

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 35.

Warszawa d. 16 (29) Sierpnia 1903 r.

T. XXXI.

Warunki przedpłaty: w Warszawie rocznie rb. 6, półrocznie rb. 3. Z przesyłką pocztową rocznie rb. 7, półrocznie rb. 3 kop. 50. Cena numeru pojedynczego kop. 15. Cena ogłoszeń: Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracya „Medycyny“. W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. W sprawie leczenia chorób skórnych za pomocą ciepła stałego. Podał stud. med. J. Lejberg. (Dokończenie) Przyczynę do leczenia zapaleń ostrych ucha środkowego. Napisał D-r T. Heiman. (Dokończenie). — STRESZCZENIA i WYCIĄGI. Choroby dróg żółciowych. 88. Przypadek duru brzusznego bez zmian anatomicznych w kiszkaach. 89. Dwa przypadki osobliwego przebiegu duru brzusznego u chorych z torbielami jajników. 90. Poszukiwanie lasecznika Eberth'a w wodzie. 91. Teorya działania bismutu. 92. Uwagi o chorobie Barlow'a. 93. Przyczynę do rozpoznawania ciąży zamiatanej. 94. Przypadek prawdziwego obojnactwa. 95. Syfilis pęcherza moczowego. 96. Adrenalina w leczeniu dróg moczowych. 97. O wpływie przerostu migdałka gardzielowego na cielesny i duchowy rozwój dzieci. — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO. Posiedzenie z dnia 2 czerwca r. b. — Sprawozdanie z narad nad higieną prowincyi. — Z towarzystw lekarskich zagranicznych. — BIBLIOGRAFIA i KRYTYKA. „Płeć i zwyrodnienie“. Spr. d-r W. Chodecki. (Dokończenie) — DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — OGŁOSZENIA.

„MEDYCYNĄ“
GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) J. Lejberg — La dermatotérapie par la chaleur constante. 2) D-r T. Heiman — Contribution au traitement des inflammations aiguës de l'oreille moyenne.

Redaction Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krakowskie Przedmieście 7.

„MEDYCYNĄ“
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) J. Lejberg — Zur Behandlung der Hautkrankheiten mittels constanter Wärme. 2) D-r T. Heiman — Ein Beitrag zur Behandlung acuter Mittelohrentzündungen.

Redaction: Dr. M. Sadowski Warschau — Krakowskie Przedmieście 7.

PRACE ORYGINALNE.

W sprawie leczenia chorób skórnych za pomocą ciepła stałego.

Podał

Stud. med. **Jakób Lejberg.**

(Dokończenie — Patrz Nr 34)

Przy pomocy tak dokładnie sporządzonych okładów dają się uleczyć w stosunkowo bardzo krótkim czasie pewne zakaźne i zapalne sprawy skóry, jak *furunculosis*, *herpes tonsurans capillitii* (*trichophytia capitis*), *sycosis parasitaria*, *sycosis vulgaris* (*folliculitis barbae*), *acne indurata fa-*

ciei, *erysipelas*, z cierpień wenerycznych: *ulcus molle*, *epididymitis*, *arthritis gonorrhoeica* (*reumatismus gonorrhoeicus*). Jakkolwiek na wszystkie z tych cierpień znamy mniej lub więcej radykalne środki, czy to farmakologiczne, czy zabieg chirurgiczny (*furunculosis*), czy wreszcie z zabiegów fizycznych promienie RÖNTGEN'a (*trichophytia*, *sycosis*), to jednak wyżej podana metoda jest godna uwagi ze względu na znacznie krótszy czas leczenia i bardziej pożądane wyniki: brak nawrotów przy *furunculosis*, zupełne usunięcie nacieków przy *epididymitis*, obejście się bez nie-

raz nie obojętnej dla pacyenta epilacji (*trichophytia*, *sycosis*) etc.

Nie wchodząc, dla braku miejsca, w szczególne przytaczanie historii tych chorób, ograniczę się tylko do możliwie krótkiego podania ogólnego przebiegu i wyników tych przypadków, których leczeniem sam się zajmowałem.

Pod wpływem stałych gorących okładów o temperaturze 40°—41° C., o rzymanyh przy pomocy hydrotermoregulatora, naciek furunkuliczny ulega znacznemu rozmięczeniu już po pierwszych dwóch dniach 2—3 godzinnego ambulatoryjnego leczenia; pod najslabszym uciskiem uwalnia się ropa z początku w małej ilości, potem coraz obficie, a nekrotyczny strup, tworzący się w środku, udaje się bez bólu usunąć za pomocą pincety; w przeciągu następnych dwóch dni ulega zupełnemu wessaniu reszta nacieku, i cała wrzód pokrywa się tkanką granulacyjną bez pozostawienia właściwej blizny, przy braku nawrotów po dłuższym czasie. Z dwunastu cięższych przypadków, leczonych przy pomocy tej metody w przeciągu ostatniego roku w oddziale dermatologicznym prof. LANG'a w Wiedniu, wspomnę tylko o dwóch pacjentach z rozrzuconą po całym karku *furunculosis*. Obaj pacyenci, leczeni, jeden w przeciągu pół roku, drugi półtora roku chirurgicznie i za pomocą wszelkich możliwych środków, jak: okładów alkoholowych, 50% plastrów salicylowych, furunkuliny, *fermentum cerevisiae* etc, zjawiali się ciągle z recydywami. Poddani wreszcie termoterapii przy pomocy hydrotermoregulatora, obaj — jeden w przeciągu 10, drugi — 34 dwugodzinnych ambulatoryjnych wizyt — zostali zupełnie wyleczeni, i do dziś — jeden od października, drugi od grudnia — wolni są od nawrotów. Przy leczeniu *furunculosis nuchae* posługujemy się bardzo szerokiemi termodami w kształcie wysokich kołnierzy, aby w ten sposób poddać jednocześnie działaniu ciepła przylegające górne warstwy skóry, które, jak wiadomo, zawierają w szczelinach na-

czyń chłonnych licznie rozrzucone zarodniki, będące prawdopodobnie główną przyczyną tak często spotykanych w tej sprawie nawrotów. *Herpes tonsurans capillitii* w dwóch przypadkach u dzieci dał się wyleczyć już w przeciągu trzech dni przy ustawicznym stosowaniu 44°C. na wszystkie miejsca, zajęte przez grzybki; po zupełnem zniszczeniu trichofyton trzeba było tylko oczyścić głowę z łupieżu spirytusem mydlanym. Co najważniejsza jednak: terapia ta w przeciwstawieniu do stosowania promieni RÖNTGEN'a obchodzi się bez wrywania włosów. (O jednym przypadku cięższej natury, zarówno jak i o dwóch przypadkach *sycosis parasitaria* patrz dokładne sprawozdanie: Archiv für Dermatologie und Syphilis 1903. Bd. LXV). W *sycosis vulgaris*, jak wiadomo, cenne usługi oddaje nam radioterapia; znacznie szybciej jednak następuje wessanie nacieczeń gruczołów łojowych pod wpływem ciepłych wilgotnych kompresów. Cierpienie to u większości chorych udaje się doprowadzić do *restitutio ad integrum* już po 8—14 ambulatoryjnych 2—3 godzinnych stosowaniach tej metody. (Patrz protokół z posiedzenia Derm. Wied. Tow. z 26 kwietnia 1903). Metoda ta zasługuje z tego względu na uwagę, że również obchodzi się bez epilacji, tembardziej, że połączona z wrywaniem włosów röntgenizacja nie zapobiega powtórnemu wybuchowi tej samej sprawy po pewnym czasie. Również wspaniale daje się leczyć bardzo uparta *acne indurata faciei*: do zupełnego wyleczenia tej sprawy chorobowej, rozluźnienia, zmięczenia i całkowitego wessania się gruzelków bez pozostawienia na twarzy szpetnych wgłębionych blizn, wystarcza już 10—20 kilkogodzinnych ambulatoryjnych wizyt. Co się tyczy róży, to d-r JERUSALEM¹⁴⁾, w olbrzymiej liczbie przypadków (przeszło tysiąc), stosując obok metody cieplnej najróżnorodniejsze środki, jak okłady sublimatowe, ichtiolowe

¹⁴⁾ JERUSALEM. Zur Therapie des Erysipels Klin. therap. Wochenschrift. 1902, N. 7.

i alkoholowe, wstrzykiwania antystreptokokocyny MARMOREK'a etc., oddaje bezwarunkowe pierwszeństwo metodzie cieplnej ze względu na krótszy czas leczenia, niebolesność i możliwość zapobiegnięcia tworzeniu się ropni ograniczonych i rozlanych, szczególnie w przypadkach różny na kończynach. Wrzód weneryczny (*ulcus molle*) już w przeciągu niespełna dwóch dni, przy ustawicznym stosowaniu 41° C., zamienia się w czystą granulacyjną ranę, która się bardzo ładnie goi pod obojętnym suchym lub wilgotnym opatrunkiem. Musimy tylko całą powierzchnię wrzodu szczelnie zetknąć z termodą; dlatego, jeżeli wrzód lub wrzody umieszczone są w worku napletka, przy jednoczesnej stulejce, trzeba je przedewszystkiem odsłonić za pomocą małego zabiegu operacyjnego. Szczególnie cenne usługi oddaje ta metoda w zapaleniu przyjądrza (zwłaszcza obustronnem) i zapaleniu stawów na tle rzeżączki (*arthritis gonorrhoeica*). Co się tyczy *epididymitis*, to, jako *optimum* temperatury, stosujemy z początku 40° C., a następnie 41°—42°; w przeciągu mniej więcej dwóch tygodni leczenia ambulatoryjnego po 2 godziny dziennie: otrzymujemy zupełną *restitutio ad integrum* bez najmniejszych szcążkowych nacieków.

Jako typowy przykład pozwolę sobie przytoczyć przypadek następujący:

B. W. lat 24. W połowie listopada r. z. *gonorrhoea acuta*; wkrótce przyłączyło się zapalenie pęcherza i lewego przyjądrza. W przeciągu 14 dni chory leczony był za pomocą zimnych okładów na worek mosznowy: w *cauda epididymis* pozostało twarde, wyraźnie wyczuwalne zgrubienie. W końcu stycznia r. b. zapalenie prawego przyjądrza. 16 lutego pacjent został poddany w oddziale prof. LANG'a leczeniu przy pomocy hydrotermoregulatora, które trwało do 28 lutego (ambulat. po 2 godz. dziennie): po lewej stronie pozostał mały twardy naciek, po prawej *restitutio ad integrum*.

Przypadek ten pokazuje, że przy *epididymitis* metoda stałego ciepła stoi w zupełnej sprzeczności z dziś jeszcze dosyć częstem stosowaniem zimnych okładów na worek mosznowy, które, jak dowodzą tego prawie wszystkie przypadki, mają tę ujemną stronę, że pod wpływem stałego zimna (okłady z lodu) w miejscu przejścia przyjądrza w sznurek nasienny powstają łatwo mogące uleść zakażeniu nacieki i łącznotkankowe zgrubienia, powodujące niedrożność sznurka nasiennego, a w przypadkach obustronnego zapalenia niezbyt rzadką dziś *impotentiam generandi*, jako skutek niedrożności obu sznurków (*aspermatisms*). W *arthritis gonorrhoeica* stosujemy jako *optimum* temperatury 40°—43° C., cierpienie to udaje się nam zupełnie wyleczyć już w przeciągu mniej więcej dwóch tygodni ambulatoryjnego leczenia po 3—5 godzin dziennie nawet w przypadkach bardzo silnego wysiękowego zapalenia obu stawów kolanowych.

Bezskuteczną natomiast metoda ta okazała się w wielu przypadkach *favus* i *acne rosacea*. Czy słuszne jest przypuszczenie ZINSSER'a¹⁵⁾, że pod wpływem dłuższego stosowania temperatury 44° C. grzybek *woszczynowaty* (*achorion Schoenleini*) zostaje w swojej odporności znacznie osłabiony, i dla zupełnego wyleczenia tego cierpienia konieczne jest następcze stosowanie środków przeciwnilnych (kwas siarkawy, siarczek wapniowy etc.), powinny rozstrzygnąć dalsze badania kliniczne w tym kierunku. Co się tyczy *acne rosacea*, to należy przypuścić, że ciepło wogóle nie nadaje się do takich spraw chorobowych, które, jak *a. rosacea*, z natury rzeczy połączone są z rozszerzeniem naczyń.

¹⁵⁾ F. ZINSSER. Ueber Behandlung des Favus mit Wärme. Archiv f. Dermat und Syph. 1894. 1 Bd. 29 Heft.

Przyczynki do leczenia zapaleń ostrych ucha środkowego.

Napisał

D-r Teodor Heiman.

(Odczyt wypowiedziany w Tow. Lek. Warsz. 2. VI. 1903).

(Dokończenie — Patrz Nr. 34).

Jak widzieliśmy, żąda ZAUFAL ograniczenia przecięcia błony bębenkowej nawet w zapaleniu ropnem ucha środkowego, twierdząc, że i w tym razie leczeniem bezkrwawem dają się osiągnąć pomyślnie wyniki, i dopiero, jeżeli objawy nie ustępują po 7 lub 8 dniach, można spróbować otworzenia błony bębenkowej.

PIFFEL, główny obrońca postępowania ZAUFAL'a, powiada, że nawet wysięk ropny wessać się może lub też wylać się przez trąbkę EUSTACHIUSZ'a, i że przeto niema potrzeby spieszyć się z przecięciem błony bębenkowej. BEZOLD, będący zwolennikiem przecięcia, opierając się na oględzinach pośmiertnych osobników, zmarłych na odrę, przekonał się o możliwości wessania się ropy; zaś o znaczeniu trąbki EUSTACHIUSZ'a w tych razach powiada już SCHWARTZE, (l. c. 175), że u dorosłych ropa bardzo rzadko odpływa przez trąbkę EUSTACHIUSZ'a. Sam jednak spostrzegł kilka takich przypadków. U małych dzieci, w pierwszych miesiącach ich życia, odpływ do gardzieli jest bardzo ułatwiony przez to, że dzieci takie mają obszerniejszą trąbkę, niż dorośli. Nie można przeto w zupełności zgodzić się z GRUNERT'em, że trąbka, jako rura odpływowa, nie może zupełnie być brana w rachubę. Nie kwestyonując bynajmniej wiarygodności takich lekarzy, jak ZAUFAL, BEZOLD, nie zdaje mi się właściwem przy nagromadzeniu się ropy w jamie bębenkowej liczyć na jej wessanie się lub wylanie się do gardzieli i postępować wbrew regułom zasadniczym, obowiązującym w chirurgii. Takie wyczekiwanie wystawia nieraz chorego niepotrzebnie na dłuższe cierpienie, lecz co ważniejsza, iż może go narazić na nieobliczone następstwa. Następstwa te nie stanowią wprawdzie

konieczności nieuniknionej, jeśli zaniechać w właściwym czasie wskazanego przecięcia błony bębenkowej, ale skoro one zdarzyć się mogą, to po cóż narażać na nie chorego, jeżeli przecięcie błony bębenkowej może temu nieraz zapobiedz. Podobnie jak w chirurgii, mając ropień lub zbiorowisko ropne w jakiejś jamie naturalnej, nie będziemy czekali, aż ropa przegryzie tkankę i wydobędzie się na zewnątrz, pomimo iż wiemy, że i w ten sposób wyleczenie nastąpić może, gdyż przez takie wyczekiwanie stracilibyśmy niejednego chorego lub też wyrządzilibyśmy mu niepowetowane szkody, tak samo i w otymologii zbiorowisko ropne należy opróżnić, nie czekając aż ono opróżni się samowolnie. Dla tego też, o ile jestem przeciwnikiem stanowczym wczesnego i obszernego stosowania przecięcia błony bębenkowej w sprawach zapalnych ostrych ucha środkowego, o tyle uważam je za ważne i wskazane w ostrem zapaleniu ropnem, lecz, powtarzam, tylko wtedy, gdy w jamie bębenkowej istnieje ropa, t. j. między 3—5 dniem choroby. Nie uważam wszelako za przekroczenie, jeżeli przyroda uprzedziła nas, i błona bębenkowa w tym czasie otworzyła się samowolnie, a ropa wydosłała się na zewnątrz. Idzie nam bowiem głównie o wczesne wypuszczenie ropy, a czy to zrobi lekarz, czy też przyroda, jest zupełnie obojętnem.

Czy w sprawach ropnych przecięcie błony bębenkowej w ogólności, a wczesne wykonanie w szczególności jest w stanie zapobiedz powikłaniom ze strony wyrostka sutkowego, ze strony jamy czaszkowej, jak twierdzą niektórzy, dotąd nie zostało stanowczo dowiedzionem. Doświadczenie i praktyka przeczą temu do pewnego stopnia. Iteż to setek przypadków zapalenia ostrego ropnego ucha środkowego każdy z nas spostrzega, gdzie dla najróżnorodniejszych przyczyn błona bębenkowa nie została przecięta, lecz otworzyła się samowolnie, a pomimo to, jeśli tylko chory będzie odpowiednio leczony i będzie się odpowiednio zachowywał, względnie rzadko

okazuje się potrzeba otwierania wyrostka sutkowego. Nieraz znowu zdarza się, że błonę bębenkową otworzono w czasie właściwym, ropa ma swobodny odpływ, a pomimo to po pewnym czasie zachodzi potrzeba otworzenia wyrostka sutkowego. Fakty takie stanowią przeto poniekąd dowód, że w powstawaniu powikłań inne czynniki aniżeli zaniedbane przecięcie błony bębenkowej, grać muszą pierwszorzędną rolę. Do czynników tych zaliczyć należy, jak już wzmiankowałem, stan ogólny i odporność chorego, natężenie i rozległość sprawy zapalnej oraz większą lub mniejszą złośliwość pierwiastków chorobotwórczych a także obecność w wyrostku sutkowym ogniska chorobowego.

Wiadomo, że w każdym zapaleniu ostrem jamy bębenkowej współcierpi wyrostek sutkowy, i tu, podobnie jak w jamie bębenkowej, mamy wszystkie stopnie zapalenia, począwszy od przefrwienia aż do wysięku ropnego. W pomyślnych warunkach, gdy natężenie sprawy zapalnej w wyrostku sutkowym jest umiarkowane, sprawa cała przechodzi bez następstw w czasie stosunkowo krótkim. Gdy się wytworzy ropa w wyrostku sutkowym, co wszelako rzadko powstaje współcześnie ze sprawą chorobową w jamie bębenkowej, lecz zwykle dopiero w okresie, kiedy błona bębenkowa została sztucznie lub samowolnie przerwana, to w takim razie wydzielina przedostanie się do jamy bębenkowej przez wejście do jamy sutkowej (*antrum mastoideum*), a ztąd na zewnątrz, lub też skutkiem obrzmienia części miękkich *resp.* śluzówki ropa do jamy bębenkowej niezupełnie swobodny będzie miała odpływ, i to zmusi nas do otworzenia wyrostka sutkowego. Przecinanie przeto błony bębenkowej choćby najwcześniejsze na stan sprawy chorobowej w wyrostku sutkowym bynajmniej nie wpłynie, i dla tego też nie stanowi bolesność wyrostka sutkowego, spostrzegana stale już z samego początku w zapaleniu ostrem ropnem ucha środkowego, a często i w zwyczajnem zapaleniu wskaźnika dla wykonania przecięcia błony bę-

benkowej. Przekonywamy się o tem codziennie, że, choćbyśmy błonę bębenkową przecięli w pierwszych godzinach choroby, wrażliwość wyrostka sutkowego ustępować będzie dopiero w miarę zmniejszania się i przechodzenia sprawy zapalnej, lub też w warunkach mniej pomyślnych dojdzie do otworzenia go.

Ponieważ przecięcie błony bębenkowej wskazane jest, gdy stwierdzimy ropę w jamie bębenkowej, przeto wskazanie do przecięcia błony bębenkowej przy znacznem zgrubieniu jej, nie pozwalajacem ropie wydostać się na zewnątrz, upada samo przez się. Zdarzyć się może, że są wszelkie dane, przemawiające za obecnością ropy w jamie bębenkowej wszelako po przecięciu błony bębenkowej przekonywamy się o błędności naszego przypuszczenia. Pomyłka taka nie przyniesie jednakże choremu szkody, jeśli tylko operacyę wykonywamy na zasadzie wymaganych przepisów technicznych i aseptycznych. Wskazane jest też przecięcie błony bębenkowej, gdy przedziurawienie, samowolnie powstałe, jest za małe lub wysoko położone — przez co zostaje utrudniony lub całkiem zatrzymany odpływ ropy — skutkiem czego sprawa chorobowa się przeciąga i grozi pośrednio lub bezpośrednio różnego rodzaju powikłaniami. Nawiasem dodam, że i samo otwieranie wyrostka sutkowego w sprawach ostrych zbyt często wykonywane zostaje. Nieraz i tę operacyę robi się bez ścisłych wskazań. Nie małą rolę gra tu niecierpliwosć lekarska. Doszło przecież do tego, że na ostatnim zjeździe oto-laryngologów francuskich jeden z członków (Luc) wypowiedział zdanie, że najlepszym sposobem leczenia ostrych spraw ropnych ucha środkowego okaże się jaknajwcześniejsze otworzenie wyrostka sutkowego.

W zapaleniach ostrych, tak zwyczajnych jak i ropnych, rozwijających się w ostrych wysypkach zakaźnych, należy, podług mnie, trzymać się tych samych zasad postępowania, t. j., w zapaleniu nieropnem przecięcia błony bęben-

kowej nie należy wykonywać, chyba, że są poszczególne ku temu wskazania; stwierdziwszy zaś ropę w jamie bębenkowej, należy natychmiast dać jej wolny odpływ; albowiem w niektórych chorobach zakaźnych jadowitość drobnoustrojów zapalnych jest bardzo znaczna, i już krótkotrwały wpływ ropy na otaczające tkanki może spowodować bardzo smutne następstwa. Lecz i tutaj nie trzeba nadmiernie przeceniać zbawionego wpływu paracentezy.

Od kilkunastu lat w następujący sposób leczę w ogólnych zarysach zapalenia ostre ucha środkowego, tak pierwotne, jak i następcze: t. j. rozwijające się w przebiegu innych chorób. W początkowym okresie zapalenia stosuję na ucho i na wyrostek sutkowy lód lub też przyrząd oziębiający LETTER'a; zaś u dzieci, osób mało-krwistych i nie znoszących zimna, okłady ciepłe z płynu BUROW'a. Tam gdzie lód jest znoszony, działa on zawsze lepiej, aniżeli ciepło. Do ucha zakładam waciki, maczane w 5% roztworze karbolu z gliceryną. Gdy środki te nie usmierniają bólu, zalecam wkraplanie ciepłych płynów uspokajających (opium, kokaina, morfina). Bardzo dobre otrzymuję też skutki przy upartych bólach z pijawek, ze stosowania wewnętrznego salolu. Zimno stosuję przez kilka dni z rzędu. Jeżeli przekonywam się, że sprawa jest ropna, to po 3—5 dniach przecinam błonę bębenkową; zaraz potem wykonywam przedmuchięcie sposobem POLITZER'a, ażeby wy dostać ropę na zewnątrz. Przedmuchiwanie w ostrym okresie choroby nie stosuję, gdyż jest ono stanowczo szkodliwe. Unikam też przestrzykiwań przewodu słuchowego zewnętrznego, ograniczając się do oczyszczenia ucha za pomocą wacików z waty wyjałowionej. Przy bardzo obfitej wydzielinie sam przestrzykuję ucho raz lub dwa razy dziennie, nigdy nie zostawiając tej czynności otoczeniu chorego, które ucha dokładnie nie przemyje, lecz tylko je drażni, wywołując bóle. W okresie ropienia używam też wkraplań odkazających. Stosowanie proszków nie przynosi za-

dnej korzyści, najczęściej zaś szkodzi. Jedyne wyjątek stanowi kwas borny, byleby nie zapychać nim przewodu słuchowego zewnętrznego. Skoro ropienie trwa dłużej nad cztery tygodnie, ropa zaś jest zielonkawa lub śmietankowa, przystępuję do otworzenia wyrostka sutkowego. W pewnych przypadkach otwieram wyrostek już trzeciego tygodnia lub też dopiero ósmego tygodnia.

Streszczając to, co powiedziałem o przecięciu błony bębenkowej w sprawach ostrych ucha środkowego, dochodzę do wniosków następujących.

W celach leczniczych należy odróżniać zapalenie ostre ucha środkowego zwyczajne i ropne. W zapaleniu zwyczajnym przecięcie błony bębenkowej jest rzadko wskazane, najczęściej jeszcze, gdy wysięk nie ulega wchłonięciu i grożą stałe zaburzenia słuchowe. Do usunięcia tego cierpienia wystarcza leczenie bezkrwawe. Tylko u dzieci, gdy choroba występuje z podrażnieniem opon mózgowych, można przeciąć błonę bębenkową, a nawet operację tę wcześniej wykonać.

W zapaleniu ropnym przecięcie błony bębenkowej jest wskazane na ogólnych zasadach chirurgicznych. Często rękoczyn ten skraca przebieg i trwanie choroby i czasem może zapobiedz ważnym następstwom. Nierzadko jednak nie wywiera żadnego wpływu, czasem zaś przedłuża trwanie choroby.

Wskazane jest też przecięcie błony bębenkowej przy małych lub wysoko położonych otworach, gdy one wywołują zatrzymanie, niedostateczny odpływ ropy, lub też gdy sprawa chorobowa trwa zbyt długo.

Niema żadnego dowodu, ażeby przecięcie błony bębenkowej zapobiegało powikłaniom ze strony wyrostka sutkowego, doprowadzającym do otworzenia go. Ból, gorączka, wypuklenie błony bębenkowej, bolesność wyrostka sutkowego nie stanowią wskazań do szybkiego wykonania przecięcia błony bębenkowej.

Wyczekiwanie w sprawach ropnych z przecięciem błony bębenkowej 7—8 dni i liczenie na wchłonięcie się ropy lub wylanie się jej przez trąbkę EUSTACHIUSZ'a sprzeciwia się powszechnie znanym prawidłom chirurgicznym.

Leczenie ostrych spraw zapalnych ucha środkowego pierwotnych i powstałych w przebiegu lub po ostrych wysypkach zakaźnych powinno się odbywać na jednakowych zasadach.

Na zakończenie dodam, że nieuzasadniony jest zarzut, zrobiony przez jednego z otolaryngologów niemieckich (GRUNERT), jakoby szerzenie między ogółem lekarzy pojęć o ograniczeniu przecięcia błony bębenkowej, niezgodnych z panującą tradycją, może dać powód do błędnych sądów i zachwiać wiarę w ręko-

czyn, zajmujący ważne stanowisko w chirurgii otyatrycznej. Ogół lekarzy, wierząc *in verbis magistris*, często bezkrytycznie wykonywa przecięcie błony bębenkowej, wykonywa je tam, gdzie ono zupełnie jest niepotrzebne, i to sprostawa czasem niepomyślna, a nawet smutne wyniki. Z tego też powodu i nie chcąc mieć nieprzyjemnych rozczarowań, powinniśmy kwestję przecięcia błony bębenkowej w sprawach ostrych ucha środkowego postawić na właściwym gruncie; wskazać, kiedy i gdzie ją trzeba wykonywać, gdzie rzeczywiście korzyść przynieść może, stosować ją we właściwych granicach, a nie przyjmować jej za środek powszechny, dający zawsze i wszędzie pożądane wyniki.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

CHOROBY DRÓG ŻÓLCIOWYCH.

W. KÖRTE. „Ueber die Indicationen zur chirurgischen Behandlung der Cholelithiasis und Cholecystitis“. (Deutsche medicinische Wochenschrift. Nr. 15. 1903).

H. KEHR. „Die chirurgische Behandlung des akuten und chronischen Choledochusverschlusses durch Stein und Tumor“. (Münchener Medizinische Wochenschrift. Nr. 22. 1903).

R. GLASER. „Die Heilung der Cholelithiasis durch Chologen und Bericht über meine ersten hundert behandelten Fälle“. (Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte. N. 3. 1903).

Poniżej przytaczamy zdania 2 wybitnych chirurgów w sprawie zabiegu operacyjnego w kamicy żółciowej, zdania, nacechowane wielkim umiarkowaniem, obadwaj autorowie bowiem dążą do ograniczenia wskazań operacyjnych w *cholelithiasis*

i do zredukowania ich do tych wyłącznie przypadków, w których tylko nóż chirurga może choremu życie ocalić. KÖRTE zaznacza, że nie obecność kamieni żółciowych sama przez się, lecz postać i stopień peryodycznie wybuchającej lub też stale im towarzyszącej sprawy zapalnej dają wskazania do zabiegu operacyjnego. Najgwałtowniejsze napady kolki wątrobowej mogą minąć, a choroba wstąpić w okres spokoju (Latenzstadium), zaś z drugiej strony u pewnej odsetki operowanych z powodu kamicy żółciowej chorych dolegliwości po usunięciu kamieni pozostają nadal już to wskutek ponownego tworzenia się kamieni („nawrót prawdziwy“), już to wskutek pozostających w fałdach błony śluzowej a niespostrzeżonych podczas operacji kamyczków („nawrót nieprawdziwy“), już to wreszcie wskutek powstałych po operacji zrostów pęcherzyka *resj.* przewodów z sąsiednimi narządami. KÖRTE

więc dopuszcza możliwość „prawdziwego nawrotu“ po usunięciu kamieni żółciowych na drodze operacyjnej, natomiast KEHR utrzymuje, że nawrót zależy li tylko od pozostałych przez niewagę chirurga kamyków podczas operacji. Odnośnie do wskazań operacyjnych KÖRTE rozróżnia 2 grupy. Do pierwszej grupy zalicza on te przypadki, w których kamica, powodując większe lub mniejsze dolegliwości, jest jednak wolna od powikłań, przedstawiających niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia chorego. Do drugiej grupy należą natomiast przypadki, gdzie kamica żółciowa pośrednio lub bezpośrednio przedstawia poważne niebezpieczeństwo dla życia pacjenta. W przypadkach pierwszej kategorii wskazania operacyjne są względne, natomiast w przypadkach drugiej kategorii wskazane jest możliwie wczesne i radykalne leczenie chirurgiczne.

Jako w z g l ę d n e KÖRTE uważa wskazania następujące:

1) Przewlekła, niepowikłana postać kamicy żółciowej z niezbyt częstymi napadami kolki i nie zbyt silnymi objawami natury zapalnej.

2) Prędko przemijająca żółtaczką z następczym odchodzeniem kamieni *per vias naturales*.

3) Wodniak pęcherzyka żółciowego.

Be z w z g l ę d n e s ą w s k a z a n i a:

1) Przy niezadawalającym ogólnym stanie chorego.

2) Przy gorączce, nie znikającej po skończonym napadzie kolki, zwłaszcza przy gorączce o typie zwalnającym (*f. remittens*) lub połączonej z wstrząsającymi dreszczami, która zawsze powinna nasunąć myśl o obecności ropy.

3) Jeżeli pęcherzyk żółciowy po skończonym napadzie pozostaje wyczuwalnym i na dotyk bolesnym.

4) Przy otoku przewlekłym lub ostrym ropnym pęcherzyka (*empyema vesicae felleae*).

5) Przy przewlekłym zamknięciu światła przewodu żółciowego wspólnego, jeżeli leczenie konserwatywne, w ciągu 2 miesięcy stosowane, okazuje się bezskutecznym.

KEHR w przytoczonym w nagłówku artykule mówi wyłącznie o wskazaniach operacyjnych przy zamknięciu przewodu żółciowego wspólnego. Ostre zatkanie przewodu żółciowego wspólnego tylko wyjątkowo wymaga interwencji chi-

irurgicznej. Leczenie wewnętrzne (absolutny spokój, okłady gorące, salicylan sodu lub eunatrol etc.) zazwyczaj wystarcza do wypędzenia uwięzłego w przewodzie kamienia albo też do sprowadzenia t. zw. stanu spoczynku (*Latenzstadium*). Zdarzają się jednak przypadki ostrego zamknięcia przewodu wspólnego przez kamień, w których żółtaczką nie znika, dołączają się wstrząsające dreszcze i gorączka, i następuje silny upadek sił. Tak ciężki stan może się zakończyć pomyślnie z ustaniem przeszkody, ale z drugiej strony niebezpieczne krwotoki żołądkowo-kiszkowe mogą przyspieszyć zgon. W tych przypadkach należy myśleć o zabiegu operacyjnym, rozważając wszystkie *pro* i *contra*. Przypadki takie stanowią jednak bardzo rzadki wyjątek. Na 800 operacji na drogach żółciowych KEHR zaledwie 4 razy zmuszony był operować z powodu ostrego zatkania przewodu wspólnego przez kamień.

Wskazanie do operacji może być również przy często powtarzającym się (co kilka tygodni) ostrem zatkanium przewodu wspólnego. Doświadczenie uczy, iż w podobnych przypadkach recydującego zatkania *d. choledochi* obok małych kamyków, wydzielających się po każdym skończonym napadzie przez przewód kiszkowy, znajdują się w pęcherzyku większe kamienie, które nie mogą odejść *per vias naturales*. Jeżeli leczenie wewnętrzne okazuje się bezskutecznym w tem znaczeniu, że nie przerywa napadów na czas dłuższy, wówczas należy pomyśleć o leczeniu chirurgicznym.

Jeśli ostra postać zamknięcia *d. choledochi* należy, bądź co bądź, więcej do dziedziny terapii wewnętrznej, niż chirurgii, to natomiast przewlekłe zatkanie przewodu żółciowego wspólnego wymaga po większej części leczenia chirurgicznego. Zapewne, przewlekła postać również uprawnia do wypróbowania leczenia wewnętrznego, dłużej jednak nad 3 miesiące nie należy zwlekać z operacją, jeżeli leczenie konserwatywne okazuje się bezskutecznym. Najlepiej wykonać operację w okresie wolnym od napadu kolki, żółtaczki i gorączki. Przeciwwskazana jest operacja przy poważnych powikłaniach ze strony płuc i nerek, gdzie narkoza jest niedozwolona, gdyż bez ogólnej narkozy operacja na przewodzie żółciowym jest niewykonalna.

Zabieg chirurgiczny przy przewlekłym zatkanium *d. choledochi* ma na celu: 1) usunięcie

uwięzłego w przewodzie kamienia i 2) leczenie sprawy zapalnej (*cholangitis*). Tym 2 wskazaniom odpowiadać musi w każdym poszczególnym przypadku wybrana przez chirurga metoda operacyjna. Zdaniem KEHR'a, choledochotrypsya, polegająca na zmiżdżeniu kamienia przez ściany przewodu, powinna być zarzucona, jako operacya, nie mająca racyi bytu, albowiem odłamki nie zawsze z łatwością przechodzą do dwunastnicy, nadto podtrzymują sprawę zapalną w przewodach i powodują nawroty. Autor nigdy również nie wykonywa cholecystenterostomii, uważając ją za zbyteczną. Nad cholechotomię z następczem zaszyciem rozciętego przewodu KEHR przekłada choledochotomię z następczem sączkowaniem przewodu wątrobowego (*d. hepatici*), a to dla następujących powodów: 1) oszczędza się czas potrzebny na nakładanie szwów; 2) sprawa zapalna łatwiej poddaje się leczeniu; 3) w 15% najdoświadczeńszy nawet chirurg zostawia w fałdach błony śluzowej żółciowodu kamyki, które wydzielają się po operacyi przez niezaszytą ranę przewodu i *eo ipso* zapobiegają nawrotom; 4) sączkowanie daje nam możliwość rozszerzania za pomocą laminaryi obrzękłej lub przez *pancreatitis chronica interstitialis* zatkanej brodawki.

Przy kamieniach, tkwiących mocno w *papilla*, zaleca się metodę BURNEX'a papillotomię (*choledochoduodenostomia interna*). Rzadko zachodzi potrzeba wykonania hepaticotomii (rozcięcia przewodu wątrobowego), gdyż po wykonaniu choledochotomii udaje się z łatwością wydstać przez otwór w przewodzie wspólnym uwięzły w przewodzie wątrobowym kamień. Dodam jeszcze, że wielką wagę KEHR przywiązuje do leczenia pooperacyjnego.

Wprowadzony niedawno przez GLASER'a do terapii kamicy żółciowej chologen mógłby jeszcze bardziej zredukować wskazania operacyjne w tej chorobie, gdyby środek ten okazał się w samej rzeczy tak skutecznym, za jaki go rzeczony autor uważa. Wartość leczniczą zalecanego przez się środka GLASER uzasadnia nowym i dość oryginalnym poglądem na patogenezę kamicy żółciowej, który zrywa z przyjętą dotąd w nauce teorią pasorzytniczą NAUNYŃ'a. W powstawaniu kamicy, drobnoustroje nie odgrywają tej pierwszorzędnej roli, jaką im teoria pasorzytnicza przypisuje. Bakterye, przenikają-

ce z przewodu kiszkiowego do pęcherzyka żółciowego, nie mogą się rozwijać w żółci o prawidłowym składzie. Normalna żółć zawsze jest jałowa. Żółć, jak wiadomo, jest produktem wątroby, wytwarzanym pod wpływem nerwów wydzielniczych. To też tylko wówczas wydziela się żółć o składzie normalnym, gdy nerwy wydzielnicze (nerw błędny i włókna nerwu współczulnego) harmonijnie pobudzają miąższ wątroby do sekrecyi. Kamica żółciowa, zdaniem GLASER'a, w pierwszej i ostatniej linii jest chorobą nerwową, nie zaś infekcyjną. Przedewszystkiem wskutek zaburzeń czynnościowych w nerwach wydzielniczych zmienia się skład chemiczny żółci, mianowicie, tworzy się nadmiar cholesteryny i względnie mało kwasów żółciowych, utrzymujących w stanie prawidłowym tę substancję w roztworze. Następstwem tego będzie strącanie się cholesteryny. Zmieniona żółć przedstawia dobre podłoże dla rozwoju drobnoustrojów, które przedostają się z przewodu pokarmowego do pęcherzyka żółciowego. Wytworzone kamyki, jako ciała obce, zwłaszcza przy jednoczesnem zakażeniu, z łatwością wywołują niezbyt ściany pęcherzyka, zaś obecność białka, pochodzącego z rozpadu komórek nabłonkowych przy niezycie, sprzyja znów strącaniu bilirubinianu wapnia. Wytworzone złogi żółciowe mogą spokojnie przebywać w pęcherzyku, nie powodując żadnych dolegliwości, jeśli jednak kamień usadowi się mocno w szyi pęcherzyka, to w następstwie rozwija się stopniowo nadezłość miejscowa, będąca w wielu przypadkach przyczyną ogólnej nerwowości. Gdy mina gotowa, o wybuch nie trudno. Strach, zmartwienia, ciężkostrawny pokarm, uraz, ruch gwałtowny, a nawet przeziębienie — są to czynniki, mogące w każdej chwili wywołać kolkę żółciową.

GLASER zwraca uwagę na pewien objaw kliniczny, spostrzegany w kamicy, a mający pewne znaczenie dla rozpoznania i dla terapii. Otóż w niektórych przypadkach na końcu i na brzegach języka widać sterczące, czerwone brodawki (*papillae fungiformes*). W tych przypadkach chorzy zazwyczaj w kilka godzin, a nieraz nawet na kilka dni przed napadem kolki przezuwają zbliżanie się napadu, w innych natomiast przypadkach, w których brak powyższego objawu, kolka żółciowa występuje nagle.

Zalecany przez GLASER'a sposób leczenia opiera się na powyżej przytoczonej teorii o patogenezie kamicy i kolki wątrobowej. Chologen jest to mieszanina rtęci z aromatycznymi roślinnymi substancjami, mającymi działanie czyszczące i żółciopędne (podoofilina), i z korzeniami oraz olejkami (melissa, kamfora, kminek). Wymienione składniki, zmieszane w różnych kombinacjach i przygotowane w formie tabletek, dają 3 „organiczne“ przetwory rtęci, nazwane przez autora chologen Nr. 1, 2 i 3. Chologen posiadać ma następujące własności: 1) powiększa zawartość kwasów żółciowych (działanie rtęci) w żółci; 2) główna składowa część chologenu, mianowicie rtęć, przechodzi do żółci i rozwija w niej działanie niszczące dla bakterii; 3) chologen zmniejsza istniejącą nadeżłość i wreszcie 4) znosi zaparcie. Zdaniem GLASER'a, chologen najpewniej działa przy przewlekłym zamknięciu przewodu wspólnego.

Pozostaje wyczekiwać, jakie wyniki da chologen w ręku innych badaczy. Wielkiego zaufania środek ten nie budzi, a to dla 2 przyczyn: 1) działanie jego nie jest ściśle naukowo uzasadnione i 2) jako środek patentowany i potężnie reklamowany nie pozwala wierzyć w jego skuteczność.

S. Mintz.

F. FINK. W sprawie zapatrywań Riedel'a i Kehr'a na potologię i leczenie kamicy żółciowej.

Autor, będąc kierownikiem szpitala i lekarzem wolnopraktykującym w Karlsbadzie, internistą i zarazem chirurgiem, zebrał dane o losie i stanie swoich chorych po upływie kilku do 10 lat od kuracji w Karlsbadzie. Taka statystyka, dotąd jeszcze przez nikogo nie zebrana, daje nam pojęcie o tem, jak długotrwałe są skutki leczenia chorych na kamieć żółciową w Karlsbadzie. Spostrzeżenia autora dotyczą 403 chorych, a z nich 375 nadeszło wiadomości o swoim stanie w jakie 10 lat od leczenia w Karlsbadzie. Najwybitniejszym objawem klinicznym przed kuracją karlsbadzką był kurcz żołądka; zanotowany on jest w 380 przypadkach (94%). Silne, często powtarzające się kolki wątrobowe występowały u 271 chorych (67,23%), pojedyncze napady u 75 (18,61%), bardzo nieliczne u 24 (5,95%). Zwykle napady odznaczały się częstością i natężeniem, a przebiegały w ten sposób, że prze-

stanki międzynaładowe stawały się z czasem coraz krótsze. Żółtaczka była w 268 przypadkach (65,50%), a więc o wiele częściej, niż się to zwykle przyjmuje. Zmiany przedmiotowe ze strony wątroby i pęcherzyka żółciowego były następujące: wątroba normalna w 11,16%, powiększona w 88,52%, bolesna w 16,62%; pęcherzyk żółciowy prawidłowy w 28,03%, powiększony i nacisk bolesny w 23,86%, tylko bolesny w 48,13%. Wiadomości, dostarczone później przez chorych oraz ich lekarzy, dały następujące wyniki: przeważna większość chorych, 293 z 403 (72,83%), miała się zupełnie dobrze i była zdolna do pracy; u 20 chorych (4,97%) występowały dalej napady kolki wątrobowej, lecz o wiele rzadziej i z mniejszym natężeniem; u dalszych 20 napady występowały z tem samym natężeniem, co przed kuracją; 38 chorym autor doradził operację, i we wszystkich tych przypadkach operacja rzeczywiście była wykonana. W $\frac{2}{3}$ przypadków wskazanem do zabiegu były długotrwałe silne napady oraz wpływ ich na stan ogólny, w $\frac{1}{3}$ przypadków nadto obecność ciężkich zmian anatomicznych. Na mocy przytoczonych cyfr autor dochodzi do przekonania, że odsetkę dobrych wyników kuracji karlsbadzkiej należy ocenić znacznie wyżej, niż to dotychczas robiono. W jaki sposób działa kuracja w Karlsbadzie, na to odpowiedź daje spostrzeganie chorych, badanie zmian narządów podczas operacji oraz badania pośmiertne. Pomijając zmieniony i bardziej odpowiedni celowi tryb życia oraz dietę, które usuwają do pewnego stopnia szkodliwości mechaniczne, chemiczne, termiczne i psychiczne, uważać należy wodę karlsbadzką za główny czynnik działający. Wywiera on działanie odciążające na przewód kiszkowy, przez poprawę warunków cyrkulacji usuwa stany nieżytowe i zastoinowe w kiszkach, ułatwia i wzmacnia odpływ żółci (FRANK i RITTER), przez co nagromadzone produkty zastoinu, jak śluz, zostają rozejścięte, osady żółci łatwiej zostają wydalane, wywołane przez obecność złogów zmiany anatomiczne błony śluzowej pęcherzyka żółciowego i przewodów żółciowych zostają do pewnego stopnia usunięte, przez co czynność tych części wątroby zbliża się do warunków normalnych. Najgłówniejszym wynikiem kuracji karlsbadzkiej, celem, do którego dąży wogóle obecna terapia wewnętrzna kamicy żółciowej jest spokój

w stanie choroby, okres utajenia (Latenzstadium), a ten osiąga kuracja karlsbadzka, jak się wyżej rzekło, niemal w $\frac{3}{4}$ przypadków kamicy. Jeśli RIEDEL w swem dziele o patologii, rozpoznawaniu i leczeniu kamicy żółciowej powiada, że dotychczas nie znamy warunków, mogących sprowadzić spokój w stanie chorego narządu wątrobowego, to autor w odpowiedzi na to przytacza systematyczną kurację karlsbadzką, która w 72% wszystkich przypadków sprowadza ten pożądaný spokój. Zdanie KEHR'a i RIEDEL'a, że to samo działanie, co woda karlsbadzka, posiadają także środki przeczyszczające, autor uważa za zupełnie fałszywe; tak samo zgodzić się autor nie może z poglądem KÖRTE'go, że sól karlsbadzka, przyjmowana w domu, wywiera takie same działanie, jak kuracja w Karlsbadzie. Autor spostrzegł przypadki bardzo ciężkiego zakażenia dróg żółciowych ze złym stanem ogólnym, które pod wpływem kuracji karlsbadzkiej zakończyły się wyzdrowieniem. Jeśli RIEDEL gorąco zaleca lekarzom operację prewencyjną, to autor w pierwszym rzędzie, wbrew RIEDEL'owi, stawia leczenie balneologiczne. Według RIEDEL'a 90% chorych na kamicy winno podlegać operacji, a 10% leczeniu balneologicznemu; wypadaloby w takim razie poddać operacji 90% chorych kamicowych, leczących się w Karlsbadzie, co stanowi około 14000. Do takiego wniosku dochodzi RIEDEL na mocy przekonania, że nie znamy warunków osiągnięcia utajenia w stanie choroby, że wszystkie środki terapii wewnętrznej w kamicy żółciowej są w zasadzie fałszywe. Dalej powiada RIEDEL, że, jeśli pod wpływem leczenia wewnętrznego następuje nawet poprawa, to nie jest to jeszcze wyleczenie. Na ten zarzut odpowiedzieć można, że i operacja nie we wszystkich przypadkach zabezpiecza chorym całkowite wyzdrowienie. Przy ocenie wyników, otrzymanych na drodze operacyjnej, należy rozważyć punkty następujące: 1) Odsetkę zejść śmiertelnych wskutek operacji lub przyłączających się powikłań (uspienie, otłuszczenie serca, zapalenie płuc i t. d.). 2) Odsetkę tych chorych, u których nie wszystkie kamienie mogą być usunięte; taki znawca, jak KEHR, ocenia częstość tych przypadków na 18%. 3) Po usunięciu wszystkich kamieni pozostają u wielu operowanych dolegliwości w następstwie pozostałych zrostów. 4) Operacja nie usuwa skłonności do

wytwarzania kamieni (uznawanej nawet przez RIEDEL'a). 5) Przyczyny, które przed operacją dawały powód do wytwarzania kamieni, nie przestają działać i po operacji. KEHR, który wykonał już setki operacji na chorych z kamicy żółciową, dochodzi ostatecznie do tego samego wniosku, do którego doszedł autor na mocy doświadczenia balneologicznego i chirurgicznego, a mianowicie, że trwałe okres utajenia równa się wyleczeniu, oraz że głównym zadaniem medycyny wewnętrznej jest dążenie do osiągnięcia spokoju, co nie zgadza się z wyżej przytoczonymi zapatrywaniami RIEDEL'a.

W ostatnich czasach znajdujemy zmianę w poglądach KEHR'a na wskazania do zabiegu operacyjnego w przypadkach zapalenia pęcherzyka żółciowego: bogate doświadczenie nauczyło KEHR'a ograniczyć wskazania do zabiegu tylko do najcięższych postaci zapalenia pęcherzyka, gdyż formy lżejsze i średnie nie przedstawiają same przez się tego niebezpieczeństwa, co sama operacja. Zdaniem autora, leczenie balneologiczne średnich, a nawet niektórych cięższych postaci *cholecystitidis* zostaje nieraz uwieńczone pomyślnym wynikiem. Co się tyczy kamienia, tkwiącego w przewodzie żółciowym wspólnym, to, zdaniem RIEDEL'a, operacja winna być wykonana po bardzo krótkim oczekiwaniu, KEHR zaś radzi nie zwlekać dłużej nad 3 miesiące z operacją. Autor uważa okres ten za zbyt krótki, gdyż sposób wydalania kamieni z *d. choledochus* jest taki, że w ciągu 3 miesięcy usunięcie kamieni nie może jeszcze być ukończone. Wogóle trudno w takich razach oznaczyć czas odpowiedni do operacji. Miarodajna jest ciężkość powikłań, objawy, wskazujące na uszkodzenie całego ustroju, przebieg gorączki, stan ogólny, ubytek na wadze. Powikłania te są najczęstszą przyczyną zejścia śmiertelnego i przy operacji. Statystyka autora, obejmująca przypadki przeważnie ciężkie, daje 2% zejść śmiertelnych wskutek operacji i 12,5% wskutek powikłań, które wystąpiły w następstwie operacji. Pamiętać więc należy, by nie zbyt późno kwalifikować do zabiegu operacyjnego.

(Wiener klin. Wochenschr. 1903. Nr. 27).

LANGSTEIN i MEERWEIN. **Odczyn Gruber-Widal'a przy żółtaczo.**

Do cierpień, w których dodatni wynik próby GRUBER-WIDAL'a doprowadzić może do błę-

dnego rozpoznania duru brzuszego, należą choroby wątroby, przebiegające z żółtaczką. ZUPNIK podaje 4 przypadki choroby WEIL'a, dwa przypadki kamicy żółciowej, 1 przypadek *cholangitidis suppurativae* oraz jeden przypadek raka wątroby z bezgorączkowym przebiegiem, w których surowica krwi wyraźnie aglutynowała laseczniki tyfusowe. ECKARDT ogłosił 2 przypadki choroby WEIL'a z silnie wyrażoną reakcją WIDAL'a. Tenże autor przytacza dalej 8 przypadków żółtaczki z inną etiologią (*cholelithiasis, carcinoma hepatis, icterus catarrhalis*), w których występowała zlepiająca własność surowicy krwi, aczkolwiek nie w tym stopniu, co w chorobie WEIL'a. W ostatnim czasie ogłosił MEGELE przypadek ropnia wątroby, rozpoznany dopiero przy badaniu pośmiertnym, w którym surowica krwi okazywała własności aglutynujące. W tym przypadku dopiero na krótko przed śmiercią wystąpiło lekkie zabarwienie żółtaczkowe białkówki. Do tych spostrzeżeń L. i M. dodają spostrzeżenie własne, dotyczące młodej kobiety z kamcią żółciową. Kamienie tkwiły w przewodzie żółciowym wspólnym, przebieg choroby wskutek zakażenia dróg żółciowych był silnie gorączkowy, powikłany nadto zapaleniem płuc. Przypadek ten zakończył się wyzdrowieniem po operacji usunięcia kamieni z *d. choledochus*. Na uwagę zasługują zmiany w odczynie WIDAL'a, które występowały w różnych okresach choroby. Odczyn ten wypadł zawsze dodatnio w tym okresie, w którym istniało zupełne zatrzymanie żółci, gdy jednak przy niezmiętej żółtaczce wystąpiły nieznaczne domieszki żółci do zawartości jelit, aglutynująca własność surowicy krwi znikła. Ponieważ w innych przypadkach z żółtaczką o rozmaitej etiologii, spostrzeganych przez L. i M. (*icterus catarrhalis, carcinoma metastaticum hepatis*), w których nieznaczne ilości żółci przedostawały się jeszcze do zawartości kiszek, odczyn GRUBER-WIDAL'a nie występował, można więc uważać zupełne wstrzymanie odpływu żółci za czynnik, wywołujący aglutynację. Fakt ten pozostawałby w zgodzie z wynikami doświadczeń KÖHLER'a, który dowiódł, że wstrzyknięcie kwasu taurocholowego do układu krwionośnego, jak również podwiązanie przewodu żółciowego wspólnego nadaje surowicy krwi własności aglutynujące. Atoli przypadki, dotychczas ogłoszone, nie zezwalają na podobny stanowczy

wniosek: z jednej strony nie we wszystkich przypadkach, w których istniała aglutynacja, wypróżnienia były zupełnie bezżółciowe (acholiczne), z drugiej — przypadek MEGELE'go każe przypuszczać, że, być może, nie zahamowanie odpływu żółci, lecz jakaś zmiana w przemianie materii wątroby użycza surowicy krwi własności zlepiającej. Kwestya to jeszcze otwarta. L. i M. znaleźli w swoim przypadku pepton i tyrozynę w moczu i objaw ten początkowo stawiali w zależności od ropnego zapalenia wątroby. Przypuszczenia tego jednak nie sprawdzili oględziny *intra operationem*. Możliwym jest, w myśl poszukiwań MÜLLER'a i SIMON'a, uzależnić występowanie peptonu i tyrozyny od autolizy nacieku pneumonicznego w okresie rozejścia się zapalenia płuc, którem chora L. i M. była dotknięta.

(Wiener. klin. Woch. 1903. N. 27).

S. Pechlerranc.

KEHR. Przypadek wycięcia ductus choledochi i hepatici wskutek raka choledochi z następczem wycięciem pęcherzyka żółciowego i hepatico-duodenostomią.

U 53-letniego mężczyzny po kilkodniowych rozwolnieniach i mdłościach wystąpiła żółtaczka bez bólów i gorączki, stolce odbarwione. Przy badaniu znaleziono pęcherzyk żółciowy powiększony w postaci dużego niebolesnego guza i wątrobę powiększoną, gładką; rozpoznano zatkanie *d. choledochi* przez guz (może i przez *pancreatitis chron. interst.*). Przy operacji znaleziono pęcherzyk żółciowy powiększony, bez zrostów, w *d. cysticus* kamień wielkości zwykłego orzecha, a w miejscu, gdzie się rozchodzą *d. cysticus* i *hepaticus*, guz ostro odgraniczony, nie zrosnięty z *vena portarum*, zajmujący światło *d. choledochi* i *hepatici*. Guz ten wraz z pęcherzykiem żółciowym, *d. cysticus* i częścią *d. choledochi* resp. *hepatici* wycięto, koniec pozostały *d. choledochi* zaszyto, a *d. hepaticus* wszyto w dwunastnicę. Chory wyzdrowiał. Jak wiadomo, rak pęcherzyka żółciowego powstaje wskutek kamieni żółciowych, rzadko bardzo zdarza się to przy raku *d. choledochi*, i autor nie sądzi, by w danym przypadku rak powstał wskutek kamienia, znalezionego w *d. cysticus*. Przypadek dany nasuwa autorowi wnioski następujące: 1) Wywiady i objawy pozwalają w większości przypadków rozpoznać, czy zatkanie *d. choledochi* nastąpiło przez

kamień lub guz. 2) Należy zarzucić powszechnie przyjęty pogląd, jakoby operować należało tylko w przypadkach zatkania kamieniem. 3) Dotąd niewykonana jeszcze przez nikogo radykalna operacja wycięcia raka *d. choledochi* technicznie jest wykonalna. Przytoczywszy różniczkową dyagnostykę zwężen *d. choledochi* wskutek kamienia lub guza, powiada K., iż z powodu silnej żółtaczki, dużego, napiętego pęcherza żółciowego i braku kolek rozpoznał w swym przypadku guz *d. choledochi resp. guz pancreatis (pancreatitis chron. interst.)*. K. radzi więc w przypadkach przewlekłej żółtaczki, wskazującej na przeszkodę w *d. choledochus* lub *pancreas*, operować najpóźniej w czwartym miesiącu od początku żółtaczki, w nadziei znalezienia *pancreatitis chron.*, w tem bowiem cierpieniu operacja kończy się pomyślnie, a bez niej każdy chory ginie. Przed autorem radykalną operację raka *d. choledochi et hepatici* wykonał jedynie CZERNY, wyciąwszy raka, umiejscowionego na *papilla duodeni*, i DOYEN, który wyciął *d. choledochum*. Natomiast operacji paliatywnych wykonano mnóstwo, jak np. anastomozę między pęcherzykiem żółciowym a kiszka, *d. cholechachus* i kiszka. Co się tyczy techniki operacji, K. radzi operować prędko (nie dłużej nad godzinę), używać mało chloroformu; nie dane operacje choledochotomii przypisuje autor zbyt długiemu ich trwaniu. Guzy na dwunastnicowej części *d. choledochi* dają się usuwać z wielką trudnością, guzy zaś przy przejściu *d. hepatici* w wątrobę do operacji zupełnie się nie nadają. Po wycięciu pęcherzyka żółciowego należy zranioną część wątroby wyłożyć gazą, by odprowadzić żółć, sączącą się z otwartych dróg żółciowych, usuwać gazę, jak również i szwy, należy dopiero po 14 dniach. Z powodu ściągnięcia dwunastnicy w górę ku *hilus hepatis* następuje zagięcie jej, żółć zbiera się w żołądku w ciągu pierwszych kilku dni i wywołuje częste wymioty. Dla uniknięcia tego stosował K. przemywania żołądka po operacji i położenie na prawym boku. Celem przyzwyczajenia chorych do tego rękoczynu K. w ostatnich czasach przeplukiwał 2—3 razy chorym żołądek przed operacją i radzi innym czynić to samo. W razie krwawienia z rany zaleca K. *calcium chloratum* lub wstrzykiwania 2% roztworu żelatyny. O wyleczeniu po wycięciu

raka, zdaniem K., może być mowa dopiero po upływie 3 lat, kiedy stanowczo już można wyłączyć recydywę.

(*Münch. med. Woch. N. 3. 1903*).

M. Goldflam.

88. A. BLUMENTHAL z Berlina. Przypadek duru brzusznego bez zmian anatomicznych w kiskach.

W literaturze istnieje wogóle niewiele spostrzeżeń tyfusu bez zmian w kiskach. Znane są przypadki Du CAZAL'a, BANTI'ego, KÜHMANN'a, MEUNIER'a i kilka CHIARI'ego. Spostrzeżenie autora dotyczy kobiety ciężarnej 23-letniej. Choroba zaczęła się powoli od bólu głowy, gorączki, wymiotów i rozwolnienia. Przed przyjęciem do szpitala chora 8 dni leżała w łóżku. Badanie podczas przyjęcia do oddziału wykazało: język suchy, nieznaczny obrzęk nóg, serce prawidłowe, brzuch trochę wzdęty, roseola na piersiach i brzuchu, śledziona niewymacalna z powodu znacznego wzdęcia brzucha. W moczu znaleziono albuminę i diazoreakę, tętno 120. Ciężota 40°. W nocy chora bredziła. W czwartym dniu pobytu w szpitalu chora poroniła. Hodowle ze śledziony płodu dały wynik ujemny. Ciężota ciągle była około 40°, tętno od 120—130; codziennie po kilka wolnych wypróżnień, (3—7—14) podobnych do zupy grochowej. Odczyn WIDAL'a przez czas trwania choroby w rozcieńczeniu 1:150 dodatni. W płucach powstały ogniska zapalne. W płocinie znaleziono wiele dwuziarniaków, laseczników duru brzusznego nie znaleziono. Na 10 dzień chora zmarła. Klinicznie rozpoznano dur brzuszny. Sekcja w kiskach nie wykryła zmian charakterystycznych dla duru brzusznego. Rozpoznanie anatomiczne BENDA'go było: *Enteritis haemorrhagica follicularis, Lymphoma molle glandularum mesenterii ileo-coecalis, Hyperplasia pulposa lienis et infarctus lienis*.

Jednakowoż hodowle, wzięte ze śledziony, okazały się nazajutrz po szczepieniu ruchomymi laseczkami. Laseczki te nie ścinały mleka, na agarze z cukrem gronowym gazu nie tworzyły, wreszcie dawały odczyn WIDAL'a w rozcieńczeniu 1:150 z surowicą rekonwalescentki po tyfu-

sie, u której odczyn ten był znaleziony w tem samem rozcieńczeniu z wiadomą hodowlą tyfusową. W śledzionie i gruczołach kreskowych było dużo tych laseczek.

Wobec powyższych wyników badania bakteriologicznego rozpoznanie tyfusu w przypadku autora należy uważać za potwierdzone.

Laseczników duru z krwi chorej wyhodować się nie udało.

(*Deut. med. Wochen. Nr. 35. 1902.* Holub.

89. Morris J. LEWIS i Robert G. Le CONTE.
Dwa przypadki osobliwego przebiegu duru brzuszego u chorych z torbielami jajników.

Spostrzeżenie Le CONTE'a dotyczy 28-letniej chorej, która przybyła do szpitala w trzecim tygodniu tyfusu, w 5 tygodni po porodzie. Przy badaniu znaleziono wysypkę różyczkową na brzuchu, powiększenie śledziony, diazoreakcję, białych ciałek krwi 2600, odczyn WIDAL'a dodatni, po dwóch dniach pobytu w szpitalu. Po 11-tu dniach liczba białych ciałek wzrosła do 5450, w czwartym tygodniu doszła do 10,400. Równocześnie chora zaczęła skarżyć się na bóle w okolicy miednicy, ciepłota stała się hektyczną. W tylnem sklepieniu określono torbiel jajnika zropiałą. Torbiel otworzono przez tylne sklepienie pochwy, z ropy wyhodowano czystą hodowlę lasecznika tyfusu. Ciepłota opadła, ale po tygodniu podniosła się znowu; liczba białych ciałek opadła do 5500. Powiększenie śledziony i wysypka powtórna potwierdziły rozpoznanie nawrotu. Przebieg tym razem był ciężki; tętno dochodziło do 160. Na 26 dzień po operacji gorączka ustąpiła. Chora wyzdrowiała. Po 5 miesiącach usunięto jej potworowatą dermoidalną torbiel (*teratoma ovarii*).

Przebieg przypadku LEWIS'a był cokolwiek odmienny. W 37 dniu tyfusu chora dostała wysokiej gorączki. Badanie krwi w 40 dniu choroby wykryło białych ciałek 7800, czerwonych 4,962,000. Rozpoznano nawrót. W 20 dniu przypuszczalnego nawrotu liczba białych ciałek spadła do 4800, chora skarżyła się na bóle przy oddawaniu stolca. Po czterech dniach badanie przez pochwę wykryło chęłbotanie w tylnem sklepieniu z lewej strony; ucisk w tem miejscu bolesny. Liczba białych ciałek 9200. Rozpoznano ropień w okolicy miednicy i podczas operacji znaleziono zropiałą torbiel lewego jajnika. Całej torbieli nie można było usunąć z powodu zro-

stów z kiszka. Z zawartości torbieli wyhodowano czystą hodowlę lasecznika tyfusu. Po 5 dniach chora dostała nawrotu. Liczba białych ciałek zmniejszyła się do 7900. Po 14 dniach gorączka ustąpiła. Chora wyzdrowiała.

W obydwóch przypadkach w przebiegu duru brzuszego nastąpiło wtórne ropienie w torbieli, spowodowane przez lasecznika tyfusu. Być może, że w drugim przypadku torbiel powstała z zakażonego pęcherzyka GRAAF'a. Chora była badana ginekologicznie z innego powodu na 6 miesięcy przed początkiem choroby, i narządy płciowe wtedy były zupełnie prawidłowe. Dotychczas ogłoszono 7 podobnych spostrzeżeń, w których zawartość torbieli była badana bakteriologicznie.

(*The American Journal of the Medical Sciences. October 1902. p. 590—603.* Holub.

90. BUSQUET. **Poszukiwanie lasecznika EBERTH'a w wodzie.**

Jeżeli teoria o rozprzestrzenianiu się duru brzuszego za pośrednictwem wody jest dość ogólnie przyjęta, to przyznać jednak trzeba, że wykrycie lasecznika EBERTH'a w podejrzonej o to wodzie, w przypadku epidemii, nie zawsze daje pozytywne wyniki. Fakt, spostrzegany przez autora, zdaje się rzucać pewne światło na to widome przeciwieństwo.

Podezas niewielkiej epidemii, wynikłej w batalionie żuawów (56 zachorowań), autor badał czystość wody, którą się posiłkował ów batalion. Stwierdził wtedy, że woda ta była prawdopodobnie zanieczyszczona przesiękami, i że w jednym miejscu, gdzie przewód, który ją zawierał, tworzył zagięcie, dno tego zagięcia było wypełnione mułowatym osadem z czystą wodą na powierzchni. Otóż podczas gdy analiza bakteriologiczna wykazała, że sama woda nie zawierała żadnego lasecznika chorobotwórczego, lasecznik EBERTH'a przeciwnie łatwo wykryto w błotnistym osadzie pod wodą. Fakt ten przypomniał autorowi, że na 984 bakteriologiczne analizy wody, które wykonał poprzednio w bardzo rozmaitych punktach, 5 tylko dało mu pozytywne wyniki: otóż w tych 5 przypadkach woda, użyta do hodowli, zawierała mniej lub więcej znaczną ilość szlamowatego osadu.

Wobec tego autor jest zdania, że drobnoustroje, zwłaszcza, gdy idzie o wodę nie bieżącą

(studnie), muszą podlegać prawdziwemu osadzeniu się, tak że analiza, aby mogła być przekonująca, powinna być dokonywana nie tylko nad wodą warstw powierzchniowych lub środkowych, lecz również nad wodą warstw bardziej głębszych, jako też z naczyniem lub zbiornikiem, z którym się ona styka. Dla zebrania w głębokości próbki wody do analizy autor zaleca posługiwanie się blaszanym lejkiem o pojemności 250 ctm. sz.; koniec rurki zatyka się korkiem i lejek wprowadza końcem do dołu; gdy lejek dojdzie do miejsca, z którego chcemy mieć wodę, napęnia go się poruszeniem i wyjmuje powoli; po pewnym czasie wyjmuje się korek i wlewa do wyjałowionego naczynia osad, który się utworzył w części rurkowej.

(*La semaine médicale* N. 53. 1902). *St. Rostan.*

91. FUCHS. Teorya działania bismutu.

W leczeniu wrzodu żołądka z preparatów aptecznych główną rolę odgrywa azotan bismutu zasadowy. FLEINER utrzymywał, że bismut działa w danym razie tylko mechanicznie, to jest, nie będąc rozpuszczalnym w wodzie i dość ciężkim, osiada przy odpowiednim położeniu chorego na wrzodzie żołądka i w ten sposób chroni go od drażnienia przez pokarmy. Wychodząc z tej zasady, proponowano zamianę bismutu przez węglan wapnia i paloną magnezję, ale preparaty te nie odpowiadają swemu celowi, ponieważ w żołądku pod wpływem kwasu solnego przechodzą w sole rozpuszczalne. Następnie, robiąc doświadczenia z różnymi preparatami bismutu, autor przychodzi do wniosku, że bismut działa na żołądek nie tylko mechanicznie, lecz po części przynajmniej chemicznie, przechodząc w tlenek bismutu pod wpływem wolnego kwasu solnego i chlorku sodu, które to substancje zwykle znajdujemy przy wrzodzie żołądka. Autor właściwie ograniczył się do tego, że przerobił doświadczenia MATTHES'a i FISCHER'a, w których doszedł do tych samych wniosków, co wspomnieni badacze. Wlewając królikom za pomocą zgłębnika różne preparaty bismutu, MATTHES i FISCHER zauważyli, że po jakimś czasie błona śluzowa żołądka pokrywa się obfitą ilością śluzu szarawego koloru, przy czem badanie drobnowidzowe wykazało w śluzie kryształki tlenku bismutu. Następnie, uszkodzony błonę śluzową żołądka, autorzy kilka

razy wlewali bismut i w dobę po ostatniem wlewaniu zabijali zwierzę: okazało się, iż na miejscu, które nie pokryło się jeszcze nabłonkiem, znajdowała się mocna skorupa, składająca się wyłącznie z bismutu, w tkance zaś ziarninowej można było wykazać za pomocą drobnowidza sporą liczbę kryształów tlenku bismutu.

Z preparatów bismutu najlepiej nadaje się do celów leczniczych bismutoza, stanowiąca połączenie białka z bismutem. Stosowano ją z bardzo dobrym wynikiem przy krwawieniach kiszkowych w tyfusie (LENHARTZ), w katarach kiszek (STAREK) i we wrzodzie żołądka (ELSNER).

(*Deutsche Medicinische schrift* N. 14. 1903. r.).

Springer.

92. H. NEUMANN z Berlina. Uwagi o chorobie Barlow'a.

Łączność choroby BARLOW'a z krzywicą jest wątpliwa: z 18 przypadków autora w 14 krzywicy nie było lub była w bardzo nieznanym stopniu. Zresztą anatomicznie zmiany w kości w tych dwóch chorobach są różne. Z 20 przypadków było 2—5 miesięcznych dzieci, 6—7 miesięcznych i po jednym 10—13 i 20 miesięcznym.

Autor zgadza się z wynikami amerykańskich badaczy, że przyczyną omawianej choroby jest sterylizowane i pasteryzowane mleko. HEUBNER twierdzi, że 10—15 minutowe ogrzewanie jest jeszcze nieszkodliwe. Autor spostrzegł jeden przypadek choroby u dziecka, karmionego mlekiem GAERTNER'a; w czterech przypadkach mleko świeże po gotowaniu przez 10—15 minut już powodowało chorobę BARLOW'a. Zwykle pierwsze objawy chorobowe występują po 7—8 miesięcznym odżywianiu się szkodliwym mlekiem. Po 3½—5 miesiącach dzieci wykazują wstręt do podawanego przegrzanego mleka. Odżywianie ogólne jednak pozostaje dobre.

Autor starał się określić, od czego zależą szkodliwe własności przegrzanego mleka. Badanie kryoskopowe i badanie przewodnictwa elektrycznego świeżego i długo gotowanego mleka nie wykryło znaczniejszych różnic w ilości molekuł. Udział zmiany natury połączeń fosforu przy gotowaniu mleka w etiologii choroby BARLOW'a jest według autora bez znaczenia. W jego przypadku, który się skończył śmiercią, dziecku podawano przez 2 miesiące żółtka, zawierające, jak wiadomo, fosfor w najodpowiedniejszych

organicznych połączeniach. Również brakowi żelaza w mleku przegotowanym nie można przypisywać żadnej roli. (Osad, powstały przy gotowaniu mleka, żelaza nie zawiera, i organiczne połączenia żelaza nie są skuteczne w chorobie BARLOW'a). Pozostaje przypuszczenie, że przy długim gotowaniu mleka nowopowstające połączenia działają szkodliwie na niektóre ustroje dziecięce. OPPENHEIMER dowiódł, że w przegotowanym mleku jest siarkowódór, po działaniu zaś przegrzanej pary można wykryć w mleku leucynę i tyrozynę.

Główne znaczenie w leczeniu choroby BARLOW'a ma usunięcie szkodliwego mleka i zastąpienie go świeżym, pasteryzowanym lub gotowanym tylko kilka minut w przyrządzie SOXHLET'a. Podawanie jarzyn jest środkiem ubocznym. Mają one jakoby zmniejszać skłonność do krwotoków. Jaja, bulion i pokarmy krochmalowe nie mają żadnego znaczenia. Rozwolnienia i zaburzenia nerkowe ustępują po zastosowaniu właściwej diety.

Co do częstości pojedynczych objawów klinicznych, autor na 27 przypadków spostrzegł: bladeść skóry 11 razy, gorączkę (37,8 i więcej *in recto*) 10 razy; nerki cierpiały 5 razy, krwawienia z kiszek były 2 razy, zapalenie śluzówki przy zębach wyrzniętych lub wyrzynających się 14 razy; obrzęk — względnie bolesność nóg 25 razy, ręce były zajęte 7 razy nieznacznie. Wylewy krwawe w powiekach autor widział 6 razy, w innych okolicach skóry 6 razy u tych samych dzieci. Autor przytacza 6 historii chorób.

(*Deut. med. Wochenschr. N. 35 i 36. 1902.*)

Hobub.

93. E. P. DAVIS z Filadelfii. Przyczynek do rozpoznawania ciąży zamacicznej.

Autor podaje opis dwóch przypadków, w których zrobione rozpoznanie przyczyny wewnętrznej krwotoku nie sprawdziło się.

W pierwszym przypadku wyniki badania są dosyć niedokładne, rozpoznanie pooperacyjne niejasne.

Chora lat 29, wieloródka, skarżyła się na bóle w okolicy lewego jajnika, miesiączka skończyła się przed paru dniami; przy badaniu macicy prawie nieruchoma, otoczona masą miękką, nie dającą chęłbotania. Masa ta po kilku dniach zmiękła, a po tygodniu wystąpiło chęłbotanie. Tętno i ciepłota prawidłowe. Po tygodniu wy-

konano przecięcie. W tylnym sklepieniu znaleziono jamę ograniczoną, wypełnioną skrzepami krwi. Jamę zatamponowano gazą. Po 10 dniach gazę zupełnie usunięto, jama skurczyła się. Chora dostała objawów zakażenia ogólnego oraz zapalenia otrzewny i zmarła.

Na laparotomię chora się nie zgadzała. Sekcyi nie robiono. W skrzepach, wydobytych z otworzonej jamy, żadnych części płodu nie znaleziono. Najwidoczniej w danym przypadku ciąży zamacicznej nie było.

Drugi przypadek dotyczy 30-letniej kobiety z objawami ciąży. Przed dwoma tygodniami były krwotoki z macicy i bóle. Chora blade, tętno 120 do 144. Szyja macicy mała, nie bardzo miękka; w miednicy wyczuwa się guz miękki, wypełniający całkowicie tylne sklepienie. Trzon macicy wyczuć trudno. Wypływ ciemny krwawy z pochwy. Wobec znacznej małokrwistości i przypuszczalnej ciąży zamacicznej zrobiono laparotomię. Stwierdzono, że macica jest w zupełnej *retroversio mobilis*. Ustawiono macicę we właściwym położeniu, zatamponowano pochwę i zastosowano zastrzykiwania roztworu soli. Krwotok z pochwy zatrzymał się, i chora wypisała się. Po kilku dniach powróciła, nastąpiło poronienie w 6 miesiącu. Po poronieniu okazało się, że ściany jamy macicznej są pokryte skrzepami krwi, które trzeba było usuwać tępą łyżeczką.

Autor stwierdza, że rozpoznanie ciąży zamacicznej może przedstawiać poważne trudności, i uważa, że w tych warunkach laparotomia próbna jest całkowicie uzasadnionym zabiegiem. (*The American Journal of The Medical Sciences. October. 1902. p. 563.*)

Hobub.

94. GARRÉ (Królewiec). Przypadek prawdziwego obojactwa.

Obojactwo rzekome jest, jak wiadomo, bardzo częste i polega na powstrzymaniu w rozwoju części rozrodczych zarodka i płodu. Prawdziwe natomiast jest tak rzadkie, iż w całej literaturze istnieje dotychczas ledwie 5 przypadków (HEPPNER, BOLENSKI, SCHMORL, BLACKER et LAWRENCE, SALÉN) podobnych, z których pierwszych cztery podlega jeszcze krytyce, tak iż, tylko przypadek SALÉN'a uchodził za bezsprzeczny okaz prawdziwego czyli t. zw. gruczołowego obojactwa.

Drugim tego rodzaju przykładem jest osobnik, opisywany przez autora. Ma on lat 20, po-

chodzi z Rosyi, został przyjęty do Królewieckiej kliniki chirurgicznej w lecie 1902 r. Wychowany był jako chłopiec, lecz w ostatnich latach wystąpiły pewne objawy, które wzbudziły wątpliwość co do płci danego człowieka, mianowicie, piersi jego rozwinęły się bardzo silnie, a z części płciowych poczęła wydzielać się co 4 tygodnie krew miesięczna. Jednocześnie osobnik ten miewa sny i myśli erotyczne, zawsze jednak wyobraża sobie przytem osobę płci żeńskiej i miewa polucye, przy których wydziela się białawy śluz z części płciowych. Części płciowe składają się z nieprzedziurawionego prącia, silnie rozwiniętego i z wiotkich, dobrze uwłosionych fałd płciowych, otaczających otwór, z którego za pomocą cewnika można dostać się do pęcherza. Przez odbytnicę wyczuwano fałdę DOUGLAS'a, nie naprężoną, nadto po lewej stronie wał, przylegający do cewki moczowej i sięgający ku górze aż do *linea innominata*, gdzie wyczuwano dwa ciała wielkości gołębiego jaja, leżące koło siebie, z których jedno o powierzchni guzowatej, jak się wydawało na dotyk. Po prawej zaś stronie wyczuwano jajowate ciało, wielkości gołębiego jaja, leżące przed kanałem pachwinowym, przypominające gruczoł płciowy, lecz niewiadomo — jądro, czy jajnik. Za zgodą pacjenta, któremu bardzo zależało na zachowaniu swego męskiego stanowiska, dokonano cięcia próbnego w kierunku ciała, leżącego przed kanałem pachwinowym. W miejscu tem znaleziono blaszkę otrzewny w kształcie worka przepuklinowego, a wewnątrz niego jajowód, nadto jajnik, a dalej jądro wraz z przyjadrzem i twardym sznurkiem, zupełnie podobnym do *vas deferens*. Jajowód wraz z jajnikiem usunięto, z innych zaś części gruczołów płciowych wycięto małe kliny dla badań drobnowidzowych; tych ostatnich dokonał d-r SIMON i przekonał się, że większy gruczoł był jądrem, mniejszy zaś jajnikiem. Ciało, leżące pod jajowodem, przedstawiało *parovarium*, a twór, leżący około *vas deferens*, był przyjadrzem. To jest wyraźny dowód prawdziwego obojnactwa, po raz pierwszy u żywego osobnika stwierdzony, zarówno anatomicznie, jak i histologicznie.

(*Deut. med. Woch.* 1903. N. 5). L. Wolberg.

95. MARGOULIÉS. Syfilis pęcherza moczowego.

Autor przytacza najpierw całą odnośną ogłoszoną dotychczas literaturę, dotyczącą po-

wyższego cierpienia, następnie przytacza swoje spostrzeżenia. W pierwszym 41 letnia mężatka przed rokiem spostrzegła poraz pierwszy krwawe zabarwienie moczu i ból w lewym podżebrzu. Po upływie 2 dni mocz był zabarwiony prawidłowo. Po pewnym czasie krew znów zjawiała się w moczu, by zniknąć po kilku dniach. Takie zjawiania się i znikania krwi w moczu powtarzały się od czasu do czasu, zaś od 2 miesięcy jest mocz już stale zabarwiony krwią. Z czasem zjawiało się parcie na mocz. Przed kilku laty poroniła, pozatem cieszyła się zdrowiem. Badanie chorej wykryło, że narządy wewnętrzne są w stanie prawidłowym. Na skórze kończyn dolnych znaleziono białawe, okrągłe, nieduże blizny, zaś w pachwinach powiększone gruczoły. Cewnikowanie nie jest bolesne. Pojemność pęcherza prawidłowa. Mocz w ilości prawidłowej, zabarwiony krwawo. W moczu znaczna liczba ciałek krwi czerwonych, białe ciała w liczbie nieznacznej. Oglądanie wnętrza pęcherza za pomocą cystoskopu wykryło, że śluzówka jest prawidłowa; ujścia obu moczowodów widzi się wyraźnie, są one prawidłowe, mocz wypływa z nich prawidłowy. Na dnie pęcherza, nieco nazewnątrz od ujścia lewego moczowodu widzi się guz, złożony z 3 guzików, każdy wielkości ziarnka grochu, bardzo zbliżonych ku sobie. Dokoła guzików śluzówka umiarkowanie przekrwiona. Mając na względzie kliniczny przebieg choroby, wygląd guzików, osadzonych bez szypuły, rozpoznał autor, że ma do czynienia z rakiem pęcherza, i zaproponował chorej operację. Ponieważ operacja mogła być dokonana dopiero za 2 tygodnie, zaś pewne dane, jako-to wspomniane wyżej poronienie, blizny na skórze, powiększone gruczoły w pachwinach, wreszcie brak najmniejszego polepszenia choroby po dotychczasowym stosowaniu najrozmaitszego leczenia, usprawiedliwiały podejrzenie, acz bardzo słabe, sprawy syfilitycznej, przeto zastosował autor u chorej jodek potasu w ilości 2 gramów na dobę. Za pomocą cewnikowania obu moczowodów przekonano się, że mocz, wypływający z nerek, jest zupełnie prawidłowy. Po upływie 2 tygodni mocz był zaledwie zabarwiony na różowo, zaś stan ogólny widocznie poprawił się. Badanie cystoskopowe wykazało po upływie 3 tygodni, że guz na dnie pęcherza zmniejszył się znakomicie. Wobec tego podawanie jodu sto-

sowano dalej w dawce dobowej, wynoszącej 3 gramy, i po upływie miesiąca od początku leczenia mocz był zupełnie prawidłowy. Badanie cystoskopowe po upływie 6 tygodni wykazało zupełne zniknięcie guza, zaś w miejscu tegoż znaleziono nieznaczną bliznę. Długotrwałe następcze obserwowanie chorej nie wykryło nawrotu choroby. Mając na uwadze, że wyleczenie miejscowe przyszło dzięki wyłącznemu zastosowaniu wewnętrznemu jodku potasu, bez jakiegokolwiek leczenia miejscowego, że jednocześnie doskonale poprawił się ogólny stan chorej, autor utrzymuje, że miał w danym przypadku do czynienia z syfilisem p. moczowego, mianowicie z kilakiem tegoż.

W przypadku drugim 35 letni mężczyzna cierpiał na ogromny ból w tylnej części cewki moczowej, ustawiczne parcie na mocz. Ostatnie krople moczu zabarwione na czerwono. Przed 6 laty zaraził się syfilisem, który był raz jeden leczony za pomocą frykcyi. Stan ogólny chorego i stan narządów wewnętrznych zadawalniający. Na skórze kończyn widać gwiazdkowate blizny. Gruczoły chłonne powiększone. Zewnętrzne narządy płciowe w porządku. Cewka sonduje się dobrze, bez większego bólu. Pojemność pęcherza prawidłowa, po wstrzyknięciu doń znacznej ilości cieczy zwiększa się odczuwany przezeń ból, promieniując w głąb. Gruczoł krokowy nie powiększony, niebolesny. Mocz nieco mętny, słabo kwaśny, o ciężarze gatunkowym 1,014, zawiera białko. W osadzie dość liczne leukocyty, pojedyncze czerwone ciała krwi i płaskie nabłonki. By ulżyć narazie cierpieniom, zalecono choremu ciepłe kąpiele, czopki z morfiną, narkotyki do zażycia wewnętrznego — lecz bez najmniejszego wyniku. Wówczas zbadano wewnątrz pęcherza moczowego. Za pomocą cystoskopu znaleziono, że wogóle śluzówka pęcherza jest prawidłowa, ujście moczowodów widzi się dobrze, są one prawidłowe. Na dnie pęcherza moczowego, ku wewnątrz od lewego moczowodu widać owrzodzenie o wygryzionych brzegach, o dnie szarawem, otoczone czerwoną obwódką. Oczywiście, owo owrzodzenie było powodem cierpienia chorego. Ponieważ przebieg cierpienia nie wskazywał na gruźliczą naturę owrzodzenia, zaś w przeszłości chorego dał się zanotować prawie nieleczony syfilis, przeto zjawilo się podejrzenie, że owrzodzenie

jest natury syfilitycznej. Wobec tego zalecono energiczne leczenie przeciwsyfilityczne ogólne w postaci wcierań szaruchy i mikstury z jodku potasu, zaniechano natomiast wszelkiego innego leczenia bądź ogólnego, bądź miejscowego. Już po upływie pięciu dni uczuwał chory ulgę. Po piętnastu wcieraniach bóle znikły zupełnie. Badanie pęcherza moczowego, podjęte po upływie 20 wcierań, wykazało, że można wprowadzić doń 200 gramów cieczy, nie sprawiając cierpienia choremu, zaś owrzodzenie na dnie pęcherza znaleziono zupełnie zagojonem, w miejscu jego widać małą bliznę. Po 30 wtarciach opuścił szpital, jako zupełnie zdrowy. Widziany po upływie kilku tygodni miał się zupełnie dobrze.

Przypadek trzeci dotyczył chorego 55-letniego, od którego niepodobna było wydobyć wskazówek o przeszłości. Przybył on do szpitala z powodu krwawego zabarwienia moczu i ciągłego parcia na mocz. W płucach i sercu nie wykryto nic nieprawidłowego. W jamie brzucha płyn, kończyny dolne obrzmiałe. Mocz zabarwiony na czerwono, ciężar gatunkowy 1,011, dobową ilość 1.080 ctm. szc., białka 4‰. W osadzie czerwone ciała krwi. Ciężar ciała prawidłowa. Rozpoznano zapalenie nerek śródmiąższowe, zalecono kąpiele, dyetę, sporysz, ergotynę. Po upływie 6 tygodni stan ogólny poprawił się, ilość płynu w jamie brzucha bardzo mała, obrzęk kończyn znikł, mocz 3000 na dobę, własności jego, jak poprzednio. Wówczas przeniesiono chorego do oddziału autora. Badanie, dokonane tu, wykryło, że jest on wyniszczony, na skórze kończyn widać symetryczne blizny, gruczoły chłonne powiększone. Stwierdzono *tabes dorsalis*. Na grzbiecie prącia blizna. Mocz oddaje co 10 — 15 minut, zarówno w dzień jak i w nocy. Nerki nie wymacują się, obmacywanie nie jest bolesne. Ucisk na moczowody również nie bolesny. Gruczoł krokowy jest prawidłowy, cewka moczowa również. Pęcherz nie znosi więcej nad 25 c. sz. cieczy. Mając na względzie owrzodzenie na prąciu, blizny na kończynach, powiększone gruczoły chłonne, wreszcie do pewnego stopnia i *tabes*, autor, wyłączając wszystkie inne postacie zapalenia pęcherza, podejrzewał, że ma do czynienia z cierpieniem syfilitycznym pęcherza moczowego i dla tego zastosowano mu wyłącznie i jedynie leczenie swoiste: wcieranie 2 gramów szaruchy dziennie

i 3 gramy jodku potasu na dobę. Po dziesięciu dniach takiego leczenia mocz był blado-różowy, parcie na mocz nie tak częste, pęcherz znosił 70 gramów cieczy. Po 20 dniach — mocz zupełnie czysty, urynuje co 1½ — 2 godzin, pęcherz znosi 120 c. sz. cieczy. Po 30 dniach — mocz zupełnie czysty oddaje co 3 godziny, bez bólu. Pojemność pęcherza moczowego prawidłowa. Badanie wnętrza jego za pomocą cystoskopu nie wykrywa nic nieprawidłowego. Z moczowodów wypływa czysty mocz. Widziany w ½ roku potem, miał się doskonale. W podanych przypadkach wydaje się autorowi niewątpliwem cierpienie syfilityczne pęcherza moczowego, na podstawie pewnych objawów, jako to blizn, powiększenia gruczołów chłonnych, zaś głównie dzięki temu, że cierpienie zniknęło po zastosowaniu leczenia swoistego bardzo szybko, gdy tymczasem upoczywie nie ustępowało żadnemu innemu leczeniu.

Wnioski autora są następujące: 1) Spodziewa się cierpienie — syfilis pęcherza moczowego już to jako zapalenie tegoż, już to jako kilak. 2) Cierpienie syfilityczne pęcherza moczowego nie daje swoistych objawów. 3) Jeżeli brak jest danych rozpoznawczych innego cierpienia, wówczas przebyty kiedyś przez chorego syfilis lub pewne dane, wskazujące na to, mogą wzbudzić podejrzenie syfilitycznego charakteru cierpienia pęcherza moczowego. 4) Takie same podejrzenie jest usprawiedliwione, gdy znacznie zaawansowane cierpienie pęcherza moczowego nie odpowiada dobremu stanowi ogólnemu chorego, lub gdy zmiany w moczu są nie mówiące. 5) Wreszcie, gdy zostały przez czas dłuższy stosowane bezowocnie wszystkie inne sposoby leczenia cierpienia pęcherza moczowego, należy uciec się do leczenia przeciwsyfilitycznego. Dopomóżdź w rozpoznaniu może oglądanie pęcherza za pomocą cystoskopu.

(*Annales des maladies des organes génito-urinaires* 1902 kwiecień).

Antoni Leśniowski.

96. BARTRIN. **Adrenalina w leczeniu dróg moczowych.**

Adrenalina wynaleziona została w 1901 r. przez d-ra Jokiela TAKAMINE z New-Jorku i stanowi pierwiastek działający wyciągu z nadnercza. Adrenalina ma tę wyższość nad wyciągiem, że jest od niego 625 razy mocniejsza pod wzglę-

dem działania i oprócz tego stanowi związek stały i nie podlegający zmianom przy najdłuższym przechowywaniu.

Jest to proszek krystaliczny, biały, łączy się z kwasami, a szczególnie zaś łatwo z rozcieńczonym kwasem solnym, tworząc chlorek adrenaliny — związek najlepszy i najczęściej używany. Zwykle używa się roztwór następujący: Chlorku adrenaliny 1,0, roztworu normalnego chlorku sodu 1000,0, chloretanu 5,0. Chloreton, płyn, przygotowywany przez Parke, Davis et C^o., dodaje się tam, gdzie idzie szczególnie o znieczulające działanie adrenaliny.

Roztwór powyższy, aby tylko był zabezpieczony od działania światła, nie zmienia się i nie traci swych własności przy przechowywaniu i przy gotowaniu w celu odkażania.

Adrenalina jest środkiem silnie zwężającym naczynia, tak że jedna kropla roztworu (1 : 1000), puszczone na łącznicę oka, będącą w stanie zapalnym, robi ją bladą, i na 2 godziny giną wszystkie ślady zapalenia; podobne działanie ma i na inne błony śluzowe, jak nosa, dróg moczowych, a także i na skórę. To samo zjawisko autor obserwował pod mikroskopem na języku żaby.

Działanie adrenaliny przy wprowadzeniu przez przewód pokarmowy lub też podskórnie rozciąga się na cały układ naczyniowy, lecz jest wogóle słabsze. Daje się od 0,5 — 2 ctm. sz. roztworu 1 : 1000; a do użycia wewnętrznego rozcieńczyć jeszcze należy wodą świeżo przygotowaną lub też roztworem normalnym soli kuchennej. W kilka minut można już zauważyć wzmocnienie tonów serca i powiększenie się ciśnienia arterialnego.

Autor obserwował te same zjawiska w 2 przypadkach po zwykłej instylacji cewkowej, połączonej z masażem części cewki instylowanej, w jednym z tych 2 przypadków chory odczuwał bardzo przykre, choć trudne do określenia uczucie w dołku (*epigastrium*). Oprócz działania zwężającego naczynia, adrenalina ma także działanie miejscowo znieczulające; w tym celu dodaje się 0,5% chloretanu lub też używa się adrenaliny po zastosowaniu kokainy.

Co się tyczy dróg moczowych, to autor proponuje wypróbowanie adrenaliny ze względu na jej hemostatyczne i znieczulające działanie przy wykonywaniu drobnych operacji, jako to: *circumcisio*, *meatotomia*, i t.p. Dalej za pomocą adrenaliny

autor odróżnia krwawienie z nerek od krwawienia z pęcherza: jeżeli po jej zastrzyknięciu mocza oddawany staje się czysty, to krwawi pęcherz. Adrenalina według ALBARAN'a ma zastosowanie również i w cystoskopii, a mianowicie: 20—30 kropeł roztworu 1‰ zapuszcza się do tylnej części cewki, cystoskopując następnie po 5—10 minutach, znajdujemy wrażliwość błony śluzowej znacznie zmniejszoną i oprócz tego unikamy krwawienia.

Główną część swej pracy autor poświęca badaniom nad działaniem adrenaliny w zwężeniach cewki. Autor zaznacza że z punktu widzenia czysto anatomicznego, zwężenie jest to zmniejszenie elastyczności i światła cewki wskutek zmian anatomicznych w cewce i naokoło cewki, powodowanych przez sprawy zapalne lub urazowe.

Z punktu widzenia zaś klinicznego autor, jako przyczyny wywołujące zwężenie, wymienia: przekrwienie, kurecz i zmiany anatomo-patologiczne właściwe samemu zwężeniu.

Na pierwsze dwie przyczyny adrenalina oddziałuje bardzo dodatnio — znosi przekrwienie i kurecz, a jeżeli dodamy jeszcze, że znacznie obniża wrażliwość cewki, to wskazania i pożytek z jej użycia stają się zupełnie wyraźnymi.

Sposób zastosowania następujący: wprowadza się do cewki instylator aż do miejsca, w którym znajdujemy przeszkodę, zamyka się zewnętrzny otwór cewki i wkrapla się jeden centymetr sześcienny roztworu adrenaliny 1‰, następnie lekko masuje się cewkę. Po 15 minutach udaje się już zwykły przeprowadzić cewnik, który poprzednio nie przechodził; spotkawszy następną przeszkodę, postępujemy z nią tak samo.

Wkraplanie może być zastąpione przez wstrzykiwania, tylko płyn należy odpowiednio rozcieńczyć wodą przegotowaną lub roztworem normalnym soli kuchennej.

Na zakończenie autor powiada, że stosowanie adrenaliny oszczędzi dużo czasu lekarzom, a bólów chorym.

(*Annales des mal. des org. génito-urinaires.*

Nr. 11 1902). Wack. Wesolowski.

97. VALLAS. O leczeniu tężca.

V. twierdzi, iż pomimo 5 ogłoszonych niepowodzeń stosowanie zapobiegawcze surowicy przeciwteżcowej powinno doprowadzić do zniknięcia tężca z patologii ludzkiej, podobnie jak

rzecz ma się z ospą po wprowadzeniu szczepień ochronnych. Wstrzykiwania powinny być robione w każdym przypadku ran tłuczonych, zanieczyszczonych ziemią i w ogóle wszelkich podejrzanym na zakażenie tężcowe. Pierwszego dnia należy wstrzyknąć 10 cm. sz., to samo na 3 i 10 dzień. Jeżeli wygląd rany w dalszym ciągu pozostaje podejrzanym, należy wstrzykiwania ponawiać co 15 dni.

Chociaż w razie wybuchu objawów tężca jesteśmy już prawie bezsilni, to i tu jednak leczenie surowicą stanowi metodę najcenniejszą. W przypadkach bardziej przewlekłych tą drogą sprzyjać będziemy rozwojowi sił obronnych ustroju przeciw zakażeniu. Wstrzykiwania bywają robione pod skórę, do żył, pod oponę pajęczą i wreszcie do mózgu. Dwa ostatnie sposoby, z powodu iż nie są zupełnie bezpieczne i niewinne, powinny, zdaniem V. być zarzucone.

Przypadków leczenia wstrzykiwaniami podskórnymi zebrał V. 373, z których wyzdrowiało 228, zmarło 145 — czyli śmiertelność = 39%. Stanowi to w porównaniu z wynikami leczenia innymi sposobami (nie surowicą), w których śmiertelność wynosiła 70% — postęp poważny. Wstrzykiwania surowicy do żył bywają robione w celu otrzymania wyniku szybszego i energiczniejszego; potrzebne są jednak dalsze doświadczenia i większe cyfry statystyczne, aby orzec o rzeczywistej wartości tej metody.

Ze sposobów leczenia nie surowicą V. wymienia stosowanie chloralu i wstrzykiwań podskórnych fenolu. Żaden z nich nie wytrzymuje porównania z seroterapią. Leczenie chirurgiczne miejscowe powinno być ograniczone do opatrunków antyseptycznych rany.

W dyskusji LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, SCHWARTZ, GUINARD zaznaczają ogromną skuteczność metody wstrzykiwań zapobiegawczych, podanej przez BAZY w r. 1896. Nader nieliczne przypadki tężca, przez nich od czasu wprowadzenia tej metody spostrzegane, obejmują wyłącznie chorych, u których stosowana nie była, lub przybyłych na oddziały już z tężcem rozwiniętym. GIRARD i TAVEL oponują przeciw bezwzględnemu potępieniu wstrzykiwań do mózgu.

(*Semaine médicale 1902—N. 44.*)

Z. Radliński.

98. W sprawie tężca po wstrzykiwaniach żelatyny.

Już w r. z. KOHN na zjeździe przyrodników i lekarzy w Hamburgu zwrócił uwagę na możliwość zakażenia tężcowego przy wstrzykiwaniach żelatyny i opisał przypadek, zakończony śmiercią, u młodego chłopca.

Zarodniki tężca pochodzą bądź od zwierząt, z których brany jest materiał do wyrobu żelatyny, bądź z miejsc, gdzie żelatyna bywa przechowywana — i nie giną przy stosowanych dotychczas sposobach wyjaławiania.

W r. b. sprawa ta została znowu poruszona. LEWY i BRUNS (Mittheil. a. d. Grenzgeb. der Med. u. Chir. Bd. X 1 i 2) robili próby z żelatyną kupną, i od razu pierwsze badanie wykazało obecność zarodników tężca, mianowicie 8 razy na 13 prób. Szukając sposobu bezwzględnego wyjałowienia żelatyny, L. i B. przekonali się, że zarodniki tężca giną w parze wodnej przy 100° C. w przeciągu 4 do 30 minut; aby więc osiągnąć wyjałowienie, należy poddać żelatynę działaniu pary przy 100° C. w ciągu 40 minut. Temperatury wyższej nad 100° C. stopni należy unikać, ponieważ prawdopodobnie pozbawi ona żelatynę jej własności hemostaticznej. Wyjaławiać należy w małych naczyniach (próbówkach), aby temperatura 100° C. łatwo całej warstwie płynu się udzielała.

Dalej KRAUSE (Berl. Klin. Wochenschr. N. 29. 1902) w tej samej sprawie przychodzi na podstawie odnośnej literatury i własnych doświadczeń do wniosków następujących. 1) Spostrzegane przypadki tężca po wstrzykiwaniach żelatyny zależą od niedostatecznego jej wyjałowienia. 2) Wyjałowienie bezwzględne możliwe jest przez działanie pary wodnej przy 100° C. na roztwór żelatyny po $\frac{1}{2}$ godziny w ciągu 5 dni jeden po drugim. 3) Używając żelatyny jałowej, należy badania nad jej działaniem hemostaticznym prowadzić dalej, nie zrażając się dotychczasowymi kilku nieszczęśliwymi przypadkami zakażenia. 4) Należałoby, aby większe szpitale i apteki miały pod odpowiednim kierownictwem przygotowany zapas żelatyny wyjaławianej, dostępnej dla szerszych kół lekarzy.

Z. Radliński.

99. BAISCH z Tubingi. O powikłaniach przy wstrzykiwaniu podskórnym płynu TAVEL'a.

Niedawno w „Revue de Chirurgie“ TAVEL polecił powtórnie do szerokiego stosowania przy operacjach płyn, zawierający 7,5 NaCl i 2,5 sody w litrze wody.

Doświadczenia, robione z podskórnym zastrzykiwaniem tego płynu chorym w klinice DÖDERLEIN'a, dały nieszczególne wyniki. Przez cały czas stosowania do wstrzykiwań podskórnych roztworu soli kuchennej nie było w klinice żadnego przypadku miejscowego zakażenia. Od czasu zastosowania płynu TAVEL'a w listopadzie 1897 roku spostrzegano 6 przypadków zgorzeli skóry na wielkiej przestrzeni, z których jeden skończył się śmiercią. Wobec tego w klinice powrócono znowu do roztworów soli. Doświadczenia na zwierzętach dowiodły, że:

1) Do otrzewny można wstrzykiwać królikom bezkarnie po 350—400,0 ctm. sz. roztworu TAVEL'a. Po 4 dniach autor nie znalazł w otrzewnie wstrzykniętego płynu.

2) Przy wprowadzeniu pod skórę 300,0 ctm. sz. płynu zawsze otrzymywano zgorzel skóry na dużej przestrzeni. Wstrzyknięcie tej samej a nawet większej (400, 450 gr.) ilości roztworu soli 6‰ nawet tym samym zwierzętom żadnych zmian miejscowych nigdy nie powodowało.

Wobec powyższych wyników autor próbował wstrzykiwać pod skórę królikom roztwór sody 2,5‰. 300,0 tego roztworu zawsze powodowało zgorzel skóry. Po wstrzyknięciu 400,0 $\frac{1}{2}$ ‰ roztworu sody zgorzel nie występowała, tylko w okolo ułkucia włosy bardzo łatwo wychodziły. Roztwór sublimatu $\frac{1}{2}$ ‰ nie dawał żadnej miejscowej reakcji.

Wstrzykiwanie roztworu TAVEL'a do żył, według STADELMANN'a, MINKOWSKIEGO i innych jest nieszkodliwe. Autor przypisuje szkodliwe działanie na tkankę podskórną roztworów sody i wogóle węglanów alkali, a nawet ziem alkalicznych wywiązywaniu się w roztworach molekuł zasad i kwasu węglowego po uprzednim hydrolytycznym rozkładzie cząsteczek soli.

Na preparatach mikroskopowych kawałków skóry, przesiąkniętej wstrzykniętym płynem TAVEL'a, widać, że sama skóra i włókna mięsne skóry są dobrze zachowane. W tkance

podskórnej komórki są niewidoczne; za to wyraźnie występuje siatka włókien sprężystych i umiarkowane nacieczenie drobnokomórkowe.

(*Deutsche medic. Wochensch. N. 35 i 36 1952 r.*)

Hobub.

100. J. A. WYETH. Leczenie guzów naczyniowych wstrzykiwaniami gorącej wody.

Od dwóch lat autor leczy z powodzeniem wszelkie rodzaje guzów naczyniowych [tętniaki kędzierzaste (*an. cirsoideum*) naczyniaki żyłne i włosowate] wstrzykiwaniami wody o ciepłocie 88° — 100°, wykonywanymi z zachowaniem wszelkich prawideł bezgnilności. Ilość i ciepłota zastrzykiwanej wody zależy od rozmiarów i charakteru nowotworu. Przy dużych guzach tętnicznych lub żylnych wbija się igłę głęboko w nowotwór i wstrzykuje 30 do 60 kropel wody; następnie wyciąga się igłę na 1 — 2 centymetry i powtarza zabieg, aż cały guz stwardnieje. Woda powinna być dość gorąca, aby wywołać bezpośrednio ścinanie się krwi i białkanów tkanek bez wytwarzania jednak zgorzeli skóry. Jeżeli napięcie, wywołane wstrzykiwaniem, jest znaczne i wytwarza bladeść powłok, to zabieg nie powinien być więcej powtarzany w tym samym pasie.

Przy znamionach włosowatych, umiejscowionych na powierzchni okolic delikatnych, jak powieki, nozdrza, spoidła warg, autor posługuje się małą szprycą z bardzo cienką igłą i używa wody o ciepłocie trochę niższej od punktu wrzenia; wstrzykuje tylko po 2 do 6 kropel na każde ukłucie, obserwuje skutek pierwszego zabiegu i powtarza wstrzykiwanie, jeżeli to potrzebne, po 8 — 10 dniach.

Należy pamiętać, że przy guzach tej ostatniej kategorii za bardzo gorąca woda może spowodować strup. Przeciwnie, przy tętniakach kędzierzastych i dużych znamionach jamistych zastrzykiwana woda powinna być wrząca; w podobnym przypadku też posługuje się autor szprycą metalową, aby zachować wodzie jej wysoką ciepłotę.

Zabieg ten, wykonany pod uśpieniem, nie sprowadzał zwykle ani bólów, ani przypadłości gnilnych. Raz tylko, wskutek nie doglądania chorego po zastrzyknięciu, nastąpiło zakażenie, mające za punkt wyjścia powierzchowny strup; jednakże, pomimo ropienia, ostateczny wynik

był w tym przypadku równie zadawalający, jak i u wszystkich innych chorych.

(*La semaine médicale N. 1. 1903.*)

101. L. de BUSSCHER. Szkodliwość odtrutki na arsenik przy otruciu kwasem arsenawym i czasowa jej skuteczność przeciw roztworowi Fowler'a.

Od lat 70 uważa się wodan tlenniku żelaza za odtrutkę prawie swoistą w ostrem otruciu arsenikiem. Ponieważ nowe prace zachwiały wiarę, ogólnie przyznawaną temu środkowi, autor przeto przeprowadził szereg badań i doświadczeń co do skuteczności wspomnianej odtrutki.

Otóż bardzo liczne próby, dokonane na królikach i psach, wykazały, że wodan tlenniku żelaza, podany czy to w pięć minut po rozmaitej dawce roztworu FOWLER'a, czy też jednocześnie z tą trucizną, nie wywiera prawie żadnego działania na otrucie; zdaje się, jednak, że przy dawkach stosunkowo małych (do 0,015 na kilo wagi) zażycie odtrutki przedłuża dość znacznie życie; przy dawkach od 0,020 do 0,030 na kilo śmiertelność również opóźnia się, ale dużo mniej.

Przy doświadczeniach nie z roztworem FOWLER'a, lecz z kwasem arsenawym wyniki były zupełnie odwrotne: odtrutka nie tylko nie osłabia skutków otrucia, lecz przeciwnie, przyspiesza je i skraca życie, tak iż nawet dawki trucizny niższe od 0,015, które nie są śmiertelne same przez się, stają się śmiertelnymi, gdy się je łączy z domniemaną odtrutką.

Ten paradoksalny skutek autor objaśnia tem, że, po zażyciu jakiegokolwiek połączenia arseniku wytwarza się zawsze w obecności wodanu tlennika żelaza arsenian tlenniku żelaza; otóż nowe to połączenie, będąc mniej trujące niż arsenian potasu, jest bardziej trujące, niż kwas arsenawy.

Wobec bankructwa tego klasycznego sposobu leczenia autor próbował, czy nie uda się innym sposobem przekształcać w żołądku przetworów arseniku w postacię nieszkodliwe. Ponieważ próby z siarczanami nie dały mu zadawalających wyników, sądzi przeto, że otrucie arsenikiem — i bez wątpienia większością trucizn mineralnych — może być z korzyścią zwalczane tylko przemywaniem żołądka, nadewszystko zaś środkami wymiotnymi i, być może, dodatkowo czyszczącymi (ze względu na szybkie

przejście trucizny do kiszek przy pustym żołądku), lecz nie odtrutkami.

(*La semaine médicale N. 1. 1903*).

102. WILBERT. O wpływie przerostu migdałka gardzielowego na cielesny i duchowy rozwój dzieci.

W. MEYER pierwszy zwrócił uwagę w 1873 r. na przerost migdałka gardzielowego i opisał patologię jakoteż terapię tego cierpienia. Przez trzydzieści lat lekarze, a po części i publiczność to nadmierną zwracali uwagę na powyższą sprawę, to znowu zanadto ją lekceważyli. W ostatnich dopiero latach ściśle określono wskazania do operacji tego przerostu, przyczem słuszną zwrócono uwagę, że wielki nawet przerost przy dużych rozmiarach jamy noso-gardzielowej mniej jest szkodliwy, niż stosunkowo nieznaczny przy małej jamie. Objawy zatem stanowią główne wskazanie do operacji, przyczem pamiętać trzeba, że koło 12 roku życia dziecka objawy owe same przez się giną wskutek rozrostu jamy noso-gardzielowej. Do objawów, wymagających operacji, zaliczamy: niedostateczne oddychanie, przytępienie słuchu, brak uwagi (*aprosexia*), strach nocny, nocne mimowolne oddawanie moczu, płasawicę twarzy i ciała, umysłowy niedorozwój dzieci, dochodzący aż do głuptactwa i idyotyzmu.

Przerost danego migdałka spotykamy u dzieci bardzo często, szczególnie w miejscowościach nadmorskich. KOERNER u 36% dzieci, żyjących nad morzem (badał 334 osobników), spotykał to cierpienie; u 60% jaskających się i u 70% słabo rozwiniętych uczniów znajdowano przerost migdałka (KARUTZ i PLUDER).

Autor niniejszej pracy zbadał w Bingen nad Renem 375 uczniów w wieku od 6½ do 12½ lat. Z tych 231 t. j. 62% posiadało przerośnięty

migdał noso-gardzielowy, który u 122 chłopców t. j. w 33% przypadków powodował pewne objawy chorobowe. W połowie zatem przypadków przerostu nie było żadnych oznak. U młodszych dzieci objawy chorobowe bywają znacznie częściej, niż u starszych, gdyż w 12 — 13 roku gruczoł ów sam przez się ulega przemianie wstecznej.

Co do objawów, to najwięcej miał WILBERT do czynienia z zaburzeniami narządu słuchowego (27% dzieci), a tylko u 5% dzieci spotykał objawy nerwowe cięższej natury. O lżejszych nie może nie powiedzieć, badał bowiem chłopców w nieobecności rodziców, skutkiem czego tylko poważniejsze objawy nerwowe można było zauważyć.

U 63 chłopców zaburzenia uszne wystąpiły obustronnie, u 40 tylko jednostronnie, ogólnie było 166 chorych na uszy. Choroby te polegały na przytępieniu słuchu, dochodzącem tak dalece, iż na odległości jednego metra dzieci nie słyssały szeptu, jakoteż na suchych nieżytach ucha średniego. Po usunięciu migdałka zaburzenia uszne prędko ustępowały.

U 85% źle rozwiniętych umysłowo, a u 77% źle uczących się chłopców znalazł autor powiększenie rzezczonego migdałka.

Wyniki te bardzo ważne mają znaczenie zarówno dla lekarzy praktycznych, tak często zapominających o istnieniu i wpływie tej choroby, jak i dla lekarzy szkolnych a także dla wychowawców.

(*Deut. med. Woch. N. 6. 1903*).

L. Wolberg.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dn. 2 czerwca r. b.

TREŚĆ: 1) Jan PILTZ — Przyczynę do badań nad rozszepieniem czucia ciepłego i bólowego w przypadkach uszkodzenia lub zajęcia rdzenia (z przedstawieniem chorego).

1) Kol. J. PILTZ opowiedział o dwóch następujących przypadkach.

a) H. Z. 16-letni uczeń krawiecki został w d. 1 marca r. b. ugodzony nożem w plecy z prawej strony pomiędzy 4 a 5 grzbietowym wyrostkiem ościstym. Chory upadł i został przywieziony do szpitala Praskiego. W 3 tygodnie potem P. stwierdził lekkie porażenie spastyczne prawej kończyny dolnej i zniesienie pobudliwości na ból i ciepło po stronie lewej. Przytem okazało się, że granice półkuliste tych zaburzeń po stronie lewej odpowiadają następującym wysokościami: zniesienie pobudliwości na ciepło (t. 50°) — linia *A* — sięga od dołu do wysokości 8 grzbietowego wyrostka ościstego, zniesienie pobudliwości na zimno (t. 0°) — linia *B* — dochodzi do wysokości 1 lędźwiowego wyrostka ościstego, a zniesienie pobudliwości na ból — linia *C* — sięga granicy 12 grzbietowego wyrostka ościstego. Granice dla temperatur + 60° do + 90° leżą niżej *A* i zbliżają się do linii *C*.

b) Z. W. 18-letni chłopiec, u którego po t. zw. wtórnem jednostronnem rotacyjnem patologicznem zwicnięciu atlasu pozostał obecnie nieznaczny niedowład kończyn po stronie prawej i znieczulenie termiczne i bólowe po stronie lewej. Tu linia *A* również leży najwyżej, linia *B* najniżej, a linia *C* pośrodku. Przytem w miarę wysysania się wysięku linie te proporcjonalnie się zniżają. Linia *A* pierwotnie leżała na wysokości 1 grzbietowego wyrostka ościstego, dziś po 4 miesiącach leży o 6 kręgów niżej. P. z przypadków swych wyciąga wniosek, iż lokalizacya zaburzeń czucia przy objawach BROWN-SEQUARD'a pozwala umiejscowić uszkodzenie rdzenia, i że włókna czuciowe i bólowe biegną po skrzyżowaniu na obwodzie rdzenia. Mówca na rysunkach przedstawił przypuszczalny przebieg rozpatrywanych dróg w rdzeniu.

W dyskusyi kol. CIAGLIŃSKI podnosi obecność rozszepienia czucia w syringomyelii, w której często jedynie szara istota cierpi.

Kol. SKŁODOWSKI zaznacza, iż trudno wyobrazić sobie przy urazie od tyłu bezpośrednie uszkodzenie pęczka GOWERS'a, leżącego już w przedniej połowie obwodu rdzenia, bez jednoczesnego uszkodzenia drogi mózdkowej a także piramidalnej bocznej. S. przypuszcza w danym przypadku raczej wylew krwi do istoty szarej rdzenia, co, jak wiadomo, może powodować syringomyeliczne rozszepienie czucia.

Kol. ST. KOPCZYŃSKI przypomina o przedstawionych przezeń w Towarzystwie dwóch chorzych z porażeniem BROWN-SEQUARD'a pochodzenia urazowego, u których również granica zaburzeń czucia leżała znacznie niżej (o 15—20 ctm.), niż przekłuty odcinek rdzenia. K. podnosi stwierdzone przez wielu klinicystów różnice indywidualne w stopniu krzyżowania się dróg czuciowych w rdzeniu. Dalej K. zaznacza, iż badania kliniczne np. w przypadkach rozsianego zapalenia rdzenia, wiądu rdzenia i t. p. zmuszają nas do przyjęcia odrębnych włókien dla przewodnictwa ciepła i zimna.

Kol. A. ŻURAKOWSKI pyta mówcę o granice zaburzeń czucia dla temperatur obojętnych.

W odpowiedzi kol. PILTZ zaznacza, że w syringomyelii włókna, krzyżujące się w szarej istocie rdzenia, najczęściej ulegają przerwie, co jednak nie przeczy, by biegły one w dalszym ciągu na obwodzie, iż wylew krwawy do szarej istoty rdzenia spowodowałby tylko ograniczenie zaburzenia czucia, a nie połowiczne; dalej P. odpowiada, że górne granice dla temperatur obojętnych leżą stopniowo coraz wyżej między liniami *A* i *B*.

W końcu prezes DUNIN zaznacza, iż ze schematu, podanego przez mówcę, wypływa, iż nie tylko wysokość, lecz i głębokość uszkodzenia rdzenia stanowią o granicy zaburzenia czucia termicznego.

St. Kopczyński.

Sprawozdanie z narad nad higieną prowincyi.

Z wydziału higieny ludowej.

Na posiedzeniu d. 6.VI na wniosek Prezesa towarzystwa, d-ra POLAKA, a w myśl wniosków d-ra MACIERZY postanowiono utworzyć komitet popularyzacji higieny. Zadaniem jego byłoby: uorganizować szereg odczytów, obejmujących całkowity wykład higieny dla ludzi ze średnim wykształceniem. Zając się odczytami ludowymi z higieny w Warszawie, wystarać się o szereg wykładów, nadających się na takie odczyty a tworzących całość, zebrać potrzebne do odczytów diapozytywy i utworzyć ich katalogi. Utworzyć przy bibliotece towarzystwa dział wydawnictw higienicznych ludowych i wydać katalog ich rozumowany. Przygotować okazy na wystawy rolnicze i włościańskie. Dołożyć starań o założenie muzeum popularyzacji higieny. Starać się o rozszerzenie działu higienicznego w pismach ludowych. Dla ułatwienia duchowieństwu wpływania na higienę ludu — opracować następujące się tu pytania. Ułożyć wskazówki praktyczne, dotyczące higieny publicznej wsi, dla wójtów i gmin.

Przyjęto i drugi wniosek d-ra POLAKA: dołożyć starań, by tow. higieniczne mogło wziąć udział w wystawie włościańskiej, w Miechowie we wrześniu r. b. odbyć się mającej. Do wystawy nadawałyby się typy, plany i modele chat i czworaków, plany i modele kąpieli ludowych, studnie, zafalszowania produktów spożywczych, tablice pożywności pokarmów, grzybów trujących, śmiertelności z ospy, pasorzyców, pierwszej pomocy w nagłych przypadkach, śmiertelności przy złej i dobrej wodzie do picia; wydawnictwa ludowe higieniczne. Pożądanymi byłby i odczyt ludowy higieniczny na wystawie. Zwrócono się do Rady o przyznanie 200 rs. na wydatki, związane z wystawą (latarnię czarnoksiężką, modele, tablice i t. p.).

Na posiedzeniu d. 20.VI. odczytano pracę p. J. MILEWSKIEJ: „Koftun na wsi“.

Chociaż przesady o zapobiegawczych i leczniczych własnościach koftuna przywędrowały do nas z Zachodu, to jednak dopiero przeniesione na nasz grunt znalazły u nas przyjazne warunki do zadziwiającego, nieprawdopodobnego otumanienia umysłów, trwającego przez lat 300, bo od schyłku 16 wieku. Zdarzali się wprawdzie u nas przez czas ten lekarze, jak DAVISSON, Tobiasz KOHN, którzy trzeźwo patrzyli na rzeczy, wyprowadzali koftun z niechlujstwa i obcinali koftuny bez skrupułów. Na ogół jednak przesady i teorye koftunowe opanowały u nas najdzielniejsze nawet umysły, zwłaszcza gdy LA FONTAINE i prof. J. FRANK uświęcili swą powagą naukę o chorobie koftunowej. Obalenie fałszywej nauki nie było łatwe. Główna zasługa należy się prof. DIERLOWI (1862).

W Warszawie zasłużyli się w tym względzie LE BRUN i SZOKALSKI, walcząc jeszcze w r. 1856 — 1858 z przesadami, którym holdowali najznakomitsi ówczesni lekarze. Jeszcze w r. 1864 na posiedzeniu tow. lekarskiego warszawskiego większość lekarzy oświadczyła się za chorobą koftunową. Od tego czasu obrońcy koftuna zamilkli, przynajmniej w prasie lekarskiej. Spóźnionym obrońcą koftuna (1871 — 1876) był prof. uniwers. warszawskiego ANDREJEW. Znane dzieło DOBRZYCKIEGO o koftunie było właśnie odpowiedzią na szerzoną przez ANDREJEW'a teoryę.

Z rozrzuconych wzmianek u różnych autorów można wnosić, że dawniej u nas, jeżeli nie co siódmy, to co czternasty człowiek nosił koftun. Żydzi nosili go daleko rzadziej od chrześcijan. Dziś koftun znika u ludu bardzo szybko, chociaż zaledwie 40 lat mija od czasu, jak lekarze nasi przestali wierzyć w koftun.

P. M. zebrała z 11 wsi w pow. Ciechanowskim i Płockim dane, dotyczące częstości koftu-

na pomiędzy 1377 osobami przeważnie ze służby folwarcznej. Z liczby tej nosi dziś kołtun 2% osób, nosiło go dawniej 8%. Różnice między różnymi wsiami są duże: w niektórych nie pamiętają, żeby kto kiedy nosił kołtun; w innych — 25% ludności nosi lub nosiło kołtun. Mężczyźni nie noszą go wcale, chyba żebracy w celu zwracania na siebie uwagi. U dzieci, a zwłaszcza u kobiet kołtun zdarza się daleko częściej. W. Poznańskim i Prusach Zachodnich naliczono 5737 osób kołtunowych, przeważnie Polaków, co stanowiłoby około 0,4% ludności polskiej.

Chociaż kołtun znika, ale przesady, związane z nim, trwają u ludu w całej sile. Uważają go za wynik ciężkiej choroby, otaczają współczuciem kobiety histeryczki, które po kilka nawet razy w życiu całymi latami leżą „na kołtun“ i wypasają się. Obrażają się, słysząc, że kołtun pochodzi z niechłujstwa. Cały szereg przesądów wiąże się z tem, jak długo trzeba nosić kołtun (rok i 6 niedziel), kto go może obcinać, jak i kiedy, co zrobić z obciętym kołtunem, jako stanowiącym siedlisko złego ducha.

Według przytoczonego rachunku w Królestwie byłoby co najmniej ze 140 tys. kołtunowych. Prawie wszyscy oni mają i mnóstwo robactwa w głowie.

Lekceważyć więc tych przesądów nie należy, ale je zwalczać. Tępiąc przesady kołtunowe, zyskamy rzecz daleko ważniejszą, bo większą dbałość o grzebień i czesanie. Rzecz dziwna, że w literaturze naszej ludowej nie było i nie ma ani książeczki, ani większego artykułu o kołtunie.

W rozprawach d-r RUTKOWSKI zwracał uwagę, że kołtun częściej się widuje przy obfitych potach oraz przy utrudnieniu ruchów (a więc i czesania), wskutek bólów lub osłabienia, a zatem przy reumatyzmach, chorobach połogowych, krzywicy. I SZOKAŁSKI w doświadczeniach swoich przekonał się, że kwasy ułatwiają zwijanie się włosów, skąd wnosił, że kołtun zwi-

ja się łatwiej pod wpływem obfitego kwaśnego potu.

D-r Br. SAWICKI podnosił zasługi ś. p. JAWURKA, lekarza z Żyrardowa, w tępieniu kołtuna.

D-r L. RUTKOWSKI (z Płońska) na prośbę wydziału odczytał swą pracę: „Co może zrobić gromada dla polepszenia zdrowia swych mieszkańców?“, drukowaną już w kalendarzu ludowym „Gospodarz“ na r. 1902. D-r R. na zadane przez siebie pytanie odpowiada, że gromada może:

- 1) osuszyć błota we wsi i w pobliżu chat;
- 2) odsunąć od chat śmietniki i gnojniki;
- 3) obrukować chaty;
- 4) zaprowadzić zwyczaj stawiania wychodków;
- 5) zaprowadzić zwyczaj rozumniejszego budowania chat—na wzniesieniu zdala od innych chat i budynków gospodarskich;
- 6) postarać się o dobrą wodę do picia, obrukować studnie i utrzymywać je w porządku i czystości;
- 7) zabronić nieletnim palenia tytoniu i picia wódki pod karą;
- 8) szczepić ospę wszystkim obowiązkowo i to dwa razy w życiu;
- 9) odnając a jeszcze lepiej pobudować lub odkupić dom na pomieszczenie chorych zaraźliwych;
- 10) przeznaczyć większą izbę dla starszej kobiety, któraby pilnowała drobnych dzieci podczas pilnych robót w polu;
- 11) założyć gospodę z herbata, kawą, napojami gazowymi, miodem, wreszcie piwem i winem, natomiast zamykać bawarye, w których odbywają się burdy pijackie.

W pracy swej, przeznaczonej dla ludu, R. obszerniej rozwodzi się nad koniecznością i możliwością chronienia się od chorób zaraźliwych i podaje najprostsze przepisy odkażania.

W ożywionych rozprawach zwracano się głównie ku pytaniu, czy możliwe jest zapobieganie chorobom zakaźnym u ludu naszego, i jaki rodzaj dezynfekcyi byłby do polecenia. Na wniosek d-ra Br. SAWICKIEGO postanowiono sprawę tę gruntownie raz jeszcze rozpatrzyć.

Z towarzystw lekarskich zagranicznych.

Na posiedzeniu sekcji biologicznej towarzystwa lekarskiego w Hamburgu d-r FRAENKEL przedstawił preparaty wielokrotnych zwężeń кишки cienkiej. Odnośna chora zmarła z powodu raka macicy. Wszystkie zwężenia znajdują się powyżej zastawki BAUHIN'a, mianowicie, pierwsze w odległości 10 ctm., drugie 30 ctm., trzecie zaś 60 ctm.. Ostatnie zwłaszcza było bardzo wysokiego stopnia. Wszystkie trzy zwężenia powstały wskutek przerzutów raka, które wrastały do кишки od strony otrzewny i dochodziły aż do śluzówki, nie uszkodziły jej wszakże, tylko wtłaczały się niejako pomiędzy jej części składowe. Tak liczne zwężenia кишки cienkiej, spowodowane przez ogniska przerzutowe raka, nie należą do częstych, a w pewnych warunkach mogą stać się przyczyną zabiegu chirurgicznego, mianowicie, jeżeli wywołają ostre objawy niedrożności. Chora przez ostatnie kilka miesięcy miewała bardzo często wymioty, co mówca przypisuje tym właśnie zwężeniom. Rak macicy może stać się przyczyną zwężeń кишки cienkiej nawet po usunięciu schorzałego narządu. Dzieje się to w ten sposób, że ta lub owa pętla кишки, leżąca w miednicy małej, przy nawrocie raka przyrasta i ulega zgięciu. Nie trzeba nawet, żeby w ścianie кишки wytworzyło się nacieczenie nowotworowe, które samo przez się mogłoby wpłynąć na zwężenie światła кишки, ponieważ już takie przegięcie jej prowadzi do objawów niedrożności. Daleko częściej od podanych zwężeń spotykamy zwężenia кишки cienkiej, powstałe na tle gruźlicy. Różnica pomiędzy nimi polega na tem, że w tych razach sprawa chorobowa zaczyna się na śluzówce i ztąd rozszerza się w kierunku otrzewny, tworzy się owrzodzenie i następnie wciąganie przylegającej części ściany кишки, co w końcu prowadzi do zwężenia. Przyczynę zwężenia można tu rozpoznać i bez rozcięcia кишки, po obecności licznych gruzelków.

Mówca przedstawił jednocześnie taki preparat, gdzie zwężenie, spowodowane przez gruźlicę, dosięgło znacznych rozmiarów; przebieg choroby był bardzo ciężki i nasuwał podejrzenie raka żołądka, prawdopodobnie dlatego, że olbrzymich rozmiarów zwężenie znajdowało się w najwyższej części кишки cienkiej. Następnie prelegent okazał jeszcze dwie кишки cienkie, z których jedna posiadała 8, druga zaś 12 zwężeń gruźliczych. Ostatni preparat przekonywa, że owrzodzenia gruźlicze goją się częstokroć znakomicie i pozostawiają zupełnie gładką i mocną bliznę. Niestety, warunki, które sprzyjają tego rodzaju przebiegowi cierpienia, nie są nam znane należy jednak zaznaczyć, że może nastąpić zagojenie zupełne bez względu na poważne zmiany w płucach, co właśnie miało miejsce w jednym ze spostrzeganych przypadków.

Następnie zabrał głos d-r REVENSTORF w sprawie spostrzeganego przez siebie porażenia połowicznego wskutek zacczadzenia. Kobieta 46 letnia znajdowała się przez 15 godzin pod wpływem czadu; po przewiezieniu do szpitala stwierdzono spazm wszystkich mięśni ciała i zupełną utratę przytomności. Po upływie dwóch dni przytomność stopniowo wróciła, i dopiero wtedy spostrzeżono porażenie prawostronne z udziałem nerwu twarzonego po tej samej stronie i zupełne zatrzymanie moczu; czucie było całkowicie zachowane. Po 10 dniach chora zmarła. Badanie zwłok wykazało, co następuje: w istocie mózgowej okolicy ciemieniowej w górnej części zawoju środkowego znajduje się ostro odgraniczone ognisko krwotoczne wielkości i formy jaja gołębiego; w pobliżu leży drugie takie ognisko, lecz znacznie większe; nie łączy się ono z pierwszym i zajmuje większą część zraza skroniowego i potylicznego, dochodząc z jednej strony do ependymy komory bocznej, z drugiej zaś do istoty szarej kory mózgo-

wej. Z kolei prelegent przechodzi do patogenetyki otruę tlenkiem węgla i zaznacza, że porażenia spostrzegano często. Wczesne porażenia zaliczano do porażień pochodzenia uciskowego, ponieważ niemożność uskutecznienia badania pośmiertnego stała na przeszkodzie do przekonania się o istocie rzeczy. W jednym przypadku porażenia kończyny górnej LITTEŃ przypuszczał wylew krwawy do spłotu barkowego. W doświadczeniach, wykonanych na zwierzętach, najczęściej spotykano przekrwienie mózgu i drobne wynaczynienia. U ludzi pojedyncze badania mikroskopowe wykazały w niewielkiej liczbie przypadków wynaczynienia włosowate. Autor spostrzegał cztery przypadki zatrucia tlenkiem węgla, w których badanie zwłok nie

wykazało żadnych zmian prócz przekrwienia mózgu, natomiast we wszystkich 4 przypadkach brobnowidz wykazał obecność wylewów krwi do tkanki okołonaczyniowej, wskutek czego naczynia uległy uciskowi. Zmiany te umiejscowione były głównie w wielkich zwojach w móście i mózdzku. Można więc sądzić, że te właśnie zmiany są charakterystyczne dla zatrucia CO u ludzi, aczkolwiek wielkie ogniska krwotoczne spotykano czasami zupełnie nieoczekiwanie. (Odczyt ten zasługuje na uwagę ze względu na podobną pracę kol. MĘCZKOWSKIEGO, umieszczoną przed paroma laty w „Gazecie Lekarskiej“. Przypis. sprawozdawcy).

K. Z.

KRYTYKA i BIBLIOGRAFIA.

Prof. d-r Juliusz MÖBIUS.

„PŁEĆ i ZWYRODNIEŃIE“.

1903.

Sprawozdawca Dr WŁADYSŁAW CHODECKI

(Dokończenie. — Patrz Nr 34).

Masa nienaturalnych sposobów zaspokajania popędu płciowego zostaje w pośrednim tylko związku z opisanymi anomaliami. Wspomnimy tutaj krótko tylko o „pederastyi“. Słowo to używa się obecnie jako *terminus technicus* i znaczy „*immissio penis ad anum*“. W terminie tym dźwięczy jednak wyraz grecki „*παις*“, i laik domyśla się zwykle, że chodzi tutaj o nadużywanie dzieci w celach płciowych. Zdanie to jest fałszywe; opaczne czucie płciowe nie ma nic wspólnego z tak zwaną „sodomią“. Wszystkie anomalie popędu płciowego są formami wrodzonego zwyrodnienia. Wszystkie te nieprawidłowości polegają na skłonności wrodzonej,

Prof. KRAFFT-EBING używa również wyrazu „*na-bytej*“, t. j. uczony ten sądzi, że człowiek zupełnie zdrowy z natury przez czynniki czysto zewnętrzne dojść może do anomalii w popędzie płciowym. Zdania tego znakomitego psychiatry nie możemy uważać za słuszne. Należy tylko przyznać, że przypadkowe czysto zdarzenia w młodości mogą oddziaływać na skłonność odziedziczoną i nadać kierunek niewłaściwemu popędowi; więcej jednak zrobić nie są w stanie. Opierano się również w dowodzeniach na tym fakcie, że czasami poddawanie (sugestyja) w śnie hipnotycznym jest w stanie usunąć anomalie popędu płciowego, co byłoby niemożliwe, gdyby były one wrodzone. Ale nam się zdaje, że właśnie w tem dowodzeniu uznają, że i wrodzone właściwości mogą się zmienić, inaczej bowiem zupełnie zdrowy z natury człowiek nie mógłby dojść do opacznej czucia płciowego. Dalej zapominać nie należy, że w tych pomyślnych wynikach leczenia poddawaniem mamy do czynienia z pewnego rodzaju sztuką.

W podobny sposób jak mogę w kogo wmówić, że woda będzie mu smakowała, jak wino, mogę mu i poddać, że spółkowanie będzie mu bardzo przyjemne. Przez powtarzanie tego poddawania możemy osiągnąć do pewnego stopnia usunięcie anomalii.

Wspominano również o tym fackie, że anomalie popędu płciowego istniały w głębokiej starożytności u narodów jeszcze młodych, gdzie nie może być mowy o zwyrodnieniu. Ale nieprawidłowy popęd płciowy biorą często za niewłaściwy sposób zaspokajania go, a nadto zwyrodnienie może być wszędzie. Nie możemy bynajmniej sądzić, ażeby ludy, pozostające w stanie natury, wolne były od zwyrodnienia, lub by nie było go u Greków. Zwyrodnienie może być i bez wysokiej cywilizacji, a właśnie naród, posiadający tak bogatą kulturę, jak Grecy, musiał być zwyrodniały. Mamy wszelką podstawę sądzić, że Ateńczycy po Peryklesie bardzo podobni byli do dzisiejszych Paryżan.

Przypadki, w których anormalny popęd płciowy objawia się dopiero w okresie dojrzałości, są o wiele radsze, aniżeli te, w których nieprawidłowości popędu płciowego istnieją już przed okresem dojrzałości płciowej.

Przychodzimy więc do wniosku, że stany zwyrodnienia stanowią podstawę dla objawów anormalności popędu płciowego. Zaprzeczają obecnie temu tylko same indywidua, dotknięte zwyrodnieniem. Osobniki anormalne twierdzą wprawdzie, że czują się zupełnie zdrowymi, ale to nie dowodzi niczego. Ludzie bronią się wogóle przed tem pojęciem zwyrodnienia, ponieważ przedstawiają sobie zwykle przy tem coś strasznego. Ale musimy zastanowić się nad tą ważną okolicznością, że i nadzwyczajne zalety umysłu nie są właściwie możliwe bez zwyrodnienia; przypomnimy tutaj, że wielu ludzi genialnych było zwyrodniałymi, jak np. Nietzsche.

Dla dokładności musimy dodać, że w tych przypadkach da się zawsze wykazać obciążenie dziedziczne, (choroby nerwowe, umysłowe i alkoholizm u przodków), a prócz anomalii płciowych możemy łatwo wykryć inne objawy cielesne lub umysłowe zwyrodnienia. Należą tutaj opisywane tak często nieprawidłowości w budowie czaszki, uszów, zębów i t. d.. Pod względem zaś umysłowym wspomnieć wypada

o jednostronnych talentach i uzdolnieniach, pełnych brakach etycznych, histeryi, neurastenii i nakoniec o rzeczywistym obłąkaniu (*paranoia*).

W poprzednich wywodach położyliśmy nacisk na to, że opisywane anomalie popędu płciowego są o wiele częstsze u mężczyzny, aniżeli u kobiet. Mimo to prof. KRAFFT-EBING w cytowanej już monografii twierdzi, że nie byłby bynajmniej słuszny wniosek o rzadkości anomalii popędu płciowego u kobiet. Trzeba wziąć na uwagę, iż otrzymać przyznania się do tego kobiety jest bardzo trudno, że nakoniec anomalie popędu płciowego u kobiety nie stanowią przeszkody do małżeństwa, i kobieta mimo to może wyjść za mąż, i nieprawidłowość pozostaje ukrytą.

Zwykle, kiedy mowa jest o nieprawidłowościach umysłowych, laik skłonny jest upatrywać przyczynę tego w nieracjonalnem wychowaniu. Ogół sądzi zwykle, iż z dziecka możemy zrobić, co chcemy. W rzeczywistości każda religia przecenia znaczenie wychowania, nauk religijnych; wpływy czysto społeczne i czynniki zwyrodnienia pracują w jednym kierunku, i wtedy trudno jest odróżnić, co na karb jednego lub drugiego czynnika zapisać trzeba. Jako przykład służyć nam może zacieranie się różnic płciowych już to przez zwyrodnienie, już to przez wpływy cywilizacji. Mężczyzna, który przestał być wojownikiem i myśliwym, który zmuszony jest siedzieć w domu nad ciężką pracą umysłową, staje się pod wieloma względami podobnym do kobiety. Traci zwinność i siłę mięśniową, spokój i wytrwałość, staje się delikatnym, drażliwym i miękkim.

Musimy dodać do tego wpływ czynników towarzyskich, zwłaszcza w wyższych warstwach społeczeństwa. Tutaj to okazuje się potężny wpływ kobiety. Obecny mężczyzna dba niezmiernie o formy powierzchowne, eleganckie ubranie, wykwiń i komfort; są to wszystko właściwości, zbliżające go do kobiety. Kobieta znowu, przestając ciągle z mężczyzną już to w towarzystwie, już to przy wspólnej pracy, jak np. w fabrykach, zaczyna się interesować dziedziną pracy właściwej mężczyźnie, polityką, nauką i t. d..

Ponieważ mężczyzna umysłowo stoi wyżej od kobiety, to przez takie zatracanie własne-

go charakteru i cech płciowych upada duchowo, a kobieta, stając się podobną do mężczyzny, pozornie zyskuje. Z tem pozostają w zgodzie i te fakty, że mężczyzna nie chciałby nigdy być kobietą, a kobieta bardzo często życzy sobie być mężczyzną. Kobieta w naszych czasach dąży do wolności i chciałaby koniecznie wyswobodzić się z niewolnictwa. Odkrywa ona, że żyje w okowach, i że nie jest to godnem jej, jako człowieka, być tylko kochanką i matką, i dąży do celów i zajęć męskich. To ten „zły mężczyzna“ zakuł ją w kajdany, pozbawił wolności i prawa działania... Ale nie mniej życzeniem gorącym kobiety jest być podobną do tego niegodziwego mężczyzny... Ale skutek tych wszystkich dążeń i usiłowań jest bardzo mały i dowodzi wymownie chorobliwości tego wszystkiego; poziom działalności mężczyzny obniżył się znacznie, a kobieta nie jest w stanie spełniać swego posłannictwa życiowego i wychowywać młodego pokolenia.

To zatracenie odmiennego charakteru płciowego możemy obserwować i w drobnych rysach z życia codziennego. Jak dotknięci opacznem czuciem płciowym zachwycają się ubraniem innej płci, i mężczyzna lubi ubierać się, jak kobieta, a kobieta, jak mężczyzna, tak też i w lżejszych postaciach pokazuje się zbliżenie obu płci w ubraniu i toalecie. Mężczyzna okazuje dokładną znajomość tajemnic toalety kobiecej, sam przywiązuje zbyt wielką wagę do stroju, ubiera się w jaskrawe krawaty, perfumuje się i nosi na palcach pierścionki. Kobieta zaś obcina sobie krótko włosy, nosi kołnierzyki męskie, zaniedbuje się umyślnie w ubraniu i pali zawzięcie papierosy. Papieros jest niewątpliwie prawdziwym symbolem hermafrodytyzmu, lubią go mężczyźni-kobiety i kobiety-mężczyźni. Ale zwyrodnienie zrobiło największe zło ludzkości tem, że teraz i kobiety zaczynają pić i nadużywać alkoholu. Obydwie płcie przesadzają się w opisach historii miłosnych i scen pornograficznych, i cała obecna literatura piękna zionie płciowością i erotyzmem.

Że te stany, które tutaj powierzchownie tylko zaznaczyliśmy, nie zawsze idą ręką w rękę z anomaliami popędu płciowego, jest to rzeczą niewątpliwą. Zwykle jednak te nieprawidłowości w popędzie płciowym są częstsze, aniżeli przypuszczamy. Jeżeli kobieta w życiu mę-

czyzny zaczyna grać taką rolę, jaką gra faktycznie mężczyzna w życiu kobiety, to i popęd płciowy u mężczyzny musi odpowiednio się zmienić. U zwyrodniałych płciowość i erotyzm zajmują zbyt wiele miejsca w życiu. Pisarz, który ciągle tylko opisuje konflikty płciowe i erotyzm zmysłowy, malarz, malujący ciągle nagie ciała kobiece, przestali czuć już, jak mężczyzna normalny. Zniewieściłość mężczyzn objawia się wyraźnie w ich kokieteryi: mężczyzna teraz żądny jest pochwał i pochlebstwa, a nie posiadania kobiety.

Na opacność w popędzie płciowym zdaje się również wskazywać fakt, że mężczyźni przekładają kobiety podobne do chłopców i z niektórymi cechami męskimi.

Przy nierozzerwalnym związku, jaki zachodzi między pojedynczemi częściami organizmu, możemy oczekiwać, że tym nieprawidłowościom w życiu duchowem odpowiadać będą zmiany nie tylko w mózgu, ale zwłaszcza i w organach płciowych. Ale badanie nasze nie jest w stanie jeszcze ich wykryć. Ponieważ indywidua te należą do kategorii „lekko zwyrodniałych“, albo, jak się zwykle wyrażamy, do — nerwowych, znajdujemy u nich takie zmiany, jak w ogóle u osób nerwowych. Ze szczególnych znaków można często spotkać się u mężczyzn z nadzwyczajną szerokością miednicy, nieznacznem owłosieniem ciała i wysokim głosem, u kobiet zaś znajdujemy lekki zarost na brodzie, głos męski i brak odpływów miesięcznych.

Należałoby się, by w przyszłości więcej zwracano uwagi na te stosunki. Badanie mikroskopowe, wykonane po śmierci na takich indywiduach, wykazało w niektórych przypadkach nieznaczne zmiany w częściach płciowych. Znaczenie praktyczne wszystkich tych nieprawidłowości płciowych zależy naturalnie od ich częstotliwości. Poważne zmiany anatomiczne i zniekształcenia, jak hermafrodytyzm, gynecomastyja, wnetrostwo i t. d., są bardzo rzadkie. Zwróciliśmy już przedtem uwagę, że niezdolność do karmienia piersią jest nadzwyczajnie częsta. Co zaś się tyczy nieprawidłowych popędów płciowych, to zdobycie pewnych faktów jest nadzwyczajnie trudne, albowiem dotknięci tą anomalią zwykle zło przemilczają, ci zaś, którzy wyznają prawdę, życzą sobie wystawić swój stan jako bardzo czysty. ULRICHS twierdził, że na 200 mężczyzn przypada jeden dotknięty opacznem czuciem

pleciowem. Inni znowu sądzili, że na 750 albo 900 głów jedna dotknięta jest nieprawidłowością popędu płciowego. To tylko da się z wszelką pewnością twierdzić, że im nieznaczniejsza jest anomalia, tem się częściej zdarza.

Zwyrodnienie jest tem częstsze, im starszy jest naród, zwiększa się więc naturalnie z postępem czasu. Z postępem więc zwyrodnienia zwiększa się i częstość anormalnych objawów płciowych.

Wszyscy lekarze, mający duże doświadczenie, zgadzają się na to, że liczba przypadków nerwowości nadzwyczajnie wzrasta. Możemy więc przyjąć, że i łżejsze przypadki anomalii w zakresie płciowym również szybko się zwiększają, na co zdaje się zgadzać większość badaczy.

Choćbyśmy chcieli jaknajostroźniej sądzić o danej kwestyi, to jednak, biorąc wszystko na uwagę, przyznać musimy, że dotknięci anomalią płciową przynoszą znaczny uszczerbek i szkodę ludzkości. Pomijając już kwestyę cierpienia samych chorych, wady te wywierają wpływ szkodliwy na powiększanie się ludności i na stan zdrowia dzieci. Znaczna część nieprawidłowych płciowo pozostaje nieplodną; jeżeli policzymy na 1000 dusz jedną dotkniętą nieprawidłowością płciową, to będziemy mieli na 50 milionów 50,000 nieplodnych mężczyzn. Ważną jest rzeczą, że tej znacznej liczbie obojętnych płciowo brakuje siły i odwagi do zapłodnienia kobiety. Onaniści, dotknięci opacznem czuciem płciowem, emancypantki nie mają dostatecznych kwalifikacyi na ojców i matki. Gdzie nie ma naturalnego popędu płciowego, tam albo nie ma wcale dzieci, albo też liczba ich jest bardzo ograniczona. Emancypantki mówią wprawdzie, że rodzą mało dzieci, ale za to wychowują je dobrze i racjonalnie. Nie warto na to odpowiadać, albowiem, o ile zmniejsza się liczba urodzeń, o tyle zmniejsza się i siła żywotna narodu. Najgorsze zło wynika z właściwości już urodzonych dzieci, albowiem zwyrodniali płodzą tylko zwyrodniałych i żenią się z takimi.

Nakoniec dużo złego sprawia ludzkości niezdolność matek do karmienia dzieci. Jest rzeczą niemożliwą zastąpić mleko macierzyńskie przez krowie lub sztuczne mieszaniny, i w ten sposób każde dziecko, nie karmione racjonalnie, cierpi na zdrowiu i powiększa zastęp cherlaków.

Ponieważ więc opisane tutaj anormalności płciowe są złem poważnem dla ludzkości, naturalne jest życzenie, byśmy z nimi walczyli i usuwali je. Co się więc tyczy terapii, to poważne zmiany anatomiczne i zniekształcenia, jak „hypospadyazę“ i wnetrostwo, może usunąć tylko ręka chirurga. Jeżeli zhoczeniom tym towarzyszą poważne cierpienia umysłowe, chorego należy oddać do zakładu dla obłąkanych.

Nie jesteśmy, niestety, w stanie usunąć niezdolności do karmienia piersią. Opaczne czucie płciowe i anomalie popędu płciowego możemy próbować usunąć za pomocą terapii psychicznej, a mianowicie, hipnotyzmu, ale wiele skutku obiecywać sobie nie możemy. Przy wyższych stopniach anomalii należy zalecać choremu wstrzemięźliwość i wstrzymanie się od stosunków płciowych. Przy właściwym trybie życia i wstrzymaniu się od napojów wysokokowych, przy równoczesnem użyciu większych dawek bromku potasu zupełna wstrzemięźliwość jest możliwa. Indywiduum, dotkniętego opacznem czuciem płciowem, nie należy namawiać do małżeństwa, zwykle bowiem małżeństwo w takich razach bywa nieszczęśliwe, a nadto nie jest bynajmniej pożądanem, by tacy ludzie płodzili dzieci.

Najważniejszem niewątpliwie zadaniem jest walka z postępującem zwyrodnieniem, t. j. wynalezienie dróg i środków, prowadzących do uzdrowienia ludzkości, nie pojedynczego człowieka. Można wprawdzie twierdzić, że wszystko na nic się nie zda, gdyż ludzkość, jak i pojedynczy człowiek, starzeje się i ulega zwyrodnieniu. Może to i prawda, ale nie mniej nie powinniśmy składać broni. Jest dziwnem rzeczywiście, że ludzkość na sprawy zdrowia tak małą zwraca uwagę. Naprzód powinniśmy starać się o zdrowie młodego pokolenia, a następnie dopiero o jego wykształcenie i piękność, bez zdrowia bowiem nie ma ani dobroci, ani piękności.

Głównymi przyczynami zwyrodnienia są, powtarzamy raz jeszcze, dziedziczność i alkoholizm. Są naturalnie i przyczyny uboczne, jak choroby weneryczne, zatrucia wszelkiego rodzaju, głód i niedostatek. Znaczenie chorób wenerycznych nie jest duże, otrucia zaś są zbyt rzadkie, by mogły wchodzić w rachubę.

Przeciwno nieubłaganemu prawu dziedziczności, niestety, nie możemy nic zdziałać; nie możemy przeszkodzić temu, by się rodziły chore dzieci. Trzebaby chyba wprowadzić prawo małżeńskie, że indywidua, dotknięte chorobą dziedziczną, nie mają prawa żenić się. O tem teraz nie ma jeszcze mowy.

Pozostaje walka z potężnym wrogiem ludzkości — z alkoholem. Należy go wypędzić z og-

nisk rodzinnych i obyczajów ludzkości, jeżeli chcemy rzeczywiście zapobiedz zwiększającemu się ciągle zwyrodnieniu.

Taka jest treść najnowszej pracy znakomitego lekarza niemieckiego, którą zarówno laik, jak i specjalista przeczyta z wzrastającym zajęciem.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= Nowikow osiągnął dobre wyniki ze stosowania 1 — 2% roztworu wody utlenionej w leczeniu ran i owrzodzeń septycznych, w rozmaitych postaciach liszajów i innych chorób skórnych, w zapaleniach jamy ustnej pochodzenia przymiotowego, w zapaleniu gardzieli. W tych ostatnich wystarczają płukania z 1 — 2 łyżek 3% roztworu na szklanekę wody. Woda utleniona dobrze działa również w niezbyt ostrych u dzieci (H_2O_2 5,0 — 7,0; Aq. 85,0; Syr. 15,0; co 1 — 2 godz. łyżeczkę; dla dorosłych 8,0 — 10,0 na 100,0 wody co 1 — 2 godz. łyżkę) (D. M. Z. 23 — 1903).

= W literaturze opisano dotąd 19 przypadków otrucia bromoformem dzieci w wieku od 3 miesięcy do 5½ lat. Ilość przyjętego leku wahała się od 15 kropeł do 6,0. Jeden tylko przypadek zakończył się śmiercią. Kiwull przytacza opis następującego przypadku: 11 letniemu chłopcu przepisał z powodu krztuśca bromoform w zawieszynie (*Bromoph.* 12,0; *ol. amygd. dulc.* 20,0; *ol. thymi gtt.* XXX; *gummi arab.* 10,0; *Aq. amyg. amar.* 19,0; *Aq.* 100,0; 3 razy dziennie po łyżeczce). Chłopiec wyzdrowiał, lecz zachorowała 3-letnia córeczka; wówczas bez wiedzy lekarza dawano jej to samo lekarstwo. 6 dnia, po zażyciu ostatniej łyżeczki, dziecko dostało drgawek i zmarło przy objawach obrzęku płuc. (Cebl. f. inn. Med. 13. XII. 1902). P.

= H. JUNGBLODT opisuje cięcie cesarskie, wykonane w 17 minut po śmierci chorej.

Dziecko wydobyto w stanie ciężkiej asfiksji Przez 20 minut robiono sztuczne oddechanie. Dziecko pozostało przy życiu. Ważyło po urodzeniu 5 funtów. W 22 dni po przyjściu na świat żyło i miało się dobrze. Przypadki pomyślnych wyników przy *sectio caesarea post mortem* są według autora bardzo rzadkie. Matka dziecka zmarła nagle; przyczyny śmierci autor nie podaje. (Deut. med. Woch. Nr. 36). H.

= PUPOVAC opisuje przypadki ciał obcych, wyjętych z żołądka na drodze gastrostomii przez prof. GUSSENBAUER'a. 37-letni mężczyzna, zniechęcony jakoby do życia, od lipca 1902 do lutego 1903 r. polykał często ciała obce. Od czasu do czasu ciało takie obce odchodziło ze stolcem. Zjawiały się często bóle w okolicy żołądka, ustępujące dopiero po najedzeniu się. Pacjent w ostatnich czasach chudł wyraźnie. W lewej *regio hypogastrica* wyczuwano bolesną przy ucisku rezystencję, która przy oddychaniu przesuwiała się, przyczem ręką na podbrzuszu wyczuwano trzeszczenie. Badanie ROENTGEN'owskie wykazało podłużny cień w tem miejscu. Po leczeniu chorego kartoflami *per anum* wydzieliły się: gwóźdź, odłamek szkła i pieczętka ołowiana, większy odłamek drzewa chory zwymiotował. Dnia 25. III. 1903 cięcie brzuszne. Część sieci okazała się zrosniętą z żołądkiem i ścianą brzuszną. Otworzono żołądek cięciem 4 ctm. długości od przodu. Usunięto z żołądka: kawałek drutu, 3 duże gwóźdźe, 4 kawałki drzewa, kapsel

metalowy do napelniania papierosów, rączkę łyżki, kawałek blachy we dwoje złożony, jeszcze kawałek drutu i odłamek szkła. Jeden kawałek drutu przedziurawił ścianę żołądka w miejscu, gdzie sieć do żołądka przyrosła. Po opróżnieniu żołądka rany zaszyto. Przebieg bezgorączkowy. Szybkie wyzdrowienie. Autor cytuje spostrzeżenie GUSSENBAUER'a z 1883 r. Polykacz mieczów miał wypadek. Po polknięciu miecza czyli szpady, nóż jej wyleciał z rękoleści. Ojciec tego akrobaty, również polykacz mieczów, swoim mieczem zepchnął nóż miecza do samego żołądka. Wypadek skończył się śmiercią wskutek przebiecia żołądka i zapalenia otrzewny (Münch. med. Woch. 1903. Nr. 16). *Fr. N.*

= STRAUSS okazywał w Berl. Tow. Lek. Szpitala Charité odlew przełyku, składający się z błony śluzowej i podśluzowej, pochodzący od 42 letniego chorego, który wypił kwasu solnego. Wykrztuszenie odlewu nastąpiło 9 dnia. Zjawisko to jest nader rzadkie (przypadek ORTH'a). Chory zmarł w 3½ miesiąca później. (D. M. Z. 48. 1903).

= W pracy swej o wpływie przetworów salicylowych na drogi moczowe LÜTHJE zwraca uwagę na stałe niemal pojawianie się kryształów szczawianu wapnia po stosowaniu salicylu. KLEMPERER postanowił sprawdzić ten fakt. U dwóch chorych wyłączono z pożywienia te pokarmy, które zawierają dużo kwasu szczawowego i wapnia (mleko, jaja, jarzyny, owoce) i w ciągu 2 dni dawano 4 — 5 grm. salicylanu sodu. Zauważono wprawdzie wyraźny białkomocz, ale nie było wpływu na wydzielanie kwasu szczawowego. Skutkiem tego KL. jest zdania, że spostrzegana przez LÜTHJE oksalurya zależała od dostarczania ustrojowi obfitujących w kwas szczawowy pokarmów. (D. Arch. fikl. M. T. 75).

= Dotychczas nierozstrzygnięto stanowczo pytania, czy zaszczepienie ospy podczas okresu wylęgania ospy naturalnej zapobiega lub łagodzi przebieg tejże. Otóż FAUCON przytacza spostrzeżenie następujące. Przyniesiono 3 tygodniowe dziecko do szpitala. Zaszczepiono mu ospę w tydzień po urodzeniu. W 10 dni później zjawily się guziczki, z początku pojedyncze, później rozrzucone po całej skórze. Po 3 dniach stwierdzono bardzo obfita

wysypkę pęcherzykowo-ropną z zagłębieniem pępkowatym, gdzieś zlawającą się. Błona śluzowa pęcherzyka i jamy ustnej również pokryta pojedynczemi pustułami. Na prawem ramieniu wyraźne blizny poszczepienne. Dziecko zmarło w 3 dni później. Zaraziło się ono prawdopodobnie od matki, która w czasie porodu miała lekką ospę. DESPLATS zestawil 25 przypadków ospy, powstałej w 5 — 19 dni po zaszczepieniu. To dowodzi, iż szczepienie nie chroni w początku. Większość autorów jest zdania, że wakeyna uodparnia dopiero po 12 dniach. (Jour. de sc. med. de Lille. 16. 1903).

= LEVY i KAYSER przeprowadzili badania nad żywotnością laseczników tyfusowych w kale. W tym celu zostawili nieodkazywane wypróżnienia przez 5 miesięcy w dole cementowanym, z którego wyłano zawartość na grunt gliniasty w czasie zimy. Po 2 tygodniach udało się z tego gruntu wyhodować laseczniki. Ponieważ rosnące rośliny mogą podnosić z ziemi zarodki chorobotwórcze, przeto należy liczyć się z faktem, że odchody tyfusowe z dołów kloacznych, użyte do umierzwiania, są w stanie zarazić rośliny polne. Tem się objaśnia, iż epidemie tyfusu wybuchają ponownie po upływie miesięcy, a także fakty, iż dostają się ze wsi do miast. (Obl. f. Bact. T. 33).

= Łatwy sposób wyszukiwania i wydostawiania obcych ciał żelaznych i stalowych podaje d-r Aleksander ZAWADZKI. W dniu 21 marca zgłosił się na stację Pogotowia Ratunkowego kowal z niewielką raną na szyi z lewej strony; w ranie tej, jak twierdził, tkwił kawałek stali, która odprysła przy kuciu, czy też przy toczeniu. Na razie, nie mogąc wyczuć nic, Z. obmył okolicę rany i nałożył opatrunek. Na drugi dzień w szpitalu na Pradze w oddziale d-ra RAUMA przy obmacywaniu również nie wyczuć niepodobna było. Po przecięciu skóry, Z. zaczął dotykać w rozmaitych punktach gładkiej powierzchni rany wyjąłowym końcem mocnego elektromagnesu, w jednym miejscu mięsień (*sterno-cleido-mastoideus*) wyraźnie był przyciągany, w innych miejscach nie, po parokrotnych próbach, gdy Z. chciał w tem miejscu ranę pogłębić, wśród gładkiej i jednakowej powierzchni rany zaczął pokazywać się coraz większy ciemny punkt, wkrót-

ce zaś — koniec elektromagnesu wy dostał kawałek stali objętości 3 mm.³. Sposób ten niejednokrotnie może posłużyć wprost do wy dostawania tego rodzaju ciał obcych bezpośrednio lub też służyć w celach dyagnostycznych dla wskazania ściśle miejsca, gdzie należy czynić dalsze poszukiwania.

= Zdaniem FERNET'a, obrzmienie gruczołów pachowych zdarza się w początku gruźlicy w $\frac{1}{3}$ przypadków. Można je łatwo wykryć: znajdują się w głębi dołu pachowego lub na jego wewnętrznej, zwróconej ku klatce piersiowej powierzchni. Wielkość ich bywa od ziarnka soczewicy do orzecha leśnego; są ruchome, łatwo przesuwalne, niebolesne na ucisk. Jednocześnie znaleźć można często kilka gruczołów na szyi ponad obojczykiem. Nigdy nie ulegają rozmięczeniu lub zropieniu. W późniejszych okresach gruźlicy gruczoły się zmniejszają, a na sekcji znajduje się je w postaci stwardniałych, napęczniałych barwnikiem mas. (Bull. de l'Acad. de méd. 10. 1903):

= Po wprowadzeniu do praktyki lekarskiej przekłucia łądźwiowego, rozpoznanie gruź-

liczego zapalenia opon stało się o wiele pewniejszym, niż dawniej, umożliwiło bowiem znalezienie laseczników swoistych. Tą drogą udało się ROCAZ'owi już przed 2 laty stwierdzić gruźlicę opon u dziecka 8 letniego, którego krew zawierała też bardzo liczne limfocyty. Tem większe było zdziwienie autora, gdy z wolna objawy zapalne zmniejszyły się i znikły. Po roku chory zupełnie wyzdrowiał, a badanie płynu mózgorzdeniowego nie wykryło żadnych zmian chorobowych. Niedawno temu BARTU ogłosił również przypadek zupełnego wyleczenia gruźlicy opon u dziecka 3 letniego, w którego krwi znaleziono laseczki. W trzecim przypadku THOMALL'a na dnie oka lewego wykryto dwa gruczelki; dziecko wyzdrowiało. Tym sposobem stwierdzono możliwość wyleczenia gruźlicy opon. Jednakże ROCAZ ostrzega przed optymizmem w tym względzie, jego bowiem chory zmarł w dwa lata później przy objawach ponownego zapalenia gruźliczego opon, stwierdzonego na sekcji. (Ann. de la Polielin. 1. 1903).

P.

Wiadomości bieżące.

— Prof. KOSIŃSKI oraz d-rzy DOBRZYCKI i Adam PRZYBOROWSKI otworzyli stację sanitarną dla chorych dzieci w Brzegach pod Otwockiem.

— Wyszły z druku dwa pierwsze zeszyty dzieła zbiorowego, wydawanego pod redakcją prof. Walerego JAWORSKIEGO p. t. „Nauka o chorobach wewnętrznych“. Zeszyty te zawierają: „Choroby układu nerwowego“ opracowane przez profesorów DOMAŃSKIEGO i PRUSA, oraz początek rozdziału „Choroby zakaźne“ pióra d-ra WILCZYŃSKIEGO.

— Pierwszy międzynarodowy zjazd dla narad nad higieną szkolną ma się odbyć około Wielkiej Nocy r. 1904 w Norymberdze.

— W r. 1404 zaczęte wychodzić nowe czasopismo, poświęcone nauce o krwi p. t. „Internationales Centralblatt für Haematologie“. Redakcję objęli PAPPENHEIM z Hamburga i WOLFF z Berlina.

— ROUX i MIECZNIKOW przedstawili na posiedzeniu Akademii lekarskiej paryskiej szympansa, któremu z powodzeniem zaszczerpili przymiot. Obecny na posiedzeniu prof. FOURNIER przyznał fakt przyjęcia się syfilisu u okazanego szympansa, dodał jednak, że pewność pod tym względem dać mogą dopiero objawy drugorzędne, na których zjawienie się wypadnie jeszcze czekać.