacyi, wypełniając jej braki, to znów jeżeli po tracheotomii przebieg dławca jest na ukończeniu, a tylko z powodu powikłań wyłonią się trudności w usunięciu kaniuli, rurka intubacyjna tę ostatnią zastąpić może, przyczyniając się do pędzszego wyleczenia chorego.
- 8) Oba sposoby leczenia zatem dopełniają się nawzajem: gdy jeden zabieg okaże się niewystarczającym, drugi go uzupełni, a tem samem każdy pojedynczo, lub oba razem przyczynią się w przyszłości do większego procentu wyleczenia w groźnych chorobach krtani.

NOTATKI LEKARSKIE.

13. Laseczniki smegmy w moczu ludzkim.

Niniejszą notatką chcę zwrócić uwagę Szanownych Kolegów, zajmujących się badaniami drobnowidzowymi w celach dyjagnostycznych, na pewien szkopuł, który bardzo często może się nastreczyć przy rozbiórce moczu i rozpoznawaniu w nim laseczników gruźliczych.

W Grudniu 1889 roku otrzymałem trzy razy mocz, przesłany mi przez kolegę N.. Mocz odczynu kwaśnego, o ciężarze właściwym 1018—1020, barwy ciemno czerwonej, zawierał krew, cylindry krwi, cylindry ziarniste, komórki owalne, komórki płaskie, ciała ropne, nadto *sarcinam urinae*.

Przy rozbiórce powtórny i trzecim danego moczu, obok poprzednio wymienionych patologicznych części składowych, zanotowałem obecność laseczników Koch'a.

Wkrótce potem wypadło mi kilka razy i w innych preparatach osadów moczowych zanotować obecność laseczników Koch'a.

Dziwiło mię to, iż tak często spotykam je w moczu. Zacząłem wątpić o dobroci preparatów. Dla skontrolowania wybrałem mocz swojego chorego, u którego z góry mogłem wykluczyć obecność laseczników gruźliczych. I tu w osadzie w jednym z preparatów spostrzegłem laseczniki, zabarwione fuksyną;

ilość ich, tak tu jak i we wszystkich podobnych przypadkach, była nieznaczna; leżały one rozrzucone, oddzielnie. Przyszedłem do wniosku, iż to nie były laseczniki Koch'a. Szukałem w podręcznikach, jakie mam pod ręką, wyjaśnienia tej zagadki i znalazłem je u VIERORDT'a ¹⁾, który ostrzega, iż w smegmie znajdują się laseczniki, barwiące się w sposób podobny i charakterystyczny dla laseczników Koch'a.

Dostanie się smegmy do moczu z pod napletka jest bardzo łatwe. Nie kształt i sposób barwienia odróżnia drobnowidzowo laseczniki smegmy od laseczników Koch'a. Te ostatnie występują w masie, preparat przedstawia się pod drobnowidzem, jakby pochodził z hodowli czystej laseczników Koch'a.

Przeciwnie, co do laseczników smegmy, spotyka się je na preparacie w ilości nieznacznej, rozrzucone.

W wątpliwych przypadkach rozstrzyga kwestyję wstrzyknięcie śwince morskiej.
D-r M. Leśnik [Suwałki].

Oddawna, odkąd poznano laseczniki smegmowe [1885 ALVAREZ-TAVEL, MATERSTOCK, LUSTGARTEN, MANNABERG i inni], we wszystkich podręcznikach znajdują się wzmianki o metodach badania, pozwalających na odróżnienie laseczników smegmowych od gruźliczych. Jeżeli gdzie, to zwłaszcza z kobiecemi moczymi ostrożności są konieczne. W wydanej w r. 1887 przez A. GOTSTEIN'a książce p. t. „*Die Verwerthung d. Bacteriologie in d. klinischen Diagnostik*“ znajdujemy na str. 24—25 ustęp następujący: „Cząstki tkankowe i mikroby, mające własności barwienia się podobne do laseczników gruźliczych: 1) Ziarenka komórek tucznych (*Mastzellen*). 2) Zrogowaciałe nabłonki. 3) Zarodniki niektórych grzybków rozszczepkowych i pleśniowych. 4) Kryształy tłuszczowe odporne na działanie kwasów [cholestearyna]. Dodatek eteru i chloroformu, lub uprzednie gotowanie z alkoholowym roztworem potażu uchroni od błędu. 5) Laseczniki trądowe (*Lepra*). 6) Laseczniki smegmowe, czyli wogóle laseczniki, gnieźdzące się na gruncie tłuszczowym, specjalnie wśród zmacerowanych nabłonek. Są one bardzo odporne na kwasy, co zależy prawdopodobnie od otaczającej laseczniki osłonki tłuszczowej [cholestearyna], która nie odbarwia się od kwasów, tak samo jak i nabłonki. Te laseczniki „tłuszczowe“ [głównie w smegmie, w wydzielinie w *acne* i w *cerumen*] wyróżniają się często już polimorfnością od laseczników gruźliczych, często jednak napotyka się formy zupełnie do nich podobne. Z tem wszystkim dadzą się one odróżnić od laseczników gruźliczych przez to, że a) odbarwiają się w alkoholu bezwodnym [sposób nie absolutnie pewny, gdyż wyskok bezwodny w części odbarwia też i laseczniki gruźlicze]; głównie zaś b) preparaty, pochodzące z miejsc, z których mogą się dostać zarazem i laseczniki tłuszczowe, należy przed barwieniem wygotować w 5% alkoholowym roztworze potażu. Samo traktowanie eterem lub chloroformem nie jest wystarczające do rozpuszczenia przypuszczalnych osłonek laseczników tłuszczowych.

Piszący te słowa przed kilku już laty zwracał też uwagę na laseczniki smegmowe z okazji wykładu o lasecznikach gruźliczych w Warszawskim Towarzystwie Lekarskiem, a w książce kol. JAKOWSKIEGO „Grzybki chorobotwórcze“, również sposób odróżniania laseczników smegmowych jest podany [str. 128].

W. Majzel.

¹⁾ VIERORDT. Diagnostik der inneren Krankheiten. S. 355, 380.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

28. Jendrassik. Dalsze poszukiwania nad moczopędnym działaniem rtęci (Weitere Untersuchungen ueber die Quecksilberdiurese).

JENDRASSIK, jak wiadomo, niezależnie od STOKES'a, w r. 1885 zwrócił uwagę na moczopędne działanie kalomelu. W ciągu blisko 5-letniego okresu stosowania metody JENDRASSIK'a, literatura lekarska wzbogaconą została całym szeregiem odnośnych prac, których liczba dochodzi do poważnej cyfry 50. W liczbie tych prac, cytowanych przez JENDRASSIK'a, spotykamy i prace naszych lekarzy, drukowane w swoim czasie w naszym piśmie [BIEGAŃSKI ¹⁾ i BRUNNER WŁADYSEAW ²⁾].

Opierając się na całej tej dość bogatej literaturze i własnych dalszych badaniach, J. przedstawia nam obecny stan kwestyi diurezy rtęciowej.

Wszyscy autorzy zgadzają się na to, że kalomel posiada wybitne własności moczopędne. Ilość moczu dochodzi niekiedy do cyfr olbrzymich: spostrzegano niejednokrotnie, że dobową ilość moczu wynosiła 8, a nawet 10 litrów i więcej [10,700 — przypadek PAL'a]. Ze związków rtęciowych najdzielniejszym i najpewniejszym okazał się kalomel, lubo i inne przetwory rtęci, z wyjątkiem szaruchy, nie są pozbawione moczopędnego działania. Najbliżej kalomelu pod względem skuteczności stoi *hydr. jod. flav.*, które niekiedy lepiej chorzy znoszą. Pierwotnie J., a za nim inni, używali kalomelu tylko przy braku zaburzeń ze strony nerek. Obecnie J. rozszerza wskazania, zastrzegając się jednak, że nie wydaje pod tym względem ostatecznego sądu. Najlepsze i prawie niezawodne skutki otrzymywano dotychczas przy obrzękach, zawiśłych od organicznych lub czynnościowych cierpień serca. Przy puchlinie brzucha, zależnej od chorób wątroby, otrzymywano przeważnie wyniki ujemne, kilkakrotnie jednak zanotowano zwiększenie dobowej ilości moczu i polepszenie niewątpliwe. Co do puchliny pochodzenia nerkowego, większość autorów, zgodnie z pierwotnymi spostrzeżeniami JENDRASSIK'a, nie zauważyła zwiększenia ilości moczu pod wpływem kalomelu. Natomiast tu i owdzie notowano dodatni wpływ tegoż nawet w cierpieniach nerek, a przynajmniej nie zauważono wpływu ujemnego. To upoważnia autora do wniosku, że cierpienia nerek, wikłające dość często choroby serca, nie są przeciwwskazaniem do użycia kalomelu. Wysiękowe zapalenie płucnej zato nie poddawało się prawie nigdy działaniu kalomelu [z wyjątkiem nielicznych przypadków WEINSTEIN'a i jednego — BIEGAŃSKIEGO]. Również jednozgodnie wszyscy zaprzeczają, aby kalomel działał moczopędnie u ludzi zdrowych. Wyjątek pod tym względem stanowią spostrzeżenia nielicznych zresztą autorów, między innymi BIEGAŃSKIEGO, z którym J. obszernie polemizuje. Spostrzeżeniem BIEGAŃSKIEGO zarzuca JENDRASSIK: 1-o że dotyczyły nie ludzi zdrowych, lecz syfilityków, 2-o że nie podają dobowej ilości moczu przed rozpoczęciem leczenia, 3-o że nie zwrócono dostatecznej uwagi na ilość przyjmowanych płynów, a ilość ta w przypadkach B. miała być znaczną. Inni klinicyści i sam J. moczopędnego działania kalomelu u ludzi zdrowych nie znajdują. Jeżeli nawet, powiada J., działanie to istnieje, jest ono nieznacznem i niestałym.

Wszyscy prawie klinicyści zgadzają się na sam fakt moczopędnego działania kalomelu przy obrzękach. Znaleźli się jednak i tacy, którzy zmniejszanie się obrzęków po użyciu kalomelu przypisują nie moczopędnemu działaniu tegoż, lecz rozwolnieniu i slinotokowi, jaki kalomel sprowadza [WEINSTEIN].

¹⁾ Gaz. Lek. 1887. N. 18 i nast..

²⁾ Gaz. Lek. 1887. N. 40.

Zdanie to nie wytrzymuje krytyki, gdyż właśnie kalomel najskuteczniej działa w tych przypadkach, w których nie występują ani rozwolnienie, ani ślinotok, które to objawy przy leczeniu kalomelem uważamy zawsze za niepożądane i niepo-myślne. Inni utrzymują, że kalomel, zwiększając zawartość mocznika we krwi, wywołuje obfitą ilość moczu [SPILLER LOCKE]. Przedewszystkiem sam fakt zwiększania się ilości mocznika przez użycie kalomelu nie jest wcale do-wiedzionym, a następnie, dla czegoż środki, które niewątpliwie zwiększają ilość mocznika we krwi [jak salicylan i będzwinian sodu, *colchicum*] wcale wła-sności moczopędnych nie posiadają?

Bardzo rozpowszechnionem jest mniemanie, że kalomel działa pobudzająco na nabłonek nerkowy [FUERBRINGER, SÉE, BIEGAŃSKI]. Nie jednakże nie prze-mawia na korzyść tego twierdzenia, fakt zaś, że kalomel u ludzi zdrowych moczopędnego działania nie wywiera, stanowczo temu twierdzeniu zaprzecza. Wreszcie ROSENHEIM za pomocą doświadczeń na zwierzętach usiłuje dowieść, że rtęć zwiększa elastyczność obwodowych naczyń i obrzękłej tkanki łącznej, przez co zostaje wepchnięty płyn surowicy do krwiobiegu. Doświadczenia ROSENHEIM'a, wykonywane na nerce wyciętej, przez którą przepuszczano odwołknioną krew i zbierano wydzielinę, którą R. uważał za mocz, nie mają według J. żadnego znaczenia i wcale nie upoważniają do przyjęcia wyżej wzmiankowanej tezy tego autora. JENDRASSIK, nie mogąc zgodzić się na żadną z dotychczasowych teoryj moczopędnego działania rtęci, *per exclusionem* powraca do swojej pierwotnej teoryi, głoszącej, że rtęć, dostawszy się do krwiobiegu, zmienia własności dyfuzyjne krwi, wskutek których następuje przesiąkanie płynu obrzękowego w kierunku od tkanek do naczyń. Ażeby tego do-wieść, autor rzekł się doświadczeń na zwierzętach, gdyż u tych ostatnich nie można wywołać trwałych obrzęków, któreby nie ustępowały po usunięciu przy-czyny, sztucznie te obrzęki wywołującej. Rozumowania i doświadczenia JEN-DRASSIK'a dadzą się streścić w sposób następujący:

Gdyby moczopędne działanie rtęci polegało na podrażnieniu nerek, to na-leżałoby oczekiwać, że przy zwiększeniu ilości moczu nastąpi zagęszczenie krwi [zwiększenie zawartości hemoglobiny]. Widzimy to po użyciu strofantu i in-nych środków moczopędnych. Rtęć wywołuje objaw wprost przeciwny. Lubo w pierwszej chwili po zjawieniu się obfitszej ilości moczu zawartość hemoglo-biny wzrasta, wkrótce jednak występuje stałe jej zmniejszenie, *resp.* rozcieńcze-nie krwi [sposprzeżenia BENCZUR'a i CZANTARY'ego]. Że to jest rzeczywiste rozcieńczenie krwi, a nie zniszczenie ciałek czerwonych, dowodzą takie fakty, jak szybki powrót do normy zawartości hemoglobiny po ustaniu diurezy i nieobecność hemoglobiny w moczu. W jaki sposób kalomel sprowadza to rozcieńczenie krwi? Całym szeregiem dobrze pomyślanych doświadczeń J. do-wodzi, że kalomel przechodzi do krwi, łączy się z białkiem w postaci rtęcio-wego oksydalbuminatu, który posiada bardzo znaczne dyfuzyjne własności. W doświadczeniach JENDRASSIK'a, do roztworu takiego białkanu rtęci przez błony zwierzęce przechodziło dwa razy więcej wody, aniżeli do roztworu białka, lub surowicy. A zatem rtęć poprawia endosmozę krwi, która przez nerki wy-prowadza płyn nagromadzony w tkankach. Jeżeli jednak przesiąkanie [filtra-cyja] z naczyń do tkanek będzie zwiększone wskutek pewnych własności krwi, mianowicie jej wodnistości, jak to ma miejsce przy chorobie BRIGN'a, wtedy działanie rtęci okaże się bezsilnem.

W końcu swej pracy J. podaje kilka uwag praktycznych. Nazywa kalo-mel — lekiem ciężkich dni w chorobach serca i radzi go używać wtedy, kiedy inne leczenie już jest bezskuteczne. Stosować go można wielokrotnie u tego sa-

mego chorego. JORDAN wspomina o chorym, który już 23 razy przechodził leczenie kalomelowe, zawsze z dobrym skutkiem.

Co do metody stosowania kalomelu, J. jest zdania, że najlepiej podawać go przez jeden dzień [po 0,1 w dziesięciu dawkach]. Ilość moczu zwiększać się zaczyna zwykle 3-go dnia. Usta należy płukać 3% roztworem dwuwęglanu sodu.

(*Deutsch. Archiv für klin. Med.* 1891. 3 u. 4 Heft).

A. Puławski.

29. G. Honigmann. O wpływie wziewania tlenu na ustrój.

Wpływ tlenu na ustrój badany był przez liczny zastęp autorów; ilość prac, ogłoszonych w tej kwestyi, jest niezmiernie wielka, a zdanie o zastosowaniu leczniczym tlenu przy pewnych chorobach, cechujących się niedostatecznym utlenianiem ustroju, nie było przez czas długi, a właściwie nie jest dotąd ustalonym. Powody różnych zdań i dowody, przedstawiane przez każdego badacza na poparcie swego zdania, są zbyt liczne i jednocześnie zbyt znane, aby warto było tu jedne i drugie przytaczać. Przeciwnie, godnym uwagi jest punkt wyjścia badań autora, które doprowadziły go do wniosku, że niesłusznie uważamy dziś stosowanie lecznicze tlenu za zupełnie bezzasadne. Zdania wszystkich przeciwników znaczenia leczniczego tlenu sprowadzają się w rezultacie do dwóch: 1) ustrój może zużyć i zużywa tylko pewną ilość tlenu bez względu na to, ile mu się dostarcza; 2) nadmierne utlenianie ustroju prowadzi do nadmiernego rozpadu białka, a więc jest szkodliwe. Otóż, autor przypomina wyniki badań PETTENKOFER'a i VOIR'a, które dowiodły, że nie tlen jest przyczyną rozpadania się białka, lecz przeciwnie ilość rozpadających się substancyj białkowych warunkuje wtórnie ilość potrzebnego ustrojowi tlenu. Przy zwiększonym zapotrzebowaniu tlenu, np. podczas roboty, nie wytwarza się w ustroju zwiększona ilość mocznika, t. j. nie rozpada się większa ilość białka. Fakt ten ma miejsce dopiero wtedy, jeżeli brakuje ilości tlenu, której ustrój przy danej pracy zużyć potrzebuje. Ztąd wynika, że zwiększona przemiana materji jest dowodem zmniejszonego, zmałego dowozu tlenu. Ponieważ zaś ten ostatni mogą ustrojowi dostarczać różne jego części, a niekoniecznie czerwone ciała krwi, jak tego dowodzi pomnikowe doświadczenie FFLUGGER'a z soloną żabą, należy więc przy chorobach, cechujących się znacznie powiększoną przemianą materji, dostarczyć ustrojowi, jakąkolwiek bądź drogą, większą ilość tlenu. W dwóch przypadkach nadzwyczajnej niedokrwistości autor osiągnął znakomite poprawy, stosując wdychanie tlenu. Dowodzą tego u tych chorych zarówno badania nad przemianą materji, która się zmniejszyła, jak i badania nad ilością czerwonych ciałek krwi, hemoglobiny, wreszcie waga i stan ogólny chorych. Autor tłumaczy to w sposób następujący. U niedokrwistych zapotrzebowanie tlenu jest takie same, jak u osób zdrowych, czyli w porównaniu ze znacznie zmniejszoną u nich ilością roznościcieli tlenu [czerwonych krążków krwi] jest ono znacznie zwiększone. Ciągły ten brak dowozu tlenu sprowadza zwiększoną przemianę materji, *resp.* postępujące wyniszczenie chorego. Jeżeli mu brakującego tlenu dostarczymy, np. przez pęcherzyki płucne za pomocą wdychań tego gazu wyłącznie, to błędne koło przestanie istnieć: przemiana materji się zmniejszy, zjawi się dobre łaknienie, przez co polepszy się odżywianie ustroju, co znowu poprowadzi do należytego tworzenia się części morfologicznych, a więc i ciałek krwi, czyli, mówiąc inaczej, niedokrwistość pierwotna przestanie istnieć. W ten sposób leczenie takich chorób, jak pierwotna niedokrwistość, a być może i moczówka cukrowa, za pomocą wziewań tlenu można uważać prawie za racjonalne, a nie za objawowe. Podawanie jednoczesne siarki i arseniku, jako zdolnych zatrzymywać nadmiar wprowadzonego przy wziewaniach tlenu i roznosić go po ustroju, powinno sprzyjać jeszcze większej skuteczności tego rodzaju leczenia.

Autor próbował również wziewań tlenu u dwóch dobrze odżywianych chorych blednicowych i przekonał się, że tu nie przynoszą one pożądanego skutku. Ztąd wy-

prowadza on wniosek, że zmniejszona ilość hemoglobiny u tych chorych nie wywołuje u nich zawsze braku tlenu, a ztąd i zwiększonej przemiany materii, *resp.* wyniszczenia. A więc, gdyby wzięcia tlenu mogły znaleźć przy blednicy zastosowanie, to tylko w przypadkach, skombinowanych z wyniszczeniem.

(*Zeitschrift für klinische Medicin*, B. 19. H. 3. 270—293). W. Janowski.

SZÓSTY ZJAZD LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W KRAKOWIE.

„Chociaż często słyszymy — powiedział w swojej powitalnej mowie prof. ROSTAFIŃSKI — że zjazdy mają więcej towarzyskiego, niż naukowego znaczenia, to jednak pod żadnym względem na to zgodzić się nie można. Trzeba przedewszystkiem pomyśleć, że nie tylko my sami, ale wszystkie narody składają się z jednostek więcej i mniej pilnych i pewnej podniety do pracy zawsze potrzebują. Niejeden członek dlatego, że na zjazd się wybiera, przywiezie albo drobną wiadomość, któraby może zaginęła, albo nawet poważną pracę, któraby leżała w tece, gdyby nie blizka sposobność podzielenia się z kolegami. Podczas zjazdu też następuje nie tylko towarzyska, ale i naukowa wymiana myśli i nieraz kierunek przyszłych badań tutaj się oznacza; w sekcjach zastanawiamy się, jakie źródła obcej literatury przyswoić sobie należy, układamy terminologię i podajemy plan pracy na przyszłość“.

Zapatrując się z tego stanowiska na zjazdy naukowe, musimy z radością zaznaczyć, że ostatni zjazd naszych przyrodników i lekarzy liczebnie i jakościowo wypadł bardzo pomyślnie, że widzieliśmy na każdym kroku postęp i coraz większe wyrobienie w technice samego urządzenia zjazdu. Jest to zasługą komitetu gospodarczego, który rozwinął niesłychanie energiczną działalność, a w skład niego weszło wielu kolegów krakowskich pod przewodnictwem prof. ROSTAFIŃSKIEGO i prof. RYDYGIERA.

Posiedzenia ogólne odbywały się w sali gimnazjum św. Anny, posiedzenia sekcyjne w pięknym gmachu *Collegium novum*. Liczba uczestników dochodziła do tysiąca.

Pierwsze posiedzenie ogólne zagaślił prof. ROSTAFIŃSKI treściwym wykładem najważniejszych etapów w historii rozwoju medycyny i nauk przyrodniczych w kraju naszym. Dziwi nas to, że Szanowny mówca nie wspomniał zupełnie nazwiska OCZKI, JĘDRZEJA ŚNIADECKIEGO, a mówiąc o Towarzystwie Lekarskim Wileńskim, zupełnie zapomniał o Towarzystwie Lekarskim Warszawskim. Nawet w najpobieżniejszym rysie historii medycyny o tych imionach i o tej instytucji zapominać nie można. Zakończenie przemówienia, wyrażające pogląd na znaczenie zjazdów naukowych wogóle, a naszego w szczególności, wywołało huczne oklaski.

W dalszym ciągu prof. ROSTAFIŃSKI w imieniu komitetu gospodarczego zaprosił na prezesów honorowych: D-ra ADRYJNA BARANIECKIEGO, inicjatora zjazdów naszych, D-ra JÓZEFA MAJERA, prof. BARANOWSKIEGO i reprezentanta czeskiej akademii D-ra RAYMANA; na prezesa I-go posiedzenia ogólnego — ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO, na wiceprezesów prof. MARESHA z Pragi i D-ra ŚWIĘCICKIEGO z Poznania; na prezesa II-go posiedzenia ogólnego prof. LASKOWSKIEGO z Genewy, na vice-prezesów D-ra MERUNOWICZA ze Lwowa i prof. DICKSTEINA z Warszawy. Po przywitaniu gości zjazdowych przez prezydenta miasta Krakowa, p. SZLACHTOWSKIEGO, odczytano spis delegacji na Zjazd i bardzo liczne depesze. Tu nastąpił odczyt prof. BARANOWSKIEGO: O łączności we wzglądzie metody między badaniem klinicznym i przyrodniczym. Mówca zaznacza brak metody w dziedzinie medycyny praktycznej. Po-

mimo nadzwyczajnego rozwoju środków badania klinicznego, lekarz współczesny za mało jest przyrodnikiem. Przyczyną tego jest wadliwość programu studiów lekarskich: klinikę poprzedzić winna pracownia chemiczna, biologiczna i t. p. Nie dość być świadkiem badania: należy w badaniu tem brać udział bezpośredni; należy nawet dojść do zdolności wykonywania na własną rękę owego badania. Ten tylko zdoła opanować i pokonać trudności zadań klinicznych, kto z wykształcenia, z wyrobienia umysłu, z nabytej metody jest przyrodnikiem. Tu Szanowny mówca bardzo obszernie — może zbyt obszernie ze względu na bezsporność kwestyi — przeprowadza analogiję między badaniem przyrodniczem a lekarskiem. Wzmocnienie odnośnego działu studiów lekarskich, wprowadzenie do programu ich prac laboratoryjnych, danie tym ostatnim przewagi nad wykładami teoretycznymi, uważać należy za sprawę nader pilną i nieodzowną. Zato, słusznie powiada Sz. profesor, godziłoby się ulżyć ciężaru studiów w specjalnych działach medycyny. Owe specjalności, które zajmują dziś niestosunkowo wiele czasu i miejsca, winny być ograniczone, a nawet w znacznej części poza program pięcioletnia studiów uniwersyteckich usunięte. Dopiero po zupełnem ukończeniu studiów uniwersyteckich pora i czas na zdobywanie specjalnej biegłości w przeróżnych poddziałach medycyny praktycznej. Zadanie kliniki ogólnej i wykładów z nią związanych na tem polega, aby wdrożyć umysł słuchacza w stosowanie metody badania przyrodniczego do rozwiązywania kwestyi praktycznego lecznictwa. Na zakończenie mówca wspomina ze zcją imię śp. prof. CHALUBIŃSKIEGO, który „wykształceniem swoim ziszczył niemal ideał lekarza - przyrodnika“.

W dalszym ciągu D-r ŚLIWIŃSKI, jako dyrektor wystawy przyrodniczo-lekarskiej, zaprosił obecnych do jej obejrzenia, a sekretarz Zjazdu D-r ZARĘWICZ w imieniu Wydziału gospodarczego zaprosił na sędziów wystawy, z Warszawy: pr. DIKSTEINA i D-ra POLAKA, z Poznania D-ra ŚWIĘCICKIEGO, ze Lwowa p. KOCHANOWSKIEGO, prof. PAWLEWSKIEGO, D-ra ZIEMBICKIEGO, z Krakowa prof. GŁUZIŃSKIEGO, prof. JANCZEWSKIEGO, doc. WALENTOWICZA, z Pragi D-ra OBRZUTA.

Wreszcie utworzono komisyję dla zaproponowania czasu i miejsca Zjazdu. W skład jej weszli: D-r RYDEL, D-r ŚWIĘCICKI, D-r ZIEMBICKI i D-r DUNIN. Tegoż dnia po obiedzie rozpoczęto posiedzenia sekcyjne. Sekcyj ogółem było 15, a mianowicie: 1) medycyny teoretycznej wygłoszono referat 1 i wykładów 25, 2) higieny i medycyny sądowej referat 1, wykładów 7, 3) medycyny wewnętrznej: referatów 4, wykładów 35, 4) chirurgiczna: wykładów 22, 5) ginekologiczna: referaty 4, wykładów 11, 6) okulistyczna: referatów 3, wykładów 10, 7) weterynaryjna: referatów 4, wykład 1, 8) farmaceutyczna: wykładów 4; 9) fizyko-matematyczna: wykładów 15; 10) chemiczna: wykładów 7; 11) mineralogii, geologii i geografii fizycznej: wykładów 6; 12) zoologii i anatomii porównawczej: wykładów 22; 13) botaniki: wykładów 8; 14) antropologii [?]; 15) psychologiczna: wykładów 12.

Ogólnie biorąc, na sekcjach lekarskich zapowiedziano 17 referatów i 115 wykładów, na sekcjach przyrodniczych [prócz sekcji antropologicznej] zapowiedziano 69 wykładów. Jak widzimy, liczba to bardz opokaźna, a chociaż pewna, może dość znaczna nawet ilość prac nie była czytana z powodu nieobecności prelegentów lub braku czasu, to jednak wszystkie prawie te prace będą ogłoszone drukiem i powstanie swe zawdzięczają zjazdowi.

Pożyteczną nowością, wprowadzoną na obecnym Zjeździe, były z góry zamówione i wypowiedziane referaty o pewnych danych kwestyjach.

Taki referat, naturalnie o ile powierzonym zostanie jednemu lub dwu referentom doświadczonym i gruntownie obeznanym z daną kwestyją, skupia uwagę słuchaczy, a zapowiedziany z góry pozwala na przygotowanie się do dyskusyi,

wywołuje nieraz bardzo pouczające spory, jednym słowem, ożywia posiedzenia, które wlokłyby się nieraz bez pożytku i celu. Takie ożywienie np. wywołał referat kol. DUNINA „O mieszanem zakażeniu“ i referat D-ra JAKUBOWSKIEGO „O intubacyi krtani w porównaniu z tracheotomią“ [na sekcji medycyny wewnętrznej]. Pożądaną byłoby rzecz, aby na przyszłych zjazdach, o ile możliwości, starano się o referaty, powierzając sporządzenie ich prelegentom doświadczonym i dającym już pewne gwarancje, że mogą głos w danej kwestyi zabierać, a nie będą nudzić niedołącznemi wypracowaniami słuchaczy. Nad odczytami żadnej kontroli przeprowadzić niepodobna. Każdy mówi, co chce i jak chce. Tu już opinija kolegów powinaby wpływać na prelegentów, aby raczyli uwzględniać nietylko swoje autorskie ambicje, ale i pożytek, a nawet i przyjemność słuchaczy. Wszelkie długie wstępy, powoływania się na cały zastęp autorów, od Hipokratesa począwszy, przytaczania całych ustępów z podręczników fizjologii lub patologii, stanowczo z odczytów zjazdowych powinny być usunięte. Co do treści znów, wszelkie luźne spostrzeżenia na małym materyjale klinicznym, niby „nowe“ a nie nowe sposoby leczenia, niedbale obrobione gawędy stanowczo dyskredytują posiedzenia sekcyjne i w imię wspólnego dobra powinny lepiej dojrzewać w tekach autorskich. Artykuł czytany może nieodpowiadać nawet wszelkim wymaganiom od pracy naukowej i literackiej warunkom, a jednak zawierać jakąś pożyteczną i dobrą myśl, którą sobie czytelnik z łatwością odnajdzie, gdy tymczasem odczyt nudny i rozwlekły tak znuży słuchacza, że tenże nawet owych ziarn zdrowych poszukać nie zechce. Trudno wymagać zbyt wiele od słuchacza, zresztą na obojętność publiczności zjazdowej uskarżać się nie można: posiedzenia sekcyjne są tłumnie odwiedzane, a powodzeniem cieszyły się odczyty bardzo nawet poważne i napozór suche [np. kol. ZIELIŃSKIEGO: O opadaniu jelita poprzecznego]. Kwestyje chociażby nie ściśle naukowe, ale związane z naukowym i społecznym bytem lekarskim mogłyby być uwzględniane z powodzeniem na zjazdach lekarskich. Najlepszy mieliśmy tego dowód na kwestyi, poruszonej przez kol. BIEGAŃSKIEGO: „o zakładaniu pracowni klinicznych przy szpitalach prowincjonalnych“, kwestyi, tak żywo obchodzącej ogół lekarzy i dlatego też z takim uznaniem przyjętej i rozpatrywanej.

Zanim przejdziemy do pobieżnego choćby przeglądu referatów, odczytów i rozpraw, godzi się wspomnieć o złączonej integralnie z naszymi zjazdami wystawie przyrodniczo-lekarskiej. Myśl szanownego inicjatora naszych zjazdów D-ra ADRYJANA BARANIECKIEGO otwierania podczas zjazdu wystawy przyrodniczo-lekarskiej okazała się w praktyce pożyteczną i rozwija się coraz piękniej.

Tegoroczna wystawa jest tego dowodem. Lubo zewnątrzna strona wystawy, ze względu na nader skromne pomieszczenie w gmachu ginazyjalnym św. Anny, była mało imponującą, to jednak znać było postęp rzeczywisty w porównaniu do przeszłych wystaw. Podobnie jak na zjeździe lwowskim D-r MERUNOWICZ, obecnie D-r ŚLIWIŃSKI wziął na swoje barki prawdziwie syzyfowy trud urządzenia wystawy. Źródłowiska krajowe tym razem wzięły udział w wystawie w całym komplecie. Inne działy, jak: szpitalny, narzędzi chirurgicznych, przetworów aptecznych i t. d., przedstawiały się bardzo okazańie. Z nowości zaznaczamy rzecz bardzo pożądaną i pożyteczną: dział polskich wynalazków z zakresu nauk przyrodniczych, utworzony staraniem sekcji fizyko-matematycznej [DICKSTEIN]. Powzięto myśl założenia muzeum takich wynalazków i zaczęto już na ten cel zbierać potrzebny fundusz.

Zato zupełnie nieudatnym był dział prac naukowych i lekarskich w ostatnim dziesięcioleciu. Myśl utworzenia tej grupy była bardzo szczęśliwą, ale wykonanie zupełnie chybiło celu. Ogłoszono prośbę komitetu wystawy o nadsyłanie prac naukowych, przyrodniczych, wydanych w ciągu ostatniego 10-lecia. Nie nadmieniono przy tem, że mają być nadsyłane o d b i-

tki. Większość autorów odbitek nie przysłała: w katalogu więc i na wystawie figurują tylko ci, którzy inaczej zrozumieli myśl komitetu. Ktoby zatem chciał z katalogu i z wystawy nabrać pojęcia o ruchu naszym umysłowym na polu medycyny i przyrodoznawstwa w ciągu ostatnich lat dziesięciu, dowiedziałyby się z żalem i zdziwieniem, że np. z działu anatomii patologicznej i patologii wyszły tylko 4, wyraźnie cztery prace [Katalog wystawy, str. 13], z działu chorób wenerycznych — 3 prace i t. d.. Należało wystawić albo tylko prace wyszłe oddzielnie, albo wszystkie odbitki z czasopism specjalnych, a w każdym razie należało ten lub inny sposób katalogowania wyraźnie zaznaczyć, gdyż w tym stanie, jak to jest obecnie, ani katalog, ani wystawa dzieł lekarskich nie mają najmniejszego znaczenia. [D. c. n.]

Wiadomości terapeutyczne.

17. Aethylenum bromatum. Bromek etylenu, jako środek przeciwko epilepsji. Bromek etylenu [C₂H₄Br₂] jest to płyn zlekką brunatny, o zapachu przypominającym chloroform. Smak ma słodkawy, palący. W wodzie zupełnie się nie rozpuszcza: dodany do wody nie miesza się z nią, tylko opada na dno naczynia. Miesza się dobrze w każdym stosunku ze stężonym alkoholem, lub z olejami tłustymi, np. z olejkiem migdałowym (*oleum Amygdalarum dulcium*) daje roztwór zupełnie przejrzysty.

Pamiętać trzeba, aby nie pomylić się i nie wziąć bromku etylenu [C₂H₄Br₂] za jedno z bromkiem etylu [C₂H₅Br], wprowadzonego w ostatnich latach do chirurgii, jako środka znieczulającego, zamiast chloroformu [SZUMAN — Gazeta Lekarska, rok 1890, str. 706]. Szczególniejszą ostrożność powinien lekarz zachowywać, chcąc użyć bromku etylu do znieczulenia, gdyż użyty przez pomyłkę w tym celu bromek etylenu może spowodować śmierć chorego.

D-r DONATH z Pesztu w ostatnich czasach bardzo zachwala bromek etylenu przeciwko epilepsji (*Therap. Monatsk.* 1891. Heft 6).

DONATH przedewszystkiem wypróbował na sobie działanie fizjologiczne wzmiankowanego środka, a następnie stosował go u 21 chorych, dotkniętych t. zw. *epilepsia idiopathica, s. genuina*.

Z owych 26 chorych, dziesięciu pozostawało przez dłuższy czas pod obserwacją, tak, że z historyj chorób, przytoczonych przez DONATH'a, można wyprowadzić pewne wnioski co do wpływu bromku etylenu na częstotliwość i natężenie napadów.

Otóż, wyniki otrzymane okazały się dość pomyślnymi. Pod wpływem bromku etylenu napady drgawkowe stawały się rzadszemi i łagodniejszymi. W wielu przypadkach postać epilepsji „*grand mal*” przechodziła w formę „*petit mal*”, a czasami nawet w formę poronną, która odznaczała się tylko drgawkami mięśniowymi w kończynach bez utraty przytomności chorego.

Jakkolwiek i bromek etylenu nie leczy radykalnie epilepsji, jednakże zasługuje na zastosowanie szczególnie w przypadkach, w których dla jakichbydz względów na pewien czas chcemy przetrwać podawanie bromku potasu lub innych środków przeciwepileptycznych.

Co się tyczy sposobu podawania, to DONATH radzi przepisywać bromek etylenu w emulsji, według następującej formuły:

Rp. *Aethyleni bromati* 5,0, *ad emuls. oleos.* 100,0, *ol. Menthae pip.* gtt ij.

Z owej emulsji dorośli przyjmują 2—3 razy dziennie po 30 kropel na $\frac{1}{3}$ szklanki wody ocukrzanej. Dawkę zwiększa się co trzy dni, a mianowicie: po 3 dniach 40 kropel na raz; w końcu podawać można łyżeczkę od herbaty na raz [70 kropel]. Dawki te odpowiadają 0,1—0,3 bromku etylenu 2—3 razy dziennie. Większej dawki nad łyżeczkę trzy razy dziennie dotąd nie stosowano w żadnym przypadku.

Dzieciom od 8 do 10 lat podawać można od 10—20 kropel.

W każdym razie ową emulsję trzeba zawsze podawać w rozcieńczeniu z wodą ocukrzoną dla uniknięcia podrażnienia żołądka [odbijanie, mdłości, wymioty]. Wogóle chorzy dość dobrze znoszą wzmiankowany środek leczniczy. Gdyby jednak przy zażywaniu go wystąpiły objawy podrażnienia żołądka, to należy albo dawkę zmniejszyć, albo dodać do owej emulsji 0,1—0,2 *extr. opii aquos.*: w ten sposób łatwo się udaje ową wrażliwość żołądka usunąć.

Ani objawów ogólnych toksycznych, ani wysypki bromowej, przy stosowaniu bromku etylenu, nie spostrzegano dotąd.

Chorym, którzy dobrze znoszą mleko, można przepisywać bromek etylenu w sposób następujący:

Rp. *Aethyleni bromati, Spirit. vini rectificati aa 5,0, Ol. menthae pip. gtt. j.* S. 2—3 razy dziennie po 5—10—15 kropel, dokładnie zmieszanych w szklance mleka.

Wreszcie wygodną formę do przyjmowania bromku etylenu mogą przedstawiać kapsułki żelatynowe; i w tym razie mieszamy bromek etylenu z olejkiem migdałowym.

Rp. *Aethyleni bromati gtt. iij [1,0 aethyleni bromati ma 38 kropel, a więc 3 krople = około 0,1], ol. Amygdalarum dulc. gtt. vj. Dentur tales doses Nr. 100 in capsulis gelatinosis.* S. 2—3 razy dziennie po 2 do 4 kapsułek.

Wiktor Grostern.

List otwarty do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

SZANOWNY REDAKTORZE!

Niedawno widziałem przypadek, którego objaśnić sobie nie umiem. Proszę więc o miejsce w Twem piśmie dla krótkiego opisu w nadziei, że wywołać on może dyskusję, która mnie czegoś pouczy.

Mieszczanin, rolnik z Tykocina, Jan Sw..., lat 28, żołnierz zapasowy, uderzył się przed kilku miesiącami wierzchołkiem głowy [jak mówi—ciemieniem] o belkę we drzwiach. Ani zranienia zewnętrznego, ani siniaka, ani znacznej bolesności na miejscu urazu nie było, ale przez miesiąc blisko chory czuł szum w uszach i ból w górnych i tylnych częściach głowy. Następne dwa miesiące przeszedł w zupełnem [jak mu się zdawało] zdrowiu, a przez ostatnie trzy tygodnie zaczęły wychodzić włosy tak szybko na całem ciele, że dziś głowa jest zupełnie goła; po brwiach, rzęsach powiekowych, wąsach i brodzie nie zostało śladu żadnego; miejsca te wyglądają, jakby przedtem nigdy włosami porośnięte nie były—są lśniące, znacznie bielsze od otaczającej skóry [mocno ogorzałe] nietylko na części głowy, przykrywanej czapką, ale i na potylicy, odsłoniętej dla światła słonecznego. Pod względem uczucia widocznych zmian nie przedstawiają. Pod pachami resztki włosów osobiście za lekkim pociągnięciem usunąłem, na częściach rodnych włosy też mocno przerzedziły się i schodzą pod palcami. Same włosy są koloru jasno-blond, cieniutkie, lśniące, ale łamliwe; świeżo wyciągnięty włos na swym końcu od skóry prawie nie różni się od innych miejsc. Subiektywnie chory nasz czuje się zupełnie zdrow; badanie obiektywne nie wykrywa żadnej nieprawidłowości w organizmie. Z chorób dawniejszych pacjent wspomina o szkarlatynie w dzieciństwie, zapaleniu płuc w czasie służby wojskowej i o zimnicy trzeciadcze. Od trzech lat nie chorował; odżywianie dobre, siła fizyczna znaczna. Syfilis wykluczyć należy. Jaka przyczyna wywołała tak szybkie wypadnięcie włosów na całym ciele? Wobec ogólnie kwitnącego zdrowia pacjenta i po wykluczeniu syfilisu, należałoby przyjąć za przyczynę opisanego cierpienia ów uraz, o którym chory opowiadał, a wskutek którego cierpiał przez miesiąc ból głowy i szum w uszach; lecz jak sobie objaśnić należy związek między owym urazem, a wypadaniem włosów, dla którego jako przyczynę zwykle uważamy pasorzyty albo zmienioną czynność nerwów odżywczych skóry, może mi zechce łaskawie objaśnić ktokolwiek z kolegów. Tłumaczenie danego przypadku neurozą traumatyczną wydaje mi się mocno naciągniętem, tembardziej że za pierwszy objaw tej nerwicy tu przyjąłoby należało właśnie owo wypadanie włosów, a dalszych objawów dopiero w przyszłości należałoby oczekiwać.

Tykocin, 26 Sierpnia. 1891.

Józef Pelczyński.

Wiadomości bieżące.

— Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych w wykonaniu warunku w testamencie ś. p. D-ra JANA BĄCEWICZA zastrzeżonego, ogłasza nazwiska 5-ciu wdów po lekarzach polakach, które w dniu 24 Czerwca r. b., jako w dniu imienia testatora, otrzymały wsparcia z jego legatu, każda po rs. 90, a mianowicie: PP. Strojecka Waleryja i Wierzbicka Maryja w Warszawie zamieszkałe; PP. Grekowiczowa Klementyna w Kaliszu, Gruszczyńska Marcela w Łodzi i Tuszyńska Aniela w Piotrkowie.

Z upoważnienia Komitetu, Członek zarządzający Kasą Wsparcia,
D-r J. Rogowicz.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wl. Gajkiewicz.

Доводено Цензурою, Варшава, 22 Августа 1891 г.

Друк К. Ковалевського, Крólewska 29.

165

Dragées kreosoti fagi 0,05.
 Dragées kreosoti fagi c. balsam tolutano 0,05.
 Dragées kreosoti fagi 0,05 c. acid. arsenicos. 0,001.
 Dragées balsam. peruviani 0,05.
 Dragées balsam. peruviani 0,05 c. acid. arsenicos 0,001.
 Dragées jodoformii 0,05.
 Dragées ferri lactici 0,05.
 Dragées chinini sulfurici 0,05.
 Dragées chinini muriatici 0,05.
 Dragées chinini ferro citrici 0,05.
 Dragées pepsini 0,05 (c. acid. muriat. dil.).
 Dragées ichtyoli 0,05.
 Dragées guajacoli 0,05.

Zarobione środkami zupełnie obojętnymi, jak korzeniem ślazowym i ekstraktem lukrecyi — wszystkie własnego wyrobu.

poleca apteka:

E. GESSNERA

Aleja Jerozolimska 27, róg Kruczej, w Warszawie.

0—4

147

DRZEWORYTNIK KAROL SZONERT

18—9

Leszno Nr 62.

wykonywa wszelkie roboty w zakres drzeworytnictwa wchodzące, jako to: ilustracye, cenniki i t. p.

4.

TERAPIJA OGÓLNA

przez prof. Hoffmanna.

Cena dzieła wynosi Rs. 4, z przesyłką 4.50 a zatem jest tańszą od oryginału niemieckiego. Nabywać można u Wydawcy Gazety Lekarskiej, Marszałkowska 119, oraz we wszystkich Księgarniach.

0—8

WYDAWNICTWO GAZETY LEKARSKIEJ.

Opuściło prasę dzieło pod tytułem:

DYJAGNOSTYKA RÓŻNICZKOWA

Chorób wewnętrznych

przez

D-RA WŁADYSŁAWA BIEGAŃSKIEGO

Dzieło oryginalne zawierające 38 arkuszy druku. Cena rs. 3, z przesyłką rs. 3 kop. 50. 0—11

Wyszły z druku nakładem Gazety Lekarskiej:

NAUKA O CHOROBYCH NARZĄDU TRAWIENIA

(Semijotyka),

5.

przez D-ra Mikołaja Rejchmana.

0—5

Dzieło opatrzone pięcioma drzeworytami. Cena rs. 1 (z przesyłką rs. 1 k. 20).

Nabywać można w Administracyi Gazety Lekarskiej (Marszałkowska 119).