

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. Wł. MATLAKOWSKI. Trzydzieści sześć przypadków przetok moczowych. — II. J. ZABUDOWSKI. Przyczynki do leczenia za pomocą mięsienia. — *Korespondencyja.* Stosowanie elektrolizy przy leczeniu chorób skórnych. Napisał K. SZADEK. — *Dział sprawozdawczy.* 44. O związku między wytwarzaniem się kamieni żółciowych i nerkowych u kobiety, a ciężą porodem i położeniem. — 45. W. WYSSOKOWITSCU. Przyczynki do nauki o zapaleniu wsierdzia. — Wiadomości bieżące. — Nadesłano do Redakcyi. — Ogłoszenia.

Z ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO KOBIECEGO W SZPITALU DZ. JEZUS.

I. TRZYDZIEŚCI SZEŚĆ PRZYPADKÓW PRZETOK MOCZOWYCH.

Podał

Władysław Matlakowski,
ordynator tegoż oddziału.

Nie tak łatwo jest napisać coś nowego o przetokach pochwo-pęcherzowych po klasycznych pracach JOBERT'a, SIMON'a, SIMS'a, BOZEMAN'a i innych; nie mogą też zaimponować dużą liczbą obserwacji, działalność bowiem moja jako chirurga samodzielnego nie jest dawną. Powód ogłoszenia niniejszej pracy jest więcej osobistej natury. Reklama, która tak spotężniała w naszych czasach, przedarła się od dość dawna do medycyny, a zwłaszcza do chirurgii; dzisiaj już i u nas wymagają od chirurga przedewszystkiem hałaśliwych operacji w rodzaju wycinania żołądka lub macicy i t. p.. Jeżeli chirurg wcale chorych kwalifikujących się potem w swoim oddziale nie miał, tem gorzej dla niego; powinien wyszukać kogoś, ktoby namówiony, uproszony, wreszcie zapłacony pozwolił sobie zrobić hałaśliwą operację, o którejby wieść następnie dostała się do pism codziennych i zrobiła rozgłos wśród ludzi. Mało dzisiaj pytają o to, czy chirurg uczciwie wywiązał się z materyjału, jakim faktycznie rozporządzają czy przynosił pożytek tym chorym, którzy się u niego w oddziale znaleźli i na słabości, z których się wyleczyć istotnie chcieli.

Mając mizerny materyjał w swoim oddziale, składający się prawdopodobnie w połowie z kalek, żebraczek, dogorywających staruszek i tranzlokowanych z wewnętrznych oddziałów chorych, oczekujących skonu, z prawdziwym zamiłowaniem wzięłem się do przetok, które dawniej, jakem widział, uważano za plagę oddziałów

chirurgicznych. Trzeba zbliżka wejrzeć, jak strasznie jest kalectwem przetoka dla tych biednych, wiejskich kobiet, powiększej części znajdujących się w sile wieku, aby przyjść do przekonania, iż więcej pożytku dla społeczeństwa przynosi uleczenie z tej wstrętnej choroby, niż niejedna problematyczna w skutkach operacja. Z tego względu postanowiłem ogłosić cały materiał, jaki spostrzegałem w swoim oddziale w ciągu kilku lat, gdyż wyniki operacji przetok stanowią jeden z głównych rezultatów dodatnich mojej działalności jako lekarza szpitalnego.

Otóż przypadki te według I a t mojej ordynatury rozdzielają się w następujący sposób:

na 1883 r.	przypada	12	przypadków
„ 1884 r.	„	9	„
„ 1885 r.	„	9	„
na 1-sze półrocze 1886 r.	„	6	„
			36 przypadkach

Pod względem wieku było chorych:

od 19 do 24 lat	.	.	.	9
„ 25 „ 29	„	„	„	11
„ 30 „ 34	„	„	„	8
„ 35 „ 39	„	„	„	6
„ 40 „ 45	„	„	„	2
				36

Co do s t a n u, to z wyjątkiem jednej kupcowej i jednej żony robotnika fabrycznego były to wszystko włościanki, które odbywały poród:

na wsi	.	.	.	.	w 21 przypadkach
w miejscowości, gdzie jest lekarz	„	4	„	„	„
w Warszawie [w Instytucie]	.	2	„	„	„
nie zanotowano gdzie	.	8	„	„	„
					35 przypadkach

Tyle bowiem było przetok położowych, t. j. powstałych w czasie rozwiązania i porodu; pozostały przypadek [sposzczenie 14-e] należy do grupy przetok innego pochodzenia, a mianowicie przetoka powstała tu skutkiem ropnego zapalenia w przegrodzie sztucznej (*colpocleisis*), utworzonej przed 4-ma laty przez prof. KOSIŃSKIEGO, z powodu niemożliwej do zeszycia przetoki położowej.

Poród, w czasie którego powstała przetoka, był:

1-ym	w 16 przypadkach
2-im	„ 4 „
3-im	„ 2 „
4-tym	„ 2 „
6-tym	„ 1 „
7-mym	„ 3 „
9-tym	„ 1 „
12-tym	„ 1 „
nie zanotowano	„ 5 „

35 przypadkach

przyczem urodziło się d z i e c k o

żywe	w 2 przypadkach
martwe	„ 23 „
niezannotowano	„ 10 „
—————	
35 przypadkach	

Powstałe podczas porodu 35 przetok rozpadają się co do swej jakości na następujące grupy:

cewko-pochwowa	1 [sp. 22]
pęcherzo-pochwowych	19 przypad.
cewko-pęcherzo-pochwowa	1 [sp. 31]
pęcherzo-maciczo-pochwowych powierzchownych	12 [sp. 2, 3, 11, 13, 19, 20, 24, 30, 32, 33, 35],
pęcherzo-maciczo-pochwowa głęboka	1 [sp. 27]
pęcherzo-moczowodo-pochwowych	2 [sp. 1 i 25]

Ten ostatni termin osmieliłem się tu wprowadzić dla oznaczenia tej kategorii przetok pochwo-pęcherzowych, w których górnym brzegu widać ujścia moczowodów; należy przy nich tak okrwawiać brzeg przetoki i tak szyć następnie, aby te ujścia ominąć; ten wzgląd praktyczny skłonił mnie właśnie do oddzielenia odmiany, o której tu mowa.

Co do ilości, to podwójną przetoką była w przypadkach 4, 18, 21, 30, 22; z tych w ostatnim jedna była *f. urethro*, a druga *vesico-vaginalis*; w pozostałych przypadkach były przetoki pochwo-pęcherzowe. Takie podwójne przetoki zazwyczaj bywają małe, rozdzielone wązkim mostkiem błony śluzowej prawidłowej, lub wązką tasiemkową blizną. Przy leczeniu okrwawiałem brzegi tak jak gdyby była jedna przetoka, wycinając rozgradzający mostek, jako niezdatny z powodu swej wąkości do zachowania, zwłaszcza po okrwawieniu z obu stron [sp. 21, 22 i 30]; w pozostałych przypadkach przetoki były okrwawione i zeszyte każda z osobna.

Co do wielkości, to wogóle biorąc znaczna większość przetok była dużych rozmiarów; można je zebrać w następujące 5 grup:

1-o przetoka ogromna, tak że brakuje całej, lub prawie całej przegrody pęcherzo-pochwowej i cewko-pochwowej: sp. 3, 10, 11, 12, 16, 20, 25, 26, 28, 29, 31, 32 i 34.

2-o przetoka duża, przepuszczająca kilka palców: sp. 2, 19, 21, 33.

3-o średnia, przepuszczająca jeden palec: sp. 5, 6, 15, 22, 23, 30, 35.

4-o mała, przepuszczająca cewnik srebrny: sp. 4, 7, 12, 13, 14, 27, 36.

5-o malutka, przepuszczająca zgłębnik maciczny; sp. 8, 9, 18.

Duże przetoki zazwyczaj posiadały brzegi cienkie, bliznowate, twarde, nie podatnie przyrosłe, skąpo naczynione; wyjątek stanowi przypadek 31.

Rzadko u nas zdarza się widzieć przetokę, przy którejby nie było jakiego powikłania, w rodzaju rozdartego krocza, zmienionej, poszarpanej na złazy części pochwowej i t. p., tego atoli rodzaju powikłania nie wywierają żadnego wpływu na leczenie chorych; natomiast inne powikłania, utrudniając, nieraz nadmiernie, operację, właściwie więcej stanowią o jej rezultacie, niż rozmiary samej przetoki, mającej być zeszytą. Dlatego też do grupy przetok powikłanych zaliczamy przypadki: 1, 2, 3, 4, 5, 10, 11, 12, 16, 18, 20, 21, 25, 28, 31 i 34.

Już sam wchód do pochwy może być skutkiem bliznowatego zwyrodnienia błony śluzowej, a nawet i głębszych warstw, tak mocno skurczonym, że stanowi dużą przeszkodę przy badaniu i wprowadzaniu wziernika; takie zwężenie wchodu mieliśmy w przypadkach 1, 3, 4, 12, 16, 20, 33 szczególnie zaś w przypadku 10 i 18-ym, w którym nie można było nadto wcale odciągnąć tylnej ściany pochwy i krocza ku tyłowi. U chorych z takim ciasnym wejściem do pochwy wszelkie badania i manipulacje są nadzwyczaj bolesne; bardzo łatwo pęka zbliżowaciała błona śluzowa, poczem z pęknięć powstają owrzodzenia zwolna się gojące. Oprócz ciasnoty zauważyć się daje szczególna nieprzesuwalność wejścia; w prawidłowych warunkach błona śluzowa wchodu pochwy, przy wprowadzaniu palca lub wziernika, do pewnego stopnia wsuwa się, a przy wyjmowaniu wysuwa się; tego prawidłowego ślizgania się w przypadkach, o których tylko co wspomniałem, nie ma zupełnie, lub jest ono znacznie ograniczone.

Jeszcze częściej daje się widzieć zwężenie pochwy (*stenosis*) ponad wchodem; rozróżnić tu można proste, ograniczone do pewnego pasa zwężenie, okrążające kanał dookoła lub na pewnej rozciągłości, przedstawiające się zatem w kształcie twardego sierpu [sp. 5, 12]. skutkiem czego pochwa wydaje się klepsydrowato przewężoną, przyczem błona śluzowa jest prawidłową i podatną, oraz daleko cięższe zwężenia rozlane, przy których znaczny odcinek lub cała ściana pochwy jest twardą, niepodatną, bliznowato zmienioną. Takie rozlane zwężenie i zwyrodnienie ścian pochwy było w przypadku 1-ym, w 3-cim, w 16-ym, w 18, 33-im. Zazwyczaj wszelako i tu zwyrodnienie nie bywa jednostajnie rozlane po ścianach pochwy, lecz na pewnej wysokości, mianowicie w poziomie przetoki zwężenie i stwardnienie jest największe, skutkiem czego powstaje klepsydrowate przewężenie, przyczem otwór łączący oba piętra jamy pochwowej może być bardzo wąski [sp. 10]. Przypadki tego rodzaju stanowią przejście do jeszcze wyższej kategorii zmian, powstających przy gojeniu się narządu po głębokich sprawach destrukcyjnych. Kategorię tę tworzy zupełne zarośnięcie pochwy (*atresia*) na pewnej wysokości. Najciekawszy przykład podobnych zmian stanowi spostrzeżenie 25-e, w którym przy pierwszym badaniu chorej znalazłem pochwę ponad przetoką napozór całkowicie ślepo zarośniętą, a dopiero później przy bliższym rozejrzeniu się w stosunkach odnalazłem ciasny kanał, głęboko ukryty, a prowadzący do górnego piętra rozdzielonej jamy pochwowej, w którym zebrał się śluz i ropa; po rozcięciu przegrody i rozszerzeniu otworu okazało się, że ścianki górnego piętra były również bardzo twarde i niepodatne, a w sklepieniu tkwiła zmieniona część pochwowa.

Częściej jednak pochwa zarasta na pewnej rozciągłości całkowicie, tak, że ani zgłębnikiem dojść, ani nawet palcem przez zarośnięcie wyczuć macicy nie można. W takich razach [sp. spostrzeżenie 2, 3, 4, 28] po wprowadzeniu palca jednej ręki do odbytnicy, a wskaziciela drugiej przez przetokę do pęcherza, wyczuwa się ponad ślepo zakończoną pochwą spłaszczony wałek, twarde, mało ruchomy, połączony z pochwą taśmowatą twardą blizną, tworzącą pozostałość po zniszczonej górnej części pochwy, oraz części pochwowej macicy. Ta ostatnia z biegiem czasu ulega zanikowi, a skutkiem ściągania się tkanki bliznowatej, jama pęcherza oddzielona jest stosunkowo niegrubą przegrodą od jamy odbytnicy. Sto-

sunki wytwarzające się wtedy, bardzo dobrze schematycznie przedstawia rysunek HEGAR'a, załączony u WINCKEL'a [str. 114], na którym widać przegrodę odbytniczo-pęcherzową, oddzielającą pęcherz od kiszki prostej, a między nimi macię w kształcie klina. Ocalała część pochwy bywa rozmaitej długości; jeśli zarosnięcie nastąpiło na wysokości sklepień, wtakim razie jama pochwy może być jeszcze dość znaczną; w przeciwnym razie pozostaje ciasny i krótki *cul-de-sac*, w rzadkich wreszcie razach, pochwa zarasta na całej przestrzeni od sklepienia aż prawie do płaszczyzny wchodu. W przypadkach zarosnięcia pochwy, skutkiem kurczenia się tkanki bliznowatej, następuje ściągnięcie zanikłej macicy ku wchodowi pochwy, i nawzajem [co częściej widzieć można] wciągnięcie błony śluzowej wchodu pochwy, wylotu cewki, przedsionka, a nawet całego sromu wgłąb pod spojenie łonowe [sp. 10].

Tak głębokie zmiany, jako następstwo wielkich spustoszeń drogi porodowej, nie ograniczają się li tylko do błony śluzowej i do ściany pochwy; owszem, tkanka okołopochwowa skutkiem zniszczeń i zapalenia zanika i kurczy się, skutkiem czego znajdujemy tak często przyrośnięcie nieruchome, twarde do szkieletu i więzów miednicy, brzegów przetoki, zwłaszcza bocznych tak, że z trudnością udaje się znaleźć wystarczającą warstwę bliznowatej tkanki do okrwawienia. a czasem wcale jej ująć nie można w kleszczyki, zeszyta zaś, skąpo unaczyniona łatwo obumiera. To samo powiedzieć można o tkance otaczającej szyjkę macicy (*textus paracervicalis*), w której również zachodzi zbliźnowacenie, skurczenie i włókniste zwyrodnienie. Jako wynik tego spotykaliśmy w kilku przypadkach przyrośnięcie nieruchome pęcherza w płaszczyźnie sagittalnej do macicy, tak że cewnikiem w tej płaszczyźnie nie można było unieść sklepienia pęcherza ku górze, tymczasem naprawo i nalewo od tej płaszczyzny udawało się unieść go na cewniku znacznie wyżej. Drugim następstwem zmian w tkance okołopochwowej i okołomaciczej, ograniczonych do pewnego odcinka, bywa stałe utwierdzenie odpowiedniej części ściany pochwy, przeciągnięcie całego organu w pewną stronę, w tył, naprawo, lub nalewo tak np. w przyp. 5-ym na połowie wysokości pochwy widzimy sierpowatą fałdę zwężającą światło pochwy, ponad tym sierpem tylna ściana pochwy pociągnięta w tył i utwierdzona tam tak silnie *ad excavationem sacri*, że jej palcem dosiądz nie można. W ogromnej większości przypadków z takich przeciągnięć, nieprawidłowych przemieszczeń organu wnosić tylko chirurg może o przebytych sprawach; w przypadkach atoli świeższych [sp. 21] znajdujemy głębokie przetoki, w które wprowadzony zgłębnik [a palec jednocześnie do odbytnicy] wykazuje kręte i rozległe kanały ropiejące między pochwą i odbytnicą, po bokach tej ostatniej, a nawet poza nią aż do przedniej powierzchni kości krzyżowej. Następstwem spraw zapalnych tkanki okołomaciczej, więzów szerokich, oraz surowiczego pokrowca tych ostatnich i macicy, towarzyszących głębokim zniszczeniom pochwy, powstają przegięcia, zmiany w pochyleniu, przemieszczenia, oraz nieprawidłowe utwierdzenia macicy poza obrębem jej prawidłowego umieszczenia, o tem atoli rozwodzić się tutaj nie mamy potrzeby; one jednak tłómaczą te dziwaczne zmiany w kształcie sklepień pochwy, które znajdujemy z jednej strony bardzo głębokie, lejkowate, z drugiej płytkie, płaskie, lub wypukłone [przyp. 21]. W spostrzeżeniu 16-em przy sekcji można było naocznie prze-

konać się o rozległych ropnych kanałach około pochwy i macicy, w zarośniętym dole DOUGLAS'a.

Zniszczenia, o których mowa, nie ograniczają się do części płciowych; dość częste są zmiany w pęcherzu, mniej atoli one rzucają się w oczy; z ciekawszych zanotujemy tutaj całkowite zarośnięcie cewki [sp. 20] na wysokości *orificium vesicale*. Podobne przypadki widzieli FREUND, SIMON i inni, a prawdopodobnie nie należą one do rzadkości, u nas bowiem opisali je NEUGEBUAER, oraz ROGOWICZ. W przypadku moim [sp. 20], oprócz zarośnięcia cewki, było jeszcze szczególne przyrośnięcie brzegów przetoki w kształcie łuku gotyckiego do górnego brzegu spojenia łonowego, skutkiem zmian bliznowatych w przedniej ścianie pęcherza.

Takie zmiany powstać mogły jedynie przy zgnieceniu wszystkich części miękkich przypartych do spojenia łonowego. Miałem jeden przypadek chorej, przeniesionej z przytułku w Warszawie, w którym cała dolna powierzchnia spojenia, oraz gałęzie zstępujące kości łonowych, były zupełnie obdarte z części miękkich przy wydobywaniu *à tout prix* główki kleszczami; chora ta zmarła, lecz niedawno spostrzegalem drugi przypadek, w którym ogłocionemi były kości łonowe na tylnej powierzchni i na dolnych brzegach, a mimo to chora po długim ropieniu i ciężkiej gorączkowej chorobie wygoiła się; sprawozdanie o tych przypadkach podam gdzieindziej; tu tylko dla ilustracyi przytaczam je, gdyż one objaśniają sposób powstawania zmian spostrzeganych wpochwie przy przetokach.

Zmiany tylko co opisane, a napotykanne w pochwie i sąsiednich narządach, są zazwyczaj w podręcznikach zaledwie wspomniane [MARTIN—*Pathologie i Therapie der Frauenkrankheiten* 1885 i inne], lub niedostatecznie przedstawiane [WINCKEL]; bez wiadomości jednak o nich, czytelnik nie może nigdy nabrać wyobrażenia o trudnościach, jakie trzeba przewycięzać, przy tak z pozoru łatwej operacyi, jak zaszycie przetoki.

Nie mam zamiaru wchodzić tutaj w rozbiór przyczyn przetok, trudno bowiem o mechanizmie ich powstawania wnioskować chirurgowi, który nie ma doświadczenia położniczego. Zwrócić chcę tylko uwagę na niektóre szczegóły. Jedną z najważniejszych przyczyn usposabiających do przetoki jest zwężenie miednicy, które znaleźliśmy w 21 przypadkach [spozstrzeżenie: 1, 2, 3, 4, 5, 10, 11, 13, 15, 16, 18, 19, 22, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 32]; prawidłową miednica była tylko w 8-u przypadkach [spozstrzeżenie 7, 8, 9, 12, 20, 21, 23, 31]; w pozostałych 6 u przypadkach brak danych o budowie miednicy. Niektóre chore można było przedstawić jako typy spodlenia fizycznego: małe, chude, drobne z wysokiem zwężeniem miednicy [spozstrzeżenie 1, 4, 5, 27]*). Koledzy położnicy, z którymi mia-

*) Przypominamy tu, że średnio wedle SCHROEDER'a:

<i>Diameter inter spinas</i>	wynosi	.	.	.	.	.	.	.	26
"	"	<i>cristas</i>	"	.	.	.	.	.	29
"	"	<i>trachanteres</i>	wynosi	.	.	.	.	.	31½
"	"	<i>Baudelocque'a</i>	"	.	.	.	.	.	20¼
<i>Conjugata diagonalis</i>	"	.	.	.	.	.	.	.	13
"	<i>vera</i>	"	.	.	.	.	.	.	11¼.

łem przyjemność komunikować się, tak znający stosunki niemieckie, jakoteż przybyli z Rosyi, wyrażali zdanie, że zwężenie miednicy w Królestwie jest niesłychanie częstszym zjawiskiem, aniżeli we wspomnianych krajach. Zdania tego nie można dzisiaj poprzeć danymi liczbowymi, ale w każdym razie jest ono warte zanotowania, jako owoc obserwacji lekarskiej. Nie zdziwią nas obszerne spustoszenia narządów miednicy, gdy kobieta z wymiarem BAUDELOCQUE'a = $15\frac{1}{2}$ ctm, zamiast $20\frac{1}{4}$, a z *conjugata vera* około $7\frac{1}{2}$ ma urodzić donoszony i prawidłowo rozwinięty płód bez pomocy lekarskiej, albo co gorsza z nieodpowiednią, na ślepo wymierzaną pomocą bab wiejskich.

Jeśli pod tym względem zgrupować nasze spostrzeżenia, to znajdziemy, że przy porodzie, po którym powstała przetoka, stosowane były:

kleszcze w 10 przypadkach [sp. 5, 6, 11, 17, 18, 22, 24, 30, 33],

perforatio w 2 „ [sp. 21 i 32]

ślepe ciągnięcie lub nieprawidłowe dłubanie w 11 przypadków [sp. 1, 2, 3, 7, 13, 16, 19, 23, 28, 31 i 35],

bez operacji w 6 przypadkach [sp. 8, 9, 15, 25, 26, 29],

nie zanotowano w 6 przypadkach [sp. 4, 10, 12, 20, 34 i 36].

Czyli, jeżeli zsumować wszystkie przypadki, w których niesioną była jakakolwiek pomoc, to będziemy mieli ich 23 na 6, w których chore były pozostawione własnej doli, to znaczy, że na 29 przypadków rozwiązań, po których pozostała przetoka, w 79% była zastosowaną pomoc operacyjna — [według zestawienia BOUQUE'go na 118 przypadków przetok po rozwiązaniu w 55% była wykonaną operacja położnicza]. [D. c. n.]

II. PRZYCZYNNKI DO LECZENIA ZA POMOCĄ MIĘSIENIA,

przez

D-ra J. Zabłudowskiego,

asystenta przy królewskiej chirurgicznej klinice uniwersyteckiej prof. BERGMANN'a w Berlinie.

Wyniki, zdobyte przezemnie przy badaniu działania fizjologicznego mięsienia ¹⁾, w ciągu ostatnich lat miałem sposobność sprawdzić przy łóżku chorego w dosyć znacznej liczbie przypadków. Niniejszą pracę poświęcam klinicznym badaniom w kwestyjach, dotyczących mięsienia, bądźto wogóle w literaturze jeszcze nie poruszonych [choroby muzyków, zwężenia odźwiernika żołądka], bądź też takich, o których w literaturze dotąd nie znajdujemy ani żadnych określo-

¹⁾ ZABŁUDOWSKI. Materiały k woprosu o diejstwwi massaża na zdrowych ludiej. *Wojenno-Medicinskij Żurnał*. St. Petersburg. 1883.

ZABŁUDOWSKI. Die Bedeutung der Massage für die Chirurgie und ihre physiologische Grundlagen. v. Langenbeck's Archiv. Tom. XXIX. Zeszyt 4.

ZABŁUDOWSKI. Physiologische Wirkungen der Massage und allgemeine Betrachtungen über dieselbe im Dienste der Chirurgie, ihre Indicationen und Technik. v. Langenbeck's Archiv. tom XXXI, zeszyt 2.

nych metod, ani też wskazań do zastosowania mięsienia [neurastenija, bezwład z odczynem zwyrodniającym, skrzywienia kręgosłupa, pseudo-artrozy]. Czyniąc zadość zaproszeniu lekarza naczelnego i prezesa towarzystwa lekarzy przy szpitalu „Charité“, Dra MEHLHAUSEN'a, przedstawiłem chorych, o których poniżej mówić będę, na posiedzeniu wymienionego towarzystwa w dniu 25 Marca r. b.

I.

Choroby zawodowe: choroby muzyków i pisarzy. Mięsienie. Przyrządy przy kurczu pisarskim. Przyrząd mego pomysłu.

U muzykantów w bardzo wyjątkowych tylko razach występuje choroba w tej postaci, w jakiej znaną jest w literaturze pod nazwą „kurczu muzyków“ (*Musikerkrampf*). Pod słowem „kurcz“ jednakże rozumiemy tylko te cierpienia natury spazmatycznej albo paralitycznej, które występują wyłącznie tylko podczas samego aktu grania, a których brak przy ruchach, nie mających bezpośredniego związku z grą. W praktyce w większości przypadków chodzi o zapalne podrażnienie jednego ze zbyt natężonych stawów. Wobec tak wielkich wymagań, jakim obecnie odpowiadać powinna technika, że RUBINSTEIN niedawno wyrzekł: „jeśli zaniecham ćwiczeń przez dzień jeden, odczuwam to nazajutrz; jeśli przez dwa dni, odczują to moi koledzy; a jeśli przez trzy, to publiczność się na tem spostrzeże“ wobec tego, rozumie się, chorzy sami spostrzegają natychmiast wszelkie, choćby najlżejsze zjawiska podrażnienia i zawczasu szukają pomocy u lekarza. U skrzypków występują w takich razach bóle w prawem ramieniu, mianowicie: w stawie napięstkowym przy ćwiczeniach tego stawu. Do takich ćwiczeń stawu napięstkowego należą: ćwiczenia *staccato* [szereg krótkich tonów za jednym pociągnięciem smyczka], następnie pociągnięcia *marteles* [krótkie a silne pociągnięcia końcem smyczka]. Niekiedy ból ten zjawia się po prawej stronie w pierwszym odstępnie pomiędzy kośćmi napięstkowymi. Rzadziej już występuje cierpienie to po lewej stronie w postaci uczucia zmęczenia w plecach i ciężkości w ramieniu, spowodowane przez wysokie trzymanie skrzypiec. Niekiedy znów występuje po lewej stronie ból w ostatnim odstępnie pomiędzy kośćmi napięstkowymi w pobliżu stawu. Oprócz tego powstać może zgrubienie skóry po stronie zewnętrznej ostatniego członka wielkiego palca lewej ręki. Pomiędzy tą zgrubiałą skórą a leżącą pod nią kością, może też powstać torebka maziowa, która pod wpływem ciągłego nacisku uleść może podrażnieniom zapalnym. Lecz takie zjawiska powstają tylko wtedy, jeśli grający wielkim palcem lewej ręki przyciska szyję skrzypiec, co uważać należy za znak zlej szkoły.

Owe cierpienia skrzypków, z którymi zwykle bardzo wczesnie chorzy zgłaszają się do lekarza, dają wcale dobre rokowanie. Można w takich razach uciec się do leczenia poronnego. Mięsienie i spokój [unieruchomienie], lub regulowanie pracy, są głównymi warunkami leczenia. Mięsienie, powodując energiczniejsze krążenie krwi, wydała tutaj materje zapalne i produkty zmęczenia. Po każdym zastosowaniu mięsienia, podczas pierwszych 10-ciu dni, nakłada się lekki opatrunek unieruchamiający, ze sztywnej gazy i szyny tekturowej. Tylko

w przypadkach bardziej upartych po zdjęciu opaski muslinowej, zakładamy jeszcze na tydzień mniej więcej bandaż gumowy. Następnie, skoro ból już ustąpił, można porzucić mięsienie i opatrunek, i pozwolić choremu powrócić do zajęcia swego, przyczem jednak po każdych 10 minutach grania powinien chory przez 5 minut odpoczywać. Po kilku dniach pozwalamy grać kilka razy po 15 minut, lecz również z pięciominutowymi przerwami. Należy też w pierwszych czasach trudniejszych, bardziej męczących utworów, jak np. ćwiczeń PAGANINI'ego, sonet BACH'a, koncertów węgierskich JOACHIM'a, sztuk brawurowych ERNEST'a, nie grywać zrzędu, lecz przeplatać łatwiejszemi.

Opisane dopiero co leczenie zastosowałem u artystów: panny W. i pana A., znanych dobrze publiczności berlińskiej, uczęszczającej na filharmoniczne koncerty mistrza JOACHIM'a. Artyści owi, po skończonem przed kilku tygodniami leczeniu, obecnie znowu oddają się swemu zawodowi. Inaczej ma się rzecz z panem M., dyrektorem orkiestry. Zgłosił się on do mnie, przeszedłszy już przedtem rozmaite sposoby leczenia. Przez 4 miesiące elektryzowano go, następnie felczer wykonywał na nim mięsienie, potem wysłano go do Francensbadu. Za radą prof. BILROTH'a chory udał się następnie do WOLF'a, nauczyciela kaligrafii we Frankfurcie nad Menem, który go tak mocno mięsił, że bóle powiększyły się. Oprócz tego wykonywał on, podług rady WOLF'a, ruchy prostujące i zginające stawy łokciowe. Zalecone przez WOLF'a ruchy pogorszyły stan pana M. tak dalece, że porzucił Frankfurt i udał się do Gasteinu. Lecz i to nic nie pomogło, a ponieważ p. M. przez dwa lata nie mógł grywać, przeto był już blizkim porzucenia kariery artystycznej. Zeszłego lata prof. BERGMANN przysłał chorego do mnie. Po sześciotygodniowem leczeniu, które polegało na lekkim opatrunku unieruchamiającym i mięsieniu, mógł chory powrócić do swego, przez dwa lata zawieszzonego, zajęcia. Obecnie, w 6 miesięcy po skończeniu leczenia, chory, który tymczasem był bardzo czynny i uczestniczył w kilku koncertach, przyczem zresztą żył cokolwiek nieregularnie, z powodu lekkiej recydywy [ból w prawym stawie napięstkowym], znajduje się znowu w mojem leczeniu.

O ile przytoczone powyżej choroby skrzypków uważane być mogą za łagodne, o tyle cierpienia, w postaci kurczów występujące, są daleko poważniejszej natury. Polegają one na odskakiwaniu palca wskazującego lewej ręki [przy gamach] i na szybko po sobie następujących drganiach (*spasmus clonicus*) prawego stawu łokciowego. Lecz tych ostatnich w pewnych warunkach z wielkim wysiłkiem można uniknąć. Do tych form kurczowych zaliczyć należy klucia w końcach palców lewej ręki z wyjątkiem wielkiego palca, w niektórych rzadkich przypadkach nawet w lewem ramieniu. Klucia takie wywołane zostają ćwiczeniami oktawowemi i *glissando*. Leczenie takież same. Często jednak zdarzają się powroty. W następującym przypadku musiano się nawet uciec do środka heroicznego.

Pan B., dyrektor orkiestry w Krefeld, był tyle energiczny, że gdy wszelkie środki pozostały bez skutku, zdobył sobie nową zupełnie technikę. Przeniósł on struny skrzypiec tak, że najgrubsza struna znajdowała się po prawej, najcieńsza po lewej stronie, i obecnie pan B. prowadzi smyczek lewą ręką.

Oprócz patologicznego zajęcia, jakie przedstawiają nasi chorzy, sądzę, są oni daleko ciekawszy jeszcze pod względem fizjologicznym. W chirurgii, szczególnie zaś w praktyce masażowej, bardzo często mamy do czynienia z zanikiem kości, powstałym wskutek bezczynności. Dowodów zaś przerostu kości, powstałego wskutek natężonej czynności istniejącego np. w mięśniach [najwyraźniej u akrobatów], posiadamy mało. Otóż bardzo wyraźny przerost kości przedstawiają właśnie nasi chorzy, w przypadkach, w których nie mamy do czynienia z naroślami kostnymi, albo stwardnieniami kości, lecz ze stosunkami w danym przypadku zupełnie fizjologicznymi i odpowiednimi celowi.

Pan A. ma przedłużenie palców lewej ręki z wyjątkiem wielkiego palca. Przedłużenie to wynosi około $1\frac{1}{2}$ ctm. i istnieje kosztem wszystkich członków palcowych, głównie zaś ostatniego członka. U panny W. drugi, trzeci i czwarty palec lewej ręki są o 1 ctm. mniej lub więcej dłuższe od palców prawej ręki. Panna W. i pan A. grają bez przerwy od 7-go roku życia. U pana M. przedłużonym jest tylko średni palec lewej ręki o $\frac{1}{2}$ ctm., a więc palec, który najbardziej jest czynnym podczas aktu grania, i który u dwóch pierwszych chorych głównie jest przedłużony.

Jeśli zapytamy, jaka jest przyczyna różnicy długości palców u pana M. z jednej, a u panny W. i pana A. z drugiej strony, to różnica ta polega na tem, że pan M. do 18-go roku życia grywał wprawdzie bardzo pilnie, lecz zajmował się sztuką bardziej z amatorstwa, aniżeli z zawodu. Ponieważ oddawał się innym studjom zawodowym, nie mógł przeto zupełnie poświęcić się muzyce, a więc palce jego w latach, kiedy kości najbardziej się rozwijają i rozrastają, nie były dosyć czynne w kierunku, o którym tu mowa. Że wielki palec we wszystkich tych przypadkach nie jest przedłużonym, wytłómaczyć się daje tą okolicznością, że on sam jeden tylko nie bierze udziału w ćwiczeniach ekstensyjnych (*Decimengriffe*); wszystkie inne palce przy ćwiczeniach tych wystawione są na silne wyprężanie lub raczej na silne wyprostowywanie. Pojęcie o herkulesowej pracy, jakiej potrzeba, ażeby osiągnąć takie przedłużenie, wyrobić sobie można, jeśli zważymy, że wymaga to dziesięcioletniej przeszło pracy po 6—8 godzin dziennie bez przerwy. W przypadkach, gdzie to nie miało miejsca, nie mogliśmy też wykazać przedłużenia.

Przypadki powyższe mogłyby też być uważane za przyczynki do pytania, poruszanego pokilkakroć na XIV kongresie chirurgicznym, lecz nie rozstrzygniętego jeszcze pod względem etjologii koszlawizny, pytania, czy ciągle pociąganie i ucisk z jednej, albo też siła przekształczająca zmienionych warunków statycznych z drugiej strony, jest właściwą siłą poruszającą fizjologicznej formacji kości. (I. WOLF, *Weitere Mittheilungen über die Behandlung des Klumpfusses. Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie, XIV Congress, Berlin, 1885, stronica 417.*)

W przypadkach naszych mamy do czynienia z pewnym rodzajem zniekształtnienia, które uważać należy jako następstwo bezpośredniego działania ciągle prawie wywieranego na kość sztucznego nacisku. Na korzyść pociągania (*Zugtheorie*) przemawia: że zmiany te następują wyłącznie tylko wtedy, gdy działanie

na kość ma miejsce podczas głównego rozrostu kości, wreszcie i ta okoliczność, że na to potrzeba wielu lat czasu.

U wielu innych artystów, których palce miały długość prawidłową, stwierdziłem, że albo rozpoczęli późno swe kształcenie zawodowe, albo też, że uległo ono dłuższej przerwie. Według teorii siły przekształcającej, postać najtwardszych kości u ludzi dorosłych ulegać może zmianom tak samo, jak kości zarodków i dzieci, stosownie do czynności, albo nieczynności, t. j. stosownie do statycznej wartości pojedynczych cząsteczek kości, tak, że np. przy koszlawniźnie, bez względu na wiek chorego, wystarczyłoby stopę za pomocą siły rozstawić i, zastosowawszy unieruchomienie, utrzymać ją w tem położeniu, aby wywołać zmianę formy we wszystkich kościach nogi. W przeciwieństwie z teorią siły przekształcającej, możnaby jednakże na mocy naszych przypadków szukać zadania chirurgii ortopedycznej w pierwszej linii w wykonywanym w wieku dziecięcym bezustannem naciąganiu i ucisku.

Podczas gdy u skrzypków w berlińskiej mojej praktyce miałem do czynienia prawie wyłącznie ze zjawiskami zapalnymi, powstałymi wskutek zbyt natężonych ćwiczeń, a więc z ilościowo tylko nieprawidłowem graniem, występowały u fortepianistów i fortepianistek także zjawiska chorobowe, mające swe źródło w grze nieprawidłowej pód względem jakościowym. Co do sposobu siedzenia, trzymania się podczas gry na fortepianie, jakoteż sposobu uderzania w klawisze, zdania specjalistów nawet w Berlinie są jeszcze rozmaite i bardziej znani nauczyciele muzyki z zasady rozmaite zalecają swym uczniom metody. Tak np. jeden z bardziej znanych nauczycieli muzyki, cieszący się dość znaczną praktyką pedagogiczną, twierdzi, że grający powinien siedzieć tak wysoko, aby przedramię od stawu łokciowego podnosiło się w górę ku stawowi napięstka, wskutek czego podobno ręka zostaje uwolnioną od ciężaru łokcia i ruchy boczne przy gamach łatwo podobno wykonywać się dają. Według jego metody, ton powstaje, nie wskutek uderzenia, lecz przez sam tylko ciężar ręki, wskutek prostych ruchów podnoszenia i opuszczania tejeż na klawiaturę.

U pewnej młodej damy, panny C., poleconej mi przez prof. D-ra KÜSTER'a, przed niedawnym czasem dopiero mieliśmy sposobność zauważyć odczyn na wymienioną wyżej metodę. Ile razy chora przez kilka tygodni zrzędu ściśle się tej metody trzymała, zjawiał się ból, wychodzący z 2-go i 3-go odstępu międzykostnego kości dłoniowych obu rąk, a rozciągający się aż do pleców i karku, przyczem występowały także ogólne zjawiska nerwowe. U owej panny choroba trzy razy powracała. Pozwalam sobie zwrócić uwagę tych z czytelników, którzy się sprawą tą specjalnie zajmują, na artykuł mój: „O chorobach nerwów i mięśni u pianistów“, umieszczony w nr. 9 redagowanego przez prof. Emila BRESLAUR'a czasopisma: *Der Klavierspieler*, za rok 1885. Chciałbym tylko zauważyć jeszcze w tem miejscu, że u fortepianistów więcej mamy do czynienia z miejscowym objawem ogólnego stanu chorobowego [ogólne osłabienie, blednica, nerwowość], aniżeli u skrzypków. Z doświadczeń, zebranych w ostatnich latach, okazuje się, że pomiędzy artystami-skrzypkami, albo takimi, którzy mają zamiar zostać niemi, więcej znajduje się powołanych do tego, aniżeli pomię-

dzy fortepianistami. Pomiędzy fortepianistami zawsze znajduje się więcej niepowołanych, jak pomiędzy artystami na innych instrumentach.

Obok tych lekkich stosunkowo chorób spotykamy się w praktyce bardzo często z inną chorobą zawodową, stanowiącą prawdziwą *crux medicorum*, a która, jak wszystkie nieuleczalne, *respective* trudne do wyleczenia choroby, jest polem dla reklam i wyzyskiwań ze strony wszelkiego rodzaju niepowołanych szarlatanów. Mówię tu o kurczu pisarskim.

Przy kurczu pisarskim, wyraźniej aniżeli w innych nerwicach zawodowych, występują dwa momenty: ogólna konstytucja nerwowa z jednej i zła szkoła z drugiej strony. Zgóry zaznaczyć winienem, że i w tem cierpieniu pod względem rokowania ścisłą granicę przeprowadzić należy pomiędzy postaciami paralitycznymi a kurczowemi; do tych ostatnich zaliczam także postacie objawiające się przez drżenie. W postaciach paralitycznych, gdzie idzie o powiększające się szybko w miarę pisania uczucie osłabienia i zmęczenia, z punktami bolesnymi, albo bez takowych w przebiegu nerwu promieniowego, częstokroć w nerwie pośredkowym, w większości przypadków osiągnęliśmy pomyślny a trwały rezultat zapomocą:

1) czterotygodniowego mniej lub więcej zupełnego powstrzymywania się od pisania;

2) równocześnie wykonywanego mięsienia całej kończyny górnej, albo też zamiast mięsienia, stosownie do okoliczności w przypadkach ogólnego osłabienia i nerwowości, zapomocą wysłania chorego do wód [lecz nie do zakładu hydropatycznego]; następnie:

3) naukę pisania. Ta ostatnia jest tem ważniejszą, że w podobnych przypadkach podczas aktu pisania prawie bez wyjątku zauważyć można nieprawidłowości, tyżące się sposobu siedzenia, trzymania się przy pisaniu, trzymania pióra, jakoteż co do używanych obsadek. piór, albo nareszcie co do kształtu stołu. Tego rodzaju chorzy wysilają się zanadto przy pisaniu, z kąd też pochodzi zbyt prędkie zmęczenie. Przy takich lekcjach pisania nauczyciel mniej zważać winien na piękność kształtu pojedynczych liter [chorzy tacy nie są zresztą wybredni pod tym względem], niż na sposób siedzenia, trzymania pióra i t. d. Kilka minut dziennie takich ćwiczeń kaligraficznych wystarcza zupełnie. Obok małych liter należy także pisać wielkie, wykonywane ruchem całego ramienia. Pisanie wielkich liter, przy którym wprawione zostają w ruch całe grupy wielkich mięśni ręki i przedramienia, uważać należy za ćwiczenie gimnastyczne i służy do wykonywania nowych asocyjacji mięśni i wykluczenia starej koordynacji, połączonej z bólem i zmęceniem. W pierwszych czasach chory nie powinien na ćwiczenia te poświęcać więcej jak pół godziny dziennie; zastosowywane obok tego mięsienie służy tutaj do wydalania produktów zmęczenia. Za pomocą tego leczenia osiągnęliśmy pomyślne rezultaty. Pomimo to twierdzić można z największą pewnością, że jeśli choroba już dłuższy czas trwała, albo też jeśli po kilkakroć powracała, o pisaniu nadal przez kilka godzin dziennie, jako o zajęciu zawodowym, stanowczo nie może być mowy. Tak samo, jak przy postaciach paralitycznych, można także przy postaciach połączonych z kurczem albo drżeniem (*tremor*) za pomocą nowej metody pisania, za-

sadzającej się na nowej asocyjacji mięśni, w krótkim stosunkowo czasie [w kilka tygodni], doczekać się dobrego stosunkowo pisma. Wówczas chory, który przedtem pisał, jak gdyby przytem siedział na wozie drabiniastym, toczącym się po nierównym bruku, potrafi *demonstrationis causa* napisać kilka wierszy dosyć ładnie. Takimi właśnie przypadkami tylko wytłómaczyć sobie można, że poważni ludzie nauki nakłaniać się dają do wystawiania świadectw takim nauczycielom kaligrafii. Miałem okazję widzieć kilka takich przypadków i przekonałem się, że chorzy tacy po bardzo krótkim czasie wpadali w powrót i wtedy rezultaty mozolnej nauki pisania były żadne.

Tak np. leczę obecnie chorego, pana G. [poleconego mi przez prof. VOLKMAN'a], który cierpi na postać paralityczną. Poddawał się on w ostatnich latach najrozmaitszym leczeniom, podróżował w tym celu i z wielką wytrwałością leczył się u wszystkich słynnych z tej specyjalności nauczycieli kaligrafii. Między innymi był też u WOLF'a we Frankfurcie nad Menem i nauczył się pisać za pomocą jego metody. Leczenie tamtejsze, jak zwykle, zasadzało się na mięsieniu, aż do wywołania bólu zastosowaniem, na częstych i silnych ruchach zginających i prostujących staw łokciowy; pióro pan G. musiał trzymać tak lekko, że za najmniejszym ruchem wytraconem być mogło, albo samo wypadało z ręki, nie napotykając na opór. Potem udał się chory do renomowanego nauczyciela kaligrafii, pana MAASS w Berlinie i był tyle energicznym, że nauczył się i jego sposobu pisania i trzymania pióra.

Wobec złej prognozy, jaką stawiamy w tych przypadkach, należy zawsze myśleć o szukaniu pomocy za pomocą przyrządów. Lekarz oddaje choremu wielką przysługę, we właściwym czasie wspierając go swoją radą pod tym względem. W przeciwnym bowiem razie chorzy sami tworzą sobie dziwaczne częstokroć i mało celowi odpowiadające przyrządy, albo też trzymają pióro bądź-to palcem średnim i wskazującym, bądź-to połową pięści. Osiągają oni tym sposobem wprawdzie to, czego chcą, t. j. możności pisania, lecz w każdym razie nie tak, jakby się to osiągnąć dało za pomocą bardziej odpowiedniego przyrządu. Obiecywanie choremu, że za pomocą przyrządu potrafi dobrze pisać przez kilka godzin zrzędu, nie daje się według zrobionych dotychczas doświadczeń niczem usprawiedliwić. Dawniej w takich razach zalecaliśmy choremu używania niektórych przyrządów, jak np. bransoletki NUSSBAUM'a [w Monachium], którą się prowadzi za pomocą mięśni prostujących i odprowadzających, albo krótkiego cylindra DUCHENNE'a, który obejmować należy całą dłoń, a tym sposobem prowadzi się pióro, osadzone w zwyczajnej, a z cylindrem połączonej obsadce, za pomocą ruchów całej ręki i ramienia. Albo też wreszcie używano obsadki, urządzonej w ten sposób, że wielki palec mógł się na niej opierać, podczas kiedy palce wskazujący i średni połączone za pomocą pierścieni, dłoń zaś spoczywa na gumowej, nadętej powietrzem poduszce w postaci gruszki, albo też zwykłej obsadki ze zgrubieniem, mającem postać gruszki. Chory zachowuje się przytem *ex juvantibus ex nocentibus*, jest on także w stanie, używając naprzemian tych przyrządów, robić konieczne notatki albo podpisywać się. Dla większych prac wielką usługę oddają w ostatnich czasach wynalezione i ogólnie używane w większych zakładach handlowych w Ameryce maszyny drukujące, niewłaści-

wie zwane maszynami piszącymi. Nie trzeba wcale wielkiej wprawy, ażeby za pomocą tej maszyny myśli swoje oddawać na papierze szybciej, aniżeli za pomocą pisania. Maszyny te posiadają prostą stosunkowo budowę i bywają wprowadzone w ruch za pomocą jednego palca, jak przy grze fortepianowej. Jednym palcem uderza się szybko w klawisze, które odpowiadają literom alfabetu a wprowadzone tym sposobem w ruch młoteczki farbą stemplową odbijają litery na papier rozmaitej wielkości. Przyrządy te, sprzedawane w Berlinie po 400 marek i stosownie do języka rozmaicie zbudowane, gdyż litery następują po sobie nie w porządku alfabetycznym, lecz w tym, w jakim zwykły następować po sobie litery w danym języku—są pod tym względem użyteczne, że piszący odrazu jest w stanie pisać na czysto. Niedogodnym tylko przy druku takim jest robienie poprawek; zresztą są one tymczasem urządzone tylko do angielskiego i niemieckiego języka.

Ażeby dać chorym przyrząd: 1) łatwo i wygodnie przenośny, tak, ażeby go w razie potrzeby można było nosić w kieszeni od kamizelki, 2) do którego można przymocowywać każdą obsadkę, 3) pozwalający choremu którekolwiek dwa palce zupełnie wykluczać z aktu pisania, 4) członek palca średni i palnociowy stosownie do potrzeby wykluczać, 5) pozwalający pisać dwoma któremi kolwiek sąsiednimi palcami [oprócz palucha] przy rozmaitych sposobach trzymania pióra, a więc pozwalający podczas pisania jednym sposobem trzymania pióra odpoczywać po pisaniu innym sposobem. 6) który daje zupełny punkt oparcia palcom, trzymającym pióro, i 7) za pomocą którego tam, gdzie mięśnie odprowadzające po dłuższem używaniu bransoletki Nussbaum'a są zmęczone, dopuścić znowu do działalności mięśnie ksobne, przy użyciu którego jednakże mięśnie wielkiego palca [jako najbardziej cierpiące] pomimo to pozostałyby wykluczone.—ażeby zadosyćuczynić tym warunkom, obmyśliłem ten oto przyrząd ¹⁾

[fig. 1, wielkość naturalna], którybym nazwał *porte-plume* (*Federträger*). Zaznaczę przytem, że przyrząd ten wykonany został właściwie tylko z powodu jednego specjalnego przypadku, w którym szło o to, ażeby umożliwić pisanie osobie, która wskutek nieostrożnego obchodzenia się z maszyną straciła, wielki palec i dwa ostatnie członki palców wskazującego i średniego. I rzeczywiście chory bez wszelkiego wprowadzania się za pomocą tego przyrządu był w stanie swojemi palcami okaleczonemi pisywać listy, a powstałe w ten sposób pismo jego nie pozostawiało nic do

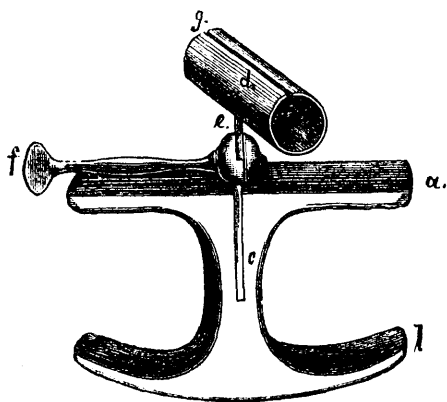


Fig. 1.

¹⁾ Przyrząd ten można dostać u fabrykanta narzędzi chirurgicznych WINDLER'a, w Berlinie, Dorotheenstrasse 3.

zyczenia. Przyrząd składa się z dwóch prawie równolegle ustawionych płaszczyzn poziomych (a i b), połączonych trzecią, wpośrodku prostopadłe ustawioną płaszczyzną (c). Tylko przy bardzo grubych palcach odległość pomiędzy obiema poziomymi płaszczyznami musi być większą, aniżeli na figurze. Dolna płaszczyzna (b) stanowi mniej lub więcej odcinek wielkiego koła, a to w tym celu, ażeby płaszczyzna ta lepiej przystawała do dolnej powierzchni leżących na niej palców. W środku górnej płaszczyzny (a) przymocowaną jest pochwa mosiężna (d), mająca u góry szparę (g). Szpara ta daje się stosownie do potrzeby rozszerzać, tak, że w pochwę wsadzać można obsadkę rozmaitej

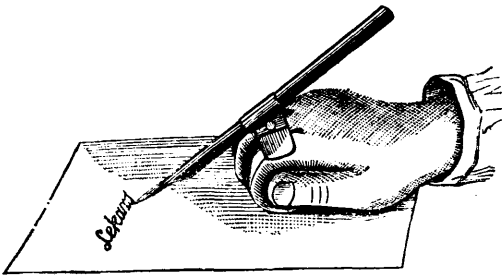


Fig. 2.

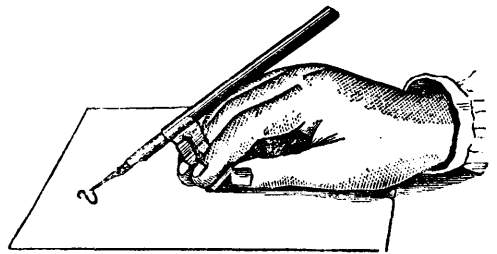


Fig. 4.

grubości i umocowywać ją w pochwie w rozmaitej odległości od pióra. Pochwa połączona jest z górną płaszczyzną poziomą za pomocą dwóch stawów półkuli-
stych (e) i może za pomocą szruby (f) zostać umocowaną w jakimkolwiek kącie i kierunku do płaszczyzny górnej. Przyrządem tym pisać można w następujących trzech głównych postawach dwóch którejkolwiek z czterech palców ostatnich: 1) [fig. 2] płaszczyznę prostopadłą trzyma się pomiędzy pierwszemi

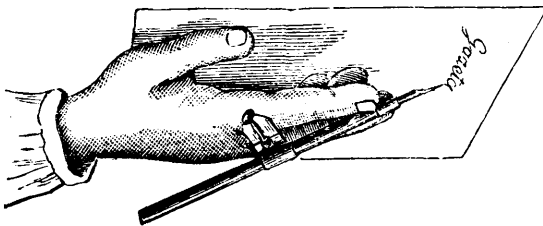


Fig. 3.

członkami palców, pięść cała jest zamknięta, ręka spoczywa na stronie grzbietowej reszty członków palcowych; 2) [fig. 3] zwyczajna obsadka do połowy mniej lub więcej wsuniętą zostaje do pochwy, odpowiednio dwa palce muszą być całkowicie wyprężone, obsadkę umocowuje się za pomocą bocznych powierzchni odpowiednich członków końcowych palców; 3) [fig. 4] obsadka wysuniętą jest przez pochwę tylko na dwa centymetry mniej lub więcej, prostopadłą płaszczyzną przyrządu trzyma się pomiędzy boczniemi powierzchniami członków końcowych palców odpowiednich palców.

[D. c. n.]

KORRESPONDENCYJA.

Stosowanie elektrolizy przy leczeniu chorób skórnych.

W N-rze 34 „Gazety Lekarskiej“ Dr. SZYKOWSKI, donosząc o stosowaniu na szeroką skalę elektrolizy do leczenia chorób skórnych w wiedeńskiej klinice dermatologicznej prof. KAPOSÍ'ego, mylnie podaje wiadomość, jakoby pierwszy raz metoda ta zastosowaną była przez D-ra LUSTGARTEN'a. W celu sprostowania niesłusznie przypisywanego D-rowsi LUSTGARTEN'owi pierwszeństwa posilkowania się elektrolizą w dermatologii, przytaczam tu krótką bibliograficzną notatkę, tyjącą się odnośnej kwestyi.

O użyciu elektryczności przy chorobach skóry w ogólności pisał w 1872 roku BEARD ¹⁾, który między innymi radził też i stosowanie elektrolizy przy wilku i innych nowotworach, w celu zniszczenia guzków i narośli ²⁾. Jednakże na to nie zwrócono uwagi wtedy i dopiero od 1878 roku znów datują wiadomości, tyjące się leczniczego użycia elektryczności, a względnie elektrolizy w rozmaitych cierpieniach skóry, mianowicie, podobno pierwszy HARDAWAY ³⁾ zaczął stosować elektrolizę przy *hypertrichosis* w celu usunięcia włosów; wkrótce po nim i inni amerykańscy dermatologowie zaczęli też stosować elektrolizę w tym samym celu [FOX ⁴⁾, DUPRING ⁵⁾, HEITZMANN ⁶⁾]; oprócz tego FOX radził użyć tegoż środka dla zniszczenia naczynek i trądzika ⁷⁾. Ale najczynniejsi byli w ostatnich czasach amerykańscy i niemieccy dermatologowie pod tym względem. Mianowicie zaś zanotować wypada wyniki, otrzymane przy stosowaniu elektrolizy przez JACKSON'a ⁸⁾, HARDAWAY'a ⁹⁾, MICHELSON'a ¹⁰⁾, MÖLLER'a ¹¹⁾, GILBERT'a ¹²⁾, HEITZMAN'a ¹³⁾, M. GUIRE'a ¹⁴⁾, STARTIN'a ¹⁵⁾, SMITH'a ¹⁶⁾, BIART'a ¹⁷⁾, BEHREND'a ¹⁸⁾, niektórzy z nich używali elektrolizy dla usunięcia włosów, inni zaś

¹⁾ GEORGE M. BEARD. Electricity in the treatment of disease of the skin. The American Journal of Syphilography and Dermatology. 1872. III, p. 20—32.

²⁾ J. c. p. 26.

³⁾ Archives of dermatology. 1878. IV. 4 October, p. 595.

⁴⁾ GEORGE HENRY FOX. On the permanent removal of hair by electrolysis. N. Y. medical Record 1879 March 22, 1882. XXI, p. 253—257.

⁵⁾ AMERICAN JOURNAL OF MED. SC. 1882. CLXIII. July, p. 142.

⁶⁾ WIENER MEDIZINISCHE BLÄTTER. 1882. V. p. 1319. — St.-Louis medical Courier. 1882. VII, p. 16 19.

⁷⁾ GEORGE HENRY FOX. The Treatment of wine mark by electrolysis. Transactions of the med. soc. The New-York medical Record. 1882. VII, p. 166—171.

⁸⁾ N. Y. medical Record. 1885. May 23.

⁹⁾ HARDAWAY. Electricity in the treatment of diseases of skin. St. Louis Courier of medic. 1883. IX, p. 490—498.— Monatshefte für practische Dermatologie. 1885, p. 317—324. Jour. of cutan. dis. 1885, p. 308.

¹⁰⁾ P. MICHELSON. Die Electrolyse als Mittel zur radicalen Beseitigung an abnormer Stelle gewachsener Haare. Berliner klin. Woch. 1885. 42, 43.

¹¹⁾ MAX MÖLLER, über Radical-Epilation mittelst galvanischen Stromes. Wiener medizinische Presse. 1885. 45, p. 1415—1418.

¹²⁾ GILBERT. The Removal of superfluous Hair by Electrolysis. Birmingham med. Review. 1885. December, p. 272—274.

¹³⁾ HEITZMAN. Die dauernde Entfernung von Haaren mittelst Electrolyse. New-Yorker medizinische Presse. 1885/83. I. 1, p. 2—6.

¹⁴⁾ VOLTOLINI. Die Anwendung der Electrolyse zur spurlosen Beseitigung von Muttermälern und Warzen. Berliner klin. Woch. 1886. 7.

¹⁵⁾ AMERICAN PRACTITIONER AND NEWS. Louisville. 1886 9 January.

¹⁶⁾ BRITISH MEDICAL JOURNAL. 1886. I, p. 330.

¹⁷⁾ TAMZE. 1886. I, p. 151.

¹⁸⁾ JOURNAL OF CUTANEOUS AND VENEREAL DISEASES. 1885. December, p. 366.

posiłkowali się nią dla zniszczenia nowotworów [HARDAWAY¹⁹), HEITZMANN²⁰), VOLTOLINI²¹)], nawet—szankrów [BIART].

Nie mam tu zamiaru rozpatrywać się szczegółowiej w odnośnej literaturze, tembardziej, iż ostatnia [przynajmniej co się tycze ostatnich dat] zebrana jest w pracy najnowszej MICHELSON'a²²), o tym przedmiocie traktującej. Z przytoczonych powyżej tedy dat wypada, iż elektroliza oddawna już stosowaną była przy leczeniu rozmaitych chorób skórnych, przeważnie zaś dla usunięcia mniejszych nowotworów i włosów [przy *hypertrichosis, lupus, acne rosacea* i t. p.].

Dr. Karol Szadek (z Kijowa).

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

44. O związku między wytwarzaniem się kamieni żółciowych i nerkowych u kobiety, a ciążą, powodem i pościem.

HUCHARD. (*Univers Médical. Avril 1882*).

HUCHARD. (*Coliques hépatiques et coliques néphritiques de la grossesse et de l'accouchement. Arch. de tocologie et des maladies des femmes Mai 1882*).

DREYFUS-BRISAC. (*Des relations de la lithiase biliaire avec la grossesse et l'accouchement, Gazette hebdomadaire de médec. et de chirurgie N. 50—1883 r.*

BOUCHARD. (*Traité des maladies par ralentissement de la nutrition 1883*).

THÉVENOT. (*Coliques hépatiques à cause de maladies de l'utérus. L'Union médicale 38—1885*).

Pierwsi uwagę na ten przedmiot zwrócili lekarze, praktykujący w Vichy: DURAND-FARDEL, WILLEMIN, CYR. Szczególniej WILLEMIN wskazał na wpływ, jaki wywiera ciąża i poród na wytwarzanie się kamieni żółciowych. HUCHARD i CYR zebrali znaczną ilość spostrzeżeń, odnoszących się do tego przedmiotu, LANDOUZY i BERLINE-HERING obrali ten przedmiot do swoich też inauguracyjnych [1883 r.]. BOUCHARD twierdzi, że kobieta więcej jest wystawioną na wytwarzanie się kamieni żółciowych, aniżeli mężczyzna; stwierdzają to dane kliniczne i anatomo-patologiczne. Przytem choroba ta pojawia się u mężczyzny w dosyć późnym wieku około 50—60 roku życia, u kobiety przeciwnie między 17—42 rokiem, t. j. podczas okresu czynności płciowych. Istnieje więc ścisły związek między wytwarzaniem się kamieni a rozmaitemi zjawiskami życia kobiecego. Bardzo trudno jest określić początek wytwarzania się kamieni żółciowych lub nerkowych, choroba bowiem często bywa w utajeniu, zdradzając się tylko przez rozmaite objawy nieokreślone, jak niestrawność i zaburzenia żołądkowe. Dla tego też trudno ocenić wartość rozmaitych wpływów, mających znaczenie w rozwoju tej choroby. Początku jej bowiem nie można oznaczyć od pierwszego napadu kolki wątrobowej lub nerkowej. HUCHARD sądzi, że właśnie ciąża poród i połów bywają często punktem wyjścia dla kolki, szczególniej wątrobowej, a na dowód tego przytacza znaczną liczbę spostrzeżeń, wskazujących swą zależność.

Według statystyki zebranej przez CYR'a, a przytoczonej w artykule DREYFUS-BRISAC'a, pierwszy napad kolki wątrobowej w 11 przypadkach na 51 był spostrzegany podczas ciąży, w 4 przypadkach po nastąpieniu poronieniu, w 36

¹⁹) Zeitschrift für Therapie. 1881. 5, p. 39.

²⁰) HARDAWAY. Note on the treatment of keloid and hypertrophied scars by electrolysis. Philadelphia medical Times. 1786. N. 483.

²¹) HEITZMANN. Erfahrungen über Electrolyse bei Hautkrankheiten. New-Yorker medizinische Presse. 1886. I, p. 203—205.

²²) MICHELSON. Neuere Arbeiten über elektrolytische Radikalepilation. Monatshefte für praktische Dermatologie. 1886. 4. p. 161—171.

przypadkach po porodzie, a z tych w 22 przypadkach w odstępie między 1 dniem i miesiącem. Z tego wynika, że poród należałoby więcej obwiniać w tym względzie, aniżeli ciążę.

Są przypadki kolki wątrobowej, stwierdzone klinicznie przed ciążą, w większości jednak przypadków pierwsze objawy występują podczas pierwszej ciąży, lub po pierwszym porożu rzadziej się to zdarza w 2 lub 3 porożu. W dwóch przypadkach CXX'a kolka pojawiła się pierwszy raz po 9 i po 15 ciąży, zdaje się przytem, że poród trudny, ciąża bliźniętami usposabia więcej do kolki wątrobowej i nerkowej, aniżeli poród prawidłowy.

Przebieg tej choroby u kobiet bywa również różnym. Często choroba bywa zupełnie uszpana w odstępach między ciążami, by się ujawnić przy zapłodnieniu. Zwykle choroba raz ujawniona powtarza się nadal wskutek rozmaitych przypadłości, związanych z życiem płciowem kobiety, żywych wzruszeń, nieprawidłowego życia.

Co się tyczy rozpoznania, to zdaje się, że napad kolki wątrobowej w ciąży bywa daleko słabszy aniżeli po za ciążą, również zwykle brak bywa żółtaczki. Z tego powodu zdarzały się błędy rozpoznawcze tego cierpienia u kobiet podczas ciąży, porodu i porożu nawet przez wydatnych klinicystów. HUCHARD w powyżej wymienionym artykule przedstawia właśnie możliwości takich błędów. W porożu rozpoznawano nieraz kolkę wątrobową, czy nerkową, jako zapalenie otrzewnej, jako nerwoból żołądka, jako gorączkę porożową, lub znowu kolka nerkowa przy końcu ciąży rozpoznawaną była jako początek porodu. Również można wziąć kolkę za zapalenie macicy i jej dodatków, za początek poronienia i t. d..

Kolka wątrobowa i nerkowa, chociażby najsilniejsze, zwykle nie sprowadzają pracy porodowej, widziano jednak poronienia. Zwykle cierpią na kamienie wątrobowe lub nerkowe osoby, które nadużywają spożywania tłuszczów, szczególniej masła, a właśnie kamienie wątrobowe lub nerkowe spotykamy najczęściej u kobiet niekarmiących, co tłumaczy nam poczęści powstawanie kolki w porożu. Na powstawanie kolki podczas ciąży wyływają: życie siedzące, dlatego kolka częstszą jest w wyższych warstwach społeczeństwa, na pojawienie się choroby wpływa również ucisk przewodów żółciowych przez powiększoną macicę, a każde zwolnienie odpływu żółci sprzyja tworzeniu się kamieni żółciowych w pęcherzyku żółciowym; ucisk ten wywołuje niekiedy żółtaczkę; ta jednak nie ma tego znaczenia co *icterus gravis*, wskutek ostrego zaniku wątroby; to też i zejście śmiertelne przy pierwszej bywa rzadkiem. MAOS żółtaczkę tę nazwał w 1879 r. „*l'ictère aggravé*.” Jako moment etyologiczny wytwarzania kamieni żółciowych i nerkowych podczas ciąży mają znaczenie: przyływy krwi do wątroby, przeładowanie wątroby tłuszczem i zmieniony przez to stosunek wytwarzania cholestearyny i kwasów żółciowych, zmiany w nerkach, które tamują ze swej strony prawidłowe wydzielanie, zmiana krążenia krwi w jamie brzusznej. Najważniejszą zaś przyczyną jest dyjateza, którą ciąża i poróg pobudzają niejako do życia.

BOUCHARD dla wyjaśnienia powstawania kamieni w przebiegu ciąży, albo wogóle podczas życia płciowego kobiety, mówi, że to jest wogóle wada w ogólnem odżywianiu, które odbywa się zwykle powolniej, a jednym z następstw tego jest przeszkoda w zniszczeniu kwasów, nagromadzenie się kwasów w ustroju, zmniejszenie alkaliczności soków, zmniejszenie się ilości wapna w elementach anatomicznych i przybytek odpowiedni owego wapna w sokach wydzielniczych. Z tego wynika, że żółć bywa mniej alkaliczną, że mydła i sole żółciowe alkaliczne są rozkładane przez wapno i że cholestearyna, która się już nie rozpuszcza, może połączyć te kryształy, powstałe z połączenia wapna z kwasami żółciowymi, lub barwnikiem żółciowym.

Podczas całego życia płciowego kobiety zwolnione jest odżywianie, czego między innymi dowodzi i zmniejszanie się wydzielania kwasu węglanego, co już ANDRAL i GAVARET wykazali. Stan ten, tak nazwany „bradytrophique“, podczas ciąży jeszcze się obostrza wskutek siedzącego życia, jakie pędzą zwykle kobiety ciężarne. Tem się tłumaczy częstość mięknienia kości (*osteomalacia*), otyłości, przypadłości gościcowych w czasie ciąży i po rozwiązaniu.

Ciąża więc wymaga tylko zwykle usposobienie kobiety do tworzenia się kamieni żółciowych lub nerkowych, lub ich przechodzenia przez przewody, jeżeli przedtem już były utworzone. Naturalnie mają tu znaczenie wpływy wrodzone i dziedziczne.

Co się tyczy leczenia wzmiankowanej choroby podczas ciąży, to baczycь należy, czy przy poprzednich ciążach cierpiała kobieta na napady kolki i odpowiednio do tego skierować dyjetę. Nastręcza się tu pytanie, czy można leczyć wytwarzane kamienie u ciężarnych wodami mineralnymi. VILLEMEN, praktykując u VICHY, stwierdził nieszkodliwość leczenia alkalicznej, SÉNAC jednak radzi w tym względzie największą ostrożność i ogranicza się do uregulowania diety, ponieważ można niekiedy spowodować przedwczesny poród przez picie wód mineralnych.

Leczenie samego napadu kolki jest także same, jak i po za okresem ciąży.

THÉVENOT spostrzegał nieraz, że zaburzenia w miesiączce i cierpienia narządów rodnych po za okresem ciąży, porodu i położu, wywołują wytwarzanie się piasku i kamieni żółciowych. W jednym przypadku przy przewlekłym zapaleniu macicy chora od 19 miesięcy zwykle na 3-ci dzień peryjodu dostawała żółtaczki i kolki wątrobowej. Po usunięciu cierpienia macicy usuniętą została i kolka wątrobowa.

[I ja też w swej praktyce miałem sposobność cztery razy spostrzegać powyżej omawiany związek kamieni u kobiet, szczególnie wpływ ciąży, porodu i położu na wytwarzanie się kamieni].

J. Rogoziński.

45. W. Wyssokowitsch. Przyczynki do nauki o zapaleniu wsierdzia (*Beiträge zur Lehre von der Endocarditis.*)

KLEBS i KOESTER upatrywali w zakażeniu ciała mikroorganizmami główną przyczynę wszystkich ostrych zapaleń wsierdzia. KLEBS na zasadzie badań drobnobudowalnych sądzi, że każdemu zapaleniu wsierdzia dają początek grzybki i przyjmuje dwie postaci zapalenia: 1) monadyczną czyli gościcową, i 2) gnilną. Monady mają być większemi aniżeli mikrokoki, spotykane w gniciu (*sepsis*), a oprócz tego mają być otoczone jasną obwódką. KOESTER nie wspomina wprawdzie o podobnej różnicy mikrokoków, twierdzi jednakże, że wszystkie zapalenia wsierdzia [nawet brodawkowate—*endocarditis verrucosa*] zasadzają się na rozwoju mikrokoków.

W przeciwieństwie do powyższych autorów, HOMBURGER na 14 przypadków ostrego zapalenia wsierdzia stwierdził tylko w 4 obecność mikrokoków i te właśnie przypadki dotyczyły tylko zapalenia wsierdzia z owrzodzeniem (*endocarditis ulcerosa*). W brodawkowatym zapaleniu wsierdzia (*endocarditis verrucosa*) HOMBURGER nie był w stanie wykazać obecności pasożytów. Wobec takiego stanu rzeczy D-r W. zajął się w pracowni prof. ORTH'a w Getyndze wyjaśnieniem etjologii zapalenia wsierdzia. W zakres badania weszło 12 przypadków zapaleń wsierdzia, z których tylko jeden należał do postaci wrzodzącej, reszta zaś do postaci brodawkowej.

Autor podzielił spostrzeżone przez siebie przypadki na 4 grupy:

Do pierwszej zaliczył 4 przypadki przewlekłego zapalenia wsierdzia ze zgrubieniem zastawek [w zgrubieniach znajdowano blaszki wapna i ogniska zgorzelinowe]. Złogi, przedstawiające się w postaci brodawek, składały się tylko z włókniaka, a w najbliższem otoczeniu tychże, w samej tkance zastawek, nie było

najmniejszego śladu odczynu. 2) Następne 4 przypadki różniły się od przypadków pierwszej grupy obecnością odczynu. Złogi składały się także z włóknika, lecz w otoczeniu autor zauważył bujanie komórek endotelialnych [śródbłónka], nagromadzenie jąder w samej tkance zastawek, jak również wnikanie wrzecznowatych i okrągłych komórek w kierunku od podstawy ku masie włóknika. Obraz zatem był podobny do tego, jaki się spotyka przy organizacyi skrzepu. brakowało tylko nowo powstałych naczyń. Obie grupy mają to wspólne, iż najprzód wskutek przewlekłego zapalenia wsierdzia powstaje w niektórych miejscach zastawek powierzchowna zgorzel, na których się później włóknik osadza. Jeśli otaczająca tkanka znajduje się w dość pomyślnych warunkach odżywiania dla bujania komórek, wtedy złogi włóknika organizują się i dają początek tkance łącznej. Ten rodzaj zapalenia wsierdzia przychodzi do skutku bez udziału mikroorganizmów, może zaś stać się przyczyną zatorów (*embolia*) w oddalonych narządach, zatyczki jednak nie są złośliwe i okazują skłonność do zablizniania. Autor proponuje dla tej postaci zapalenia wsierdzia nazwę: *trombo-endocarditis*. Stosownie zaś do zewnętrznego wyglądu można dodać jeszcze: *trombo-endocarditis verrucosa, papillomatosa* i t. d..

Z pozostałych przypadków tylko ostatni zasługuje na wzmiankę. Było to wrzodziejące zapalenie wsierdzia, którego przyczyną był bezwątpienia *micrococcus pyogenes aureus*, jak to hodowle okazały. Znajdował się on w znacznej ilości tak na owrzodziałych zastawkach, jak również w śledzionie i nerce.

Nie idzie jednak zatem, aby w każdym przypadku zapalenia wsierdzia z owrzodzeniem przyczyną choroby był *staphylococcus pyogenes aureus*. Autor nawet jest zdania, iż różne postaci zapalenia wsierdzia wywołane bywają różnymi rodzajami mikroorganizmów, i tak np. jest bardzo prawdopodobnem, iż zapalenie wsierdzia połogowe zawdzięcza swój początek pasożytowi *streptococcus pyogenes*.

I. O sztucznem grzybkowem [mykotycznym] zapaleniu wsierdzia.

Ponieważ w czasie badań nad ostrem zapaleniem wsierdzia autor nie miał sposobności spostrzegać u człowieka zapalenia wsierdzia pochodzenia grzybkowego, postanowił więc wywoływać je u zwierząt, zapomocą wstrzykiwania do krwi mikroorganizmów podobnych do tych, jakie się spotyka przy wrzodziejącym zapaleniu wsierdzia. Doświadczenie swe wykonywał autor na królikach w następujący sposób: po odseparowaniu tętnicy szyjowej prawej i podwiązaniu obwodowego końca, robił małe nacięcie w ścianie tętnicy, przez które wprowadzał mały zgłębnik do światła tętnicy. Zapomocą odpowiednich poruszeń zgłębnikiem, naruszenie całości zastawek półksiężycowych udawało się bardzo łatwo, o czem najlepiej świadczył rozkurczowy szmer, który słychać było u podstawy serca. Po wyjęciu zgłębnika autor podwiązywał ośrodkowy koniec tętnicy szyjowej, poddawał dezynfekcyi [zapomocą roztworu sublimatu 1‰ i jodoformu] i zeszywał ją. Następnie wstrzykiwał do jednej z żył ucha mniejszą lub większą ilość 0,7% roztworu soli kuchennej, zawierającej hodowle mikroorganizmów.

1. Doświadczenia ze *Streptococcus pyogenes*.

Streptococcus pyogenes jest to mikrokok, który przedstawia się w postaci łańcuszka, a rozwija się tak przy niskiej [20° C.] jak i przy wyższej ciepłocie [37° C.] na żelatynie i *agar-agar*. Na 26 przypadków zamkniętych ropni, ROSENBACH znalazł go w 11 przypadkach, w 3-ch zaś razem ze *staphylococcus*. Wstrzyknięty pod skórę *streptococcus pyogenes* wywołuje u zwierząt różne objawy. PASETTE nie zauważył żadnego działania, ROSENBACH spostrzegł ropienie i śmierć po upływie 2—4 dni, podobnież KRAUZE. Według zdania PASETTE, jest on prawie identycznym ze streptokokkiem, jaki FEHLEISEN przy róży spostrzegał, i wywołuje w uchu królika podobne różowate zapalenie skóry, jak

ten ostatni. Z tym *streptococcus pyogenes* autor przedsięwziął 7 doświadczeń na królikach. Z doświadczeń tych okazuje się, iż autor, po przedziurawieniu zastawek półksiężycowych aorty i wstrzyknięciu do krwi streptokoku, otrzymał grzybkowe czyli wrzodziejące zapalenie wsierdzia podobne do zapalenia, jakie się u ludzi spotyka. Autor otrzymywał również dość miękkie złogi na wsierdziu, złożone z dość znacznej ilości mikrokoków i włókniaka. Mikrokoki wnikały także wgłąb tkanki, wywołując w otoczeniu zgorzel tejże, co przy zabarwieniu alkalicznym błękitem metylenowym występowało bardzo wyraźnie, gdyż części uległe zgorzeli nie zabarwiały się. Cała różnica polegała tylko na tem, iż w sąsiedztwie miejsc zgorzelinowych brakowało wyraźnego zapalnego odczynu. co znowu mogło zależeć od właściwości tkanki królika z jednej, a od właściwości streptokoku z drugiej strony. Podobieństwo, zachodzące pomiędzy zapaleniem wsierdzia u człowieka i zapaleniem grzybkowem sztucznie wywołanem u królika, polegało także na występowaniu przerzutów (*metastasis*) w oddalonych narządach, najczęściej w nerkach. Należy jednak zaznaczyć, iż zawały (*infarctus*) nerkowe, pomimo znacznej ilości zawartych w nich mikrokoków, w przeciwieństwie do objawów, spotykanych u człowieka, nosiły na sobie cechę prostych [zwykłych] zgorzelinowych zawałów i nie miały w sobie nic podobnego do ropnego nacieczenia.

Wreszcie zwraca autor uwagę na to, iż złogi mikrokoków znajdowały się nietylko w miejscach przedziurawienia zastawek, lecz i w innych — w tętnicy szyjowej, aorcie, które znacznie mniej ucierpiały przy operacyi — najwięcej wszakże w zastawce dwudzielnej, która bardzo mało mogła być uszkodzoną w czasie operacyi.

Autor wstrzykiwał także *streptococcus* do krwi zdrowych, nie operowanych królików, z czego okazało się, że pomimo zastosowania 10 razy większej ilości streptokokka, aniżeli w poprzednich doświadczeniach, króliki wychodziły bez szwanku, nie zdradzając najmniejszych objawów chorobowych. [D. n.]

J. Pawiński.

Wiadomości bieżące.

Porządek dzienny posiedzenia klinicznego Towarzystwa Lekarskiego, odbyć się mającego w dniu 14 Września 1886.

1) SOKOŁOWSKI. O pewnych właściwościach epidemii tyfusu brzuszego, panującego w Warszawie w ciągu trzech lat ostatnich.

2) ZAGÓRSKI. Dwie laparotomije: 1) Urazowe przedziurawienie jelita bez uszkodzenia jamy brzusznej; 2) Objawy zapalenia otrzewnej i niedrożności jelit.

NADESŁANO DO REDAKCYI:

GARBOWSKIJ. Medicinsko-staticzeskij otczet po bolnice Mładienca Isusa za 1884 god.. Warszawa. 1886.

HENRICHSEN. Smiertelnost' g. Odessy za 1883, 1884 i 1885 gody.

Sprawozdanie naukowe za szpitala Św. Łazarza w Krakowie za rok 1883. Kraków. 1886.

WICHERKIEWICZ. Ósme sprawozdanie roczne zakładu leczniczego dla ubogich chorych na ocyz w Poznaniu, za rok 1885. Poznań. 1886.

KILCHER. Řidká zrůdnost' velkých cev, srdce a peritonea.

HLAVA. Rhabdomyom levého srdce.

Wydawca Dr. St. Kondratowicz

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

Дозволено. Цезуурою Варшава 29 Августа 1886 г. Druk K. Kowalewskiego Królewska. Nr. 29.

WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ.

W ciągu roku bieżącego opuści prasę dzieło pod tytułem:

TERAPIJA OGÓLNA

przez prof. Hoffmanna.

Cena dzieła wyniesie Rs. 4, z przesyłką 4.50 a zatem będzie tańszą od oryginału niemieckiego. Przedpłatę można nadsyłać do Wydawcy Gazety Lekarskiej, Marszałkowska 119. 0—2

WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ.

Wyszło z druku dzieło pod tytułem:

PSYCHIJATRYJA,

czyli nauka o chorobach umysłowych,
oryginalnie napisana przez

D-ra Med. Rohego

Naczelnego lekarza Zakładów dla Obłąkanych w Warszawie.

Autor, znany jako gorliwy pracownik na polu psychiatrii, mając na względzie studentów prawników, oraz szerokie koło lekarzy praktyków, napisał dzieło, mogące zaspokoić wszelkie wymagania lekarzy praktyków, tak pod względem rozpoznawania, jako też pod względem leczenia chorób umysłowych. Dzieło zawiera 18 arkuszy druku.

Cena Rs. 1 kop. 80, z przesyłką Rs. 2.

Nabywać można u Wydawcy Gazety Lekarskiej Marszałkowska Nr. 119. 0—1

WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ.

Wyszło z druku nakładem „Gazety Lekarskiej“ dzieło pod tytułem:

CHOROBY SERCA

D-ra OSKARA WIDMANA

prymariusza szpitala powszechnego we Lwowie.

Dzieło to opatrzone licznymi drzeworytami w tekście zawiera 24 arkusze druku

Cena dzieła wynosi rs. 3., z przesyłką rs. 3 kop. 30.

Nabywać można u wydawcy „Gazety Lekarskiej“

MARSZAŁKOWSKA 119.

0—1

WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ.

Wyszła z druku nakładem Gazety Lekarskiej

FARMAKOLOGIJA

professorów Notnagel'a i Rossbach'a

Cena dzieła wynosi Rs. 6, z przesyłką Rs. 6 k. 50.

Nabywać takowe można w Redakcji Gazety Lekarskiej, Marszałkowska 119, oraz w innych Redakcjach warszawskich czasopism lekarskich i we wszystkich księgarniach. 0—1