

# MEDYCYNĄ.

CHASOPISMO TYGODNIOWE  
dla lekarzy-praktyków.

**TREŚĆ. Prace oryginalne.** Cięcie cesarskie sposobem Porro z pomyślnem zejściem dla matki i dziecka podał D-r Tomasz Solman.—Przyczynę do sprawy leczenia dychawicy oskrzelowej zapomocą zabiegów rynologicznych na podstawie 10 przypadków, przez dłuższy czas spostrzeganych, wraz z kilkoma uwagami o związku dychawicy z cierpieniami jamy nosowej. Podał Feliks Arnstein w Kutnie.—**Wykłady kliniczne.** O wynikach zachowawczego leczenia gruźliczego zapalenia stawu biodrowego.—**Bibliografia.** Patologia i terapia rzeżączki. Die Bedeutung der hypnos. Suggest. als Heilmittel. Chemia.—**Streszczenia i Wyciągi.** 58. Leczenie zapaleń wyrostka robaczkowego. 59. Śmierć w narkozie eterowej.—List otwarty do Redakcyi Medycyny.—**Drobniejsze wiadomości różnej treści.**—**Wiadomości bieżące.**—**Ogłoszenia.**

**„Medycyna“**

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE  
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire d'articles originaux: 1) D-r T. Solman—  
Un cas d'operation de Porro. 2) D-r F. Arnstein—  
Traitement rhino-chirurgical de l'asthme bron-  
chique.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Varsovie — Rue Obozna 5.

**„Medycyna“**

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT  
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r T. Solman  
—Kaiserschnitt nach Porro mit günstigem Ausgang  
für Mutter und Kind. 2) D-r F. Arnstein—Beitrag  
zur rhino-chirurgischen Behandlung des Asthma  
bronchiale.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Warschau—Obozna str., 5.

Z KLINIKI CHIRURGICZNEJ PROF. KOSIŃSKIEGO.

## Cięcie cesarskie sposobem Porro z pomyślnem zejściem dla matki i dziecka podał D-r Tomasz Solman.

(Dalszy ciąg.—Zob. Nr. 18).

Zawady, wytworzone w częściach miękkich przewodu rodnego, powodują niejednokrotnie utrudnienie lub nawet uniemożliwienie ukończenia porodu drogą naturalną. Przeshkody tego rodzaju umieszczane być mogą w szyi macicznej, w pochwie lub w szparze sromnej, powstają zaś wskutek wrodzonego lub też nabytego zarośnięcia. Jakkolwiek wrodzone zarośnięcie pochwy do rzadkości nie należy, to jednakże najczęściej wydarza się zarośnięcie nabyte jako wynik różnorodnych spraw patologicznych, kończących się zbliźnowaniem; szczególnie zaś rozległe obrażenia pochwy po poprzednich porodach zaznaczane są jako powód zarośnięcia pochwy i uniemożliwienia prawidłowego rozwiązania rodzącej. W przypadku, przezemnie opisanym, trudno jest stanowczo twierdzić, czy zarośnięcie pochwy jako wrodzone lub też jako nabyte uważać należy; brak danych do wytworzenia się nabytego zarośnięcia, brak widocznych blizn, ogólne ścieśnienie *resp.* zmniejszenie pochwy we wszystkich jej wymiarach zdają się świadczyć prędzej za wrodzoną wadą rozwojową pochwy, niż za nabytem jej zarośnięciem.

W przypadkach zarośnięcia pochwy postępowanie podczas rozpoczętego porodu zależne jest od poszczególnych właściwości zwężenia, od zmian w macicy istniejących i wreszcie od stanu ogólnego rodzącej. Znane są przypadki, w których nawet bardzo znaczne ścieśnienie pochwy rozszerzyło się pod napo-

rem główki płodu a poród drogą naturalną lub przy pomocy kleszczy był ukończony; znane są przypadki, w których usunięcie przegrody sposobem krwawym lub bezkrwawym do celu doprowadziło; często jednak wszelkie próby dostatecznego rozszerzenia pochwy pozostały bezskuteczne, a nawet, powodując zwłokę w chwili tak ważnej, jaką jest rozpoczęty poród, stawały się powodem śmierci dziecka i matki; takie niepomyślnie skutki próbnych zabiegów zaznaczają FRITSCH, STAUDE. Słusznem jest wogóle, aby w przypadkach bliznowatego zarośnięcia pochwy u rodzącej, wykonać z zachowaniem wszelkich ostrożności przecięcie nożem lub wycięcie największych blizn, zaś gdyby ta operacja do celu nie doprowadziła, wtedy bezzwłocznie rozwiązać rodzącą za pomocą cięcia cesarskiego sposobem SAENGER'a lub PORRO. Niejednokrotnie otrzymywano w tych przypadkach pomyślny wynik po cięciu cesarskiem zachowawczem, wspomnę np. o przypadku opisanym przez Stanisława BRAUNA<sup>2)</sup>: u 24-letniej rodzącej wykonał prof. MADUROWICZ z powodu ścieśnienia bliznowatego pochwy, powstałego wskutek *colpitis* po pierwszym porodzie, cięcie cesarskie sposobem SAENGER'a; w pół roku później udało się nacięciami bocznymi blizn i wprowadzeniem rozszerzadeł HEGAR'a rozszerzyć pochwę na tyle, że trzy palce z łatwością wprowadzić się dawały; operowana w 8 miesięcy po wyjściu z kliniki powtórnie zaszła w ciążę. Podobne do powyższego przypadki opisali: LEVI, GALABIN, WEINBAUM, G. BRAUN, STAUDE FRITSCH, LÖHLEIN i inni. Ogółem z liczby 26 operowanych, z powodu zarośnięcia pochwy i szyi macicznej, metodą zachowawczą cięcia cesarskiego, zmarło 5 kobiet, zaś w 15 przypadkach zastosowania metody PORRO zmarła tylko jedna rodząca, nie bezpośrednio po operacji, lecz zaledwie w 3 tygodnie później wskutek niedrożności jelit.

Metoda zachowawczego cięcia cesarskiego uważaną być może przy ścieśnieniu pochwy za bardziej ryzykowną, niż operacja PORRO, wskutek następujących przyczyn: po pierwsze, że po operacji SAENGER'a, w razie krwotoku, wyniknąć mogącego wskutek bezwładu macicy, trudno z powodu zarośnięcia pochwy należycie zastosować środki, mające na celu zatrzymanie krwawienia; a powtórę, co jest najważniejsze, że odchody połogowe, mając utrudniony odpływ przez pochwę, łatwo ulegz mogą sposoczeniu, wywołać gnilne zapalenie błony śluzowej macicy, ropnie okołomaciczne, ogólną posocznicę i spowodować zejście śmiertelne. Głównie obawa utrudnionych odpływów połogowych i związanych z tem niebezpieczeństw, skłoniła mnie w opisanym przypadku cięcia cesarskiego do jednoczesnego wycięcia macicy. Bezwzględnem wskazaniem do operacji PORRO przy zbliźnowaceniu pochwy jest gnilny rozkład w macicy, istniejący już podczas wykonywania operacji, lub też powikłanie zarośnięcia przetokami pęcherzowymi, jak np. w przypadku podanym przez D-ra COURANT<sup>3)</sup>. Wreszcie nadmienić należy, że w przypadkach zarośnięcia pochwy do operacji PORRO skłonić może operującego chęć uczynienia kobiety bezpłodną, głównie z obawy, aby, przy ponownej ciąży, kobieta nie była narażona na powtórzną ciężką operację. Jakkolwiek bowiem znane są przypadki, w których nawet kilkakrotnie na tej samej kobiecie wykonano z pomyślnem zejściem cięcie cesarskie (BIRNBAUM<sup>4)</sup>, BURCHARDT<sup>5)</sup>, CRIMAIL<sup>6)</sup>),

<sup>2)</sup> „Przegląd Lekarski“ 1890. N. 40, 41.

<sup>3)</sup> Centralblatt für Gynaekol. 1893, N. 43.

<sup>4)</sup> Archiv f. Gynaek. Bd. 25. Fünfter Kaiserschnitt bei einer Person.

<sup>5)</sup> Drei mal conservativer Kaiserschnitt bei derselben Frau. In. Dis. Jona 1891.

<sup>6)</sup> Operation césarienne pratiquée pour la seconde fois avec succès pour la mère et l'enfant. Annal. de gynécologie. T. 35.

jednakże przy zarośnięciu pochwy cięcie zachowawcze jest z powodów wyżej przytoczonych bardziej niebezpieczne, niż przy innych wskazaniach, i pomimo wyników, obecnie po cięciu cesarskiem otrzymywanych, bądź co bądź zapewnić nie można pomyślnego zejścia po powtórny tak ciężkim zabiegu.

Wybierając metodę cięcia cesarskiego, zwracać należy uwagę na ogólny stan rodzącej: przy wyczerpaniu jej sił długotrwałą pracą porodową, przy ważnych zmianach w narządach wewnętrznych, przy chorobach serca, nerek, przy eklampsji wycięcie macicy prędzej, zdaniem mojem, zapewnić może pomyślne zejście, niż cięcie cesarskie zachowawcze.

Dobry wynik po operacji PORRO przestaje obecnie należeć do rzadkości. Z zestawień HARRISA okazuje się, że podczas gdy w pierwszej setce rodzących, operowanych sposobem PORRO w przeciągu pierwszych 6 lat wykonywania tej operacji, zmarło 60 kobiet, w ostatniej setce, z lat 1890 i 1891, zmarło tylko 14 kobiet; zaś gdyby z tej ostatniej liczby u dziewięciu operacja była wcześniej wykonana, być może również udałoby się utrzymać je przy życiu, a odsetka śmiertelności wyniosłaby zaledwie 5%. Ważny wpływ na pomyślne zejście po operacji PORRO mają, oprócz indywidualnych, różne warunki, towarzyszące wykonaniu operacji, głównie zaś aseptyka i wprawa operującego. O ile to jest możliwe, należy wykonywać operację nie w domach prywatnych, w niczem zazwyczaj nie odpowiadających wymaganym przy operacji warunkom aseptyki, lecz we wzorowo urządzonych klinikach lub zakładach położniczych albo chirurgicznych. O słuszności tego zapatrywania prawie każdy operator jest przekonany, zaś odnośnie do cięcia cesarskiego dowodem służyć mogą cyfry, wykazujące, jak znakomite wyniki otrzymywano po tej operacji w pierwszorzędnym klinikach: w klinice w Lipsku, w czasie od 1880 do 1891 roku, z 31 przypadków cięcia cesarskiego zmarły tylko trzy kobiety, zaś w klinice w Dreźnie z 44 przypadków cięcia cesarskiego zmarły cztery rodzące. Wprawie operującego przyznać musimy również niepoślednie znaczenie: RIEDINGER w 15 przypadkach operacji PORRO nie stracił żadnej rodzącej; BREISKY <sup>7)</sup> w 11, LEOPOLD w 8 z rzędu wykonanych operacjach sposobem PORRO nie mieli żadnego zejścia śmiertelnego matek; również doskonałymi wynikami szczycić się mogą PORRO i TRUZZI. Jakkolwiek świetne wyniki po cięciu cesarskiem otrzymano głównie we wzorowo urządzonych klinikach, w rękach pierwszorzędnym operatorów, to jednakże z tego bynajmniej nie należy wnioskować, aby i inni, mniej często wykonywujący operację tę lekarze, nie mogli otrzymywać dobrych zejść; owszem każdy operator może mieć dobre wyniki, jeżeli tylko określać będzie racjonalne wskazania do operacji, operować w należytych czasie, z zachowaniem aseptyki, ze znajomością techniki tej typowej operacji i nowych zdobyczy na polu chirurgii brzusznej.

Za najwłaściwszy okres czasu do wykonania operacji PORRO uważać należy ostatnie dni dziewiątego miesiąca ciąży, albowiem podczas rozwiązania, w tym czasie dokonywanego, dziecko donoszone posiada dostateczny zasób sił żywotnych, zaś dla matki operacja jest mniej niebezpieczna z powodu aseptycznego stanu kanału rodnego. Po rozpoczęciu porodu i odejściu wód płodowych, przy długotrwałej pracy porodowej, po częstych a nieraz nie dosyć aseptycznie wykonywanych próbach rozszerzenia pochwy, łatwo wytworzyć

<sup>7)</sup> Piskaczek. Wiener Klin. Wochen. 1889. (Die Indikationstellung des Kaiserschnittes nebst casuistischen Beiträgen zur Porroschen und Sängerschen Kaiserschnittmethode).

się może gnilne zakażenie macicy, a wtedy za pomyślne zejście cięciwą cesarskiego trudno zaręczyć. Do wcześniejszego, niż w końcu 9 miesiąca ciąży, wykonania operacji PORRO zmusić mogą lekarza poszczególne właściwości przyczyn, zniewalających do wykonania tego zabiegu; tu zaliczyć można szybki wzrost lub rozpad nowotworów, krwotoki, zaburzenia w ogólnym stanie rodzącej, drgawki. Lekarz, wezwany podczas pracy porodowej, nie powinien przy istnieniu właściwych wskazań zwlekać z operacją, wiedząc, iż zwłoka spowodować może śmierć dziecka i matki. Prawda, że częstokroć opór ze strony rodzącej lub otaczających ją osób nie pozwala wykonać operacji w najbardziej właściwym do tego czasie; lecz zwalczenie tego oporu zależy poniekąd i od samego lekarza, którego indywidualne zalety, umiejętne i spokojne przedstawienie rzeczy wpływają zazwyczaj korzystnie na przyzwolenie na operację.

Technika operacji PORRO jest typowa i nie przedstawia trudności dla lekarza, obeznanego z operacjami w jamie brzusznej wogóle, a z laparohisterektomiami w szczególności. Wątpliwości powstają głównie tylko podczas wyboru sposobu postępowania z szypułą, wytworzoną po odcięciu macicy. Dokładny opis sposobu wykonywania operacji PORRO znajdujemy bądź w podręcznikach położnictwa, bądź też w specjalnych pracach o położniczych operacjach, albo wreszcie w licznych monografiach o cięciu cesarskiem; do pierwszych zaliczyć trzeba ostatnio wydane dzieła: ZWEIFEL'a, WINKEL'a, KALTENBACH'a i innych, do drugich dzieła KEHRER'a, DÖDERLEIN'a, FARABEUF-VARNIER'a, zaś z naszego piśmiennictwa pracę St. BRAUN'a<sup>8)</sup>. Opisy kazuistyczne i monografie operacji PORRO są bardzo liczne we wszystkich krajach; z prac polskich nadmienię artykuły KONDRATOWICZA<sup>9)</sup>, FICKIEGO<sup>10)</sup>, St. BRAUN'a<sup>11)</sup>, CZYŻEWICZA<sup>12)</sup>.

Ogólnie niemal przyjęty sposób wykonywania cięcia cesarskiego z następczem odcięciem macicy jest następujący:

Przygotowanie do operacji powinno być takie, jak do każdej laparotomii: ściśle wogóle zachowanie zasad aseptyki i antyseptyki jest konieczne. Przeważnie stosować należy aseptykę, roztwory przeciwnilne powinny być używane wyłącznie tylko do ostatecznego obmycia powłok brzusznych i zewnętrznych części sromu, oraz rąk operatora i jego asystentów. Po otwarciu jamy otrzewnej stosowanie roztworów przeciwnilnych jest zbyteczne a nawet szkodliwe miejscowo i ogólnie. W klinice Prof. KOSIŃSKIEGO stosujemy podczas laparotomii prawie wyłącznie aseptykę, wyniki otrzymujemy jaknajlepsze. Przed ostatecznem obmyciem powłok brzusznych należy wymyć pochwę sterylizowaną wodą z mydłem, zaś w razie gnijących odpływów roztworem nadmanganianu potasu, wypłukać odbytnicę, wypuścić mocz, badając przytem cewnikiem położenie pęcherza moczowego. Podczas chloroformowania pamiętać należy, aby jaknajmniejszą ilością chloroformu otrzymać jak najspokojniejszą a głęboką uspianą operowaną; cel ten łatwo osiągnąć zapomocą stosowania metody chloroformowania, polegającej na równomiernem co do czasu i ilości dolewaniu kroplami; od dawna stosujemy w klinice powyższy sposób usypiania, otrzymujemy głęboką narkozę, zużywając nader małą ilość chloroformu; usypianie dużemi ilościami chloroformu jest bezwzględnie przeciwwskazane, szczególnie przy powikłaniach ze strony nerek.

<sup>8)</sup> O operacjach położniczych, Kraków, 1892.

<sup>9)</sup> Medycyna, 1880. Nr. 17 i 18.

<sup>10)</sup> Gazeta Lekarska. 1880. Nr. 21.

<sup>11)</sup> Przegląd Lekarski. 1888. Nr. 2, 4, 5.

<sup>12)</sup> Przegląd Lekarski. 1893. Nr. 44—47.

Liczba asystentów przy operacji cięcia cesarskiego powinna być, jak wogóle przy wszystkich niemal laparotomiach, ograniczona do liczby trzech: jeden asystent chloroformuje, drugi podtrzymuje powłoki brzuszne, a następnie chroni kiszki od wypadania nazewnątrz, trzeci asystent wyznaczony jest do bezpośredniej pomocy chirurgicznej przy operatorze. Narzędzia, przewiązki, jak najdokładniej sterylizowane, nie powinny być podawane z ręki do ręki, lecz operujący powinien brać je sam z naczyń, w których są złożone. Pożądaną jest podczas operacji obecność akuszerki dla powierzenia jej opieki nad dzieckiem.

Po ustaleniu macicy w środkowej linii brzucha, operator wykonywa przecięcie powłok brzusznych wzdłuż smugi białej, zaczynając cięcie na 4 ctm. powyżej pępka, a kończąc je na 3 ctm. nad spojeniem łonowym. Gdy laparotomia jest powtórnie na tej samej kobiecie wykonywana, trzeba zważać podczas przecinania powłok brzusznych na mogące istnieć przyrosty ścienne sieci, kiszek, pęcherza moczowego. W razie bardzo cienkich powłok brzusznych przecinać je należy ostrożnie, aby jednym cięciem nie zranić macicy; można wtedy, podobnie jak przy herniotomiach, ująć powłoki brzuszne w poprzeczną do smugi białej fałdę i przeciąć ją w środkowej części w kierunku pionowym do podstawy a następnie cięcie odpowiednio przedłużyć. Broczące drobne naczynia ścian brzusznych ujmujemy szczypczykami, przewiązywanie naczyń jedwabiem lub katgutem jest zbyt ciężkie, chwilowy ucisk zazwyczaj wystarcza do zatrzymania krwawienia. Po przecięciu otrzewnej wzdłuż całej rany powłok wprowadza operator rękę do jamy otrzewnej i wyłania macicę nazewnątrz. Zabieg ten, podany przez MÜLLER'a, jest prawie powszechnie wykonywany, niektórzy tylko operatorowie, za przykładem Lawson TAIT'a, nie wydobywają macicy nazewnątrz, lecz przecinają ją *in situ* (GALABIN, GRULIOW). Wydobytą nazewnątrz macicę okłada się wokół sterylizowanymi serwetkami, z których jedną, wsuniętą przez górny kąt rany, pokrywamy kiszki i polecamy asystentowi zapobiegać wysuwaniu się jelit nazewnątrz. Niektórzy radzą po wytoczeniu macicy zmniejszyć ranę powłok zapomocą kilku szwów w górnej części nałożonych; zabieg ten, w chwili operacji dokonywany, jest zbyt ciężki, naraża bowiem na niepotrzebną zwłokę oraz, ścieśniając pole operacyjne, utrudnić może dalsze działanie. Następnie na macicę, na wysokości ujścia wewnętrznego, nakłada operator przewiązkę elastyczną tak, aby jajowody wraz z jajnikami powyżej niej pozostały, zważając przytem, aby nie ująć w pętlę przewiązki fałdy kiszki lub pęcherza moczowego. Przewiązki elastycznej najwłaściwiej jest nie zaciskać na stałe, lecz po dwukrotnem okoleniu nią macicy polecić asystentowi utrzymywać w dosyć silnem naciągnięciu i być przygotowanym do ostatecznego zaciśnięcia po dokonaniem wydobyć płod. Dalszym z kolei aktem operacji jest przecięcie macicy w kierunku podłużnym od dna do szyi macicznej i wydobyć płod. Krótkiem cięciem przecina się przednią ścianę macicy, następnie, utworzywszy worek płodowy, wprowadza się doń palec, po którym kierując się, przedłużamy cięcie nożem o tępy koniec tak, aby było dostateczne dla wydobyć płod; cięcie mniej więcej 16 ctm. długości jest wystarczające. Krwawienie jest dosyć znaczne, lecz wypływa jedynie krew, zawarta w macicy powyżej przewiązki; w razie krwotoku tętniczego polecamy asystentowi silniej przewiązkę zacisnąć lub też jednocześnie ręką ścisnąć szyję maciczną. Wydobyć płod uskutecznia się w ten sposób, że operator wprowadza rękę do wnętrza worka płodowego, chwytając tę część płod, która najbardziej do rany macicy jest przybliżona,

i zwolna płód wydobywa. Po przewiązaniu i przecięciu pępowiny operator oddaje dziecko akuszerce, wskazując, jak cucić je należy w razie objawów asfiksji.

Nadmienić muszę, że wszystkie dotąd opisane zabiegi operacyjne wykonane być powinny dokładnie a z chwilą nałożenia cewy elastycznej prędko, długotrwałe bowiem operowanie przy wstrzymanym krwiobiegu macicznym spowodować może asfiksję lub śmierć płodu. W razie gdy płód jest nieżywy, w stanie gnicia, a w macicy istnieje rozkład gnilny, właściwem jest, aby operator powierzył przecięcie macicy, wydobywanie płodu i odcięcie macicy asystentowi, który następnie od dalszego współdziałania podczas dokończenia operacji zostaje wykluczony.

Po wydobywaniu płodu oczyszcza się starannie pole operacyjne i, zamknąwszy ranę macicy kleszczami NÉLATON'a, podwiązuje się więzadła szerokie nad ligaturą elastyczną, poczem na dwa palce nad nią, cięciem poprzecznie poprowadzonym, odcina się trzon macicy wraz z przyległymi jajowodami i jajnikami. Wyjawszy szczypcami z szyi macicznej resztki worka płodowego, wycinamy we wnętrzu kikuta macicznego możliwie nisko błonę śluzową, lub też wypalamy ją żegadłem PAQUELIN'a, albo niszczymy 50% roztworem kwasu karbolowego lub chlorkiem cynku; zabiegi te szczególnie przy objawach gnilnych ściśle wykonać należy, tym sposobem bowiem możemy usunąć źródło zakażenia miejscowego i ogólnego. (D. n.).

## Przyczynek do sprawy leczenia dychawicy oskrzelowej

### zapomocą zabiegów rynologicznych

na podstawie 10 przypadków, przez dłuższy czas spostrzeganych, wraz z kilkoma uwagami o związku dychawicy z cierpieniami jamy nosowej.

Podał Feliks Arnstein w Kutnie.

(Rzecz czytana na posiedzeniu Tow. Lek. War. w dniu 24 kwietnia r. b.).

(Dokończenie — Zob. Nr. 18).

4) Najważniejszym argumentem, przedstawianym na korzyść teorii odruchowej HACK'a, miały być wyniki lecznicze, osiągnięte zapomocą zabiegów rynologicznych przy dychawicy oskrzelowej. I dla mnie to *criterium* terapeutyczne stanowi bodaj czy nie najważniejszy punkt, rzucający pewne światło na sprawę w mowie będącą. Na podstawie tego właśnie *criterium* terapeutycznego nie byłbym skłonny do przyjęcia związku przyczynowego między dychawicą oskrzelową, a cierpieniami jamy nosowej. Jeżeli bowiem istotną przyczyną napadów dychawicy, a przynajmniej większości przypadków były zbroczenia chorobowe jamy nosowej, to usunięcie tychże, co dałoby się chyba zapomocą zabiegów rynologicznych osiągnąć, powinno by, jeśli nie zawsze, to w pewnej dosyć znacznej ilości przypadków, a szczególnie nie zaniedbanych, usunąć napady dychawicy; tymczasem ani w jednym z naszych przypadków, a wiele z nich wcale nie było zadawnionych, nie osiągnięto wyleczenia.

I dane, w tym względzie zaczerpnięte z odnośnej literatury, nie o wiele są lepsze. I tak LUBLIŃSKI na 500 przypadków chorób nosa i gardzieli w 143 znalazł dychawicę oskrzelową, a z tych 27 miało zostać zapomocą przypałów wyleczonych; w 13 osiągnięto poprawę; w 103 przypadkach wynik był zupełnie ujemny. LAZARUS podaje, że nigdy nie widział po przypaleniach wyleczenia lub dłuższy czas trwającej poprawy. BOECKER, który najbardziej wystąpił przeciw teorii odruchowej HACK'a, a jest zwolenn-

nikiem teorii mechaniczno-chemicznej VOLTOLINI'ego, sądzi nawet, że przypalania stanowią moment sprzyjający powstawaniu napadów dychawicy. I KRAUSE nie musiał otrzymać świetnych wyników zapomocą zabiegów rynologicznych, skoro ostrzega przed szerokiem i rozpowszechnionem użyciem przypałań przy dychawicy oskrzelowej. W IV tomie „*Traité de Médecine*“ CHARCOT'a, BOUCHARD'a i BRISSAUD'a, który się niedawno pojawił, w rozdziale o chorobach nosa, opracowanym przez francuskiego rynologa RUAULT, sprawa, nas tu interesująca, obszernie jest uwzględniona. Autor ten podaje kilka ciekawych faktów. U więcej niż  $\frac{2}{3}$  chorych na dychawicę, u których znajdował zmiany chorobowe w jamie nosowej i te na drodze rynologicznej leczył, napady dychawicy pozostały takie same, jakie były przed operacją; u mniej niż  $\frac{1}{2}$  chorych autor ten widział wyleczenie lub poprawę; w ilu z tych przypadków wyleczenie—nie podaje. Autor ten pomimo tak niepomyślnych wyników, osiągniętych zapomocą zabiegów rynologicznych, przyjmuje ścisły związek między cierpieniami jamy nosowej a dychawicą; tłumaczy zaś niepomyślne wyniki, dotąd otrzymane, tylko tem, że metody rynologiczne nie są dostatecznie udoskonalone.

Czem wytłumaczyć sobie należy nierzadko spostrzeganą mnie lub więcej, krócej lub dłużej trwającą poprawę po zabiegach rynologicznych, nie umiałbym stanowczo powiedzieć. Być może, że suggestya nie małą tu odgrywa rolę, co jest tem możliwe, że znaczna ilość chorych na dychawicę należy do nerwowo osłabionych (neura-stenicy, histeryczki), a u tych, jak wiadomo, przy stosowaniu wszelkiego leczenia, które działa na ich nastrój duchowy, różne przypadłości chorobowe znikają na powien czas, nie zapominajmy przytem, że zabiegom rynologicznym poddają się po większej części chorzy na dychawicę, zrozpaczeni swem cierpieniem, którzy z wiarą, podtrzymywaną często przez lekarzy, poddają się przejmującemu ich strachem rękoczynowi.

Z drugiej strony nie da się zaprzeczyć, że przy istniejących zboczeniach w jamie nosowej, towarzyszących często napadom dychawicy, mogących być naszym zdaniem albo następstwem, lub wprost zależec od tej samej, co i dychawica przyczyny, jak to może słusznie przypuszcza w wielu przypadkach LUBLIŃSKI, usunięcie tychże zboczeń może na pewien czas wyrzucić niejaki dodatni wpływ na samą dychawicę.

Pozostawiając zresztą rozstrzygnięcie tej niejasnej kwestyi przyszłości, musimy zaznaczyć, że wyleczenie dychawicy oskrzelowej zapomocą zabiegów rynologicznych należy do bardzo rzadkich, a budzić to musi niemалą wątpliwość pod względem przyczynowego związku dychawicy z cierpieniami jamy nosowej. Z drugiej strony ogromna częstość cierpień jamy nosowej tak ostrych, jak i przewlekłych, przy których niewątpliwie podrażnione są zakończenia nerwowe, tak obficie rozgałęzione w jamie nosowej, w stosunku do częstości dychawicy oskrzelowej, każe też bardzo powątpiewać o ścisłym przyczynowym związku między dychawicą, a cierpieniami jamy nosowej.

Co stanowi istotę dychawicy oskrzelowej?

Na pytanie to nauka nie dała nam dotąd stanowczej odpowiedzi. Jesteśmy tu w tem samem położeniu, co i przy innych cierpieniach analogicznych, jak połowicznym bólu głowy, padaczce i t. p.

W braku anatomicznej podstawy, któraby nam była w stanie objaśnić istotę choroby, musimy się w wyjaśnieniu wielu faktów zadowolnić obserwacją kliniczną, która nas poucza, że na powstanie dychawicy oskrzelowej składa się wiele momentów i te przy leczeniu uwzględniać. Z tych pierwsze miejsce zajmuje ogólne neuropatyczne usposobienie już to wrodzone, już nabyte wskutek przebytych ciężkich cierpień i wstrząśnień psychicznych. I w naszych 10 przypadkach więcej niż w połowie można było na pewno stwierdzić różne przypadłości nerwowe, do których też zaliczam kurczowo kichanie, tak często towarzyszące napadom dychawicy.

Dziedziczność też odgrywa nie małą rolę. W 3 moich przypadkach rodzice chorych cierpieli również na dychawicę oskrzelową, w kilku innych na połowiczne bóle głowy, lub inne przypadłości nerwowe. W 2-ch zaledwie przypadkach można było stwierdzić przebyte i często się powtarzające nieżyty dróg oddechowych.

Wszystkie te momenty, a obok tego napadowy charakter cierpienia, zdają się przemawiać za tem, że dychawica oskrzelowa jest przejawem ogólnego neuropatycznego usposobienia, jest taką samą nerwicą, jak połowiczny ból głowy, padaczka i t. p.

Gdzie szukać należy jej umiejscowienia, nie wiemy dotąd stanowczo. Jedni skłonni są odnieść ją do nerwu błędnego, inni, jak GERMAIN SÉE, a w ostatnich czasach BRUEGELMAN z Paderbornu za główne siedlisko uważa ośrodek oddechowy. Napad dychawicy podług tego ostatniego powstaje przez zwiększoną pobudliwość narządu ośrodkowego, a źródłem tejże może być podrażnienie zakończeń nerwowych w różnych narządach.

I w rzeczy samej, przyjmując dychawicę oskrzelową za nerwicę, a szczególnie za nerwicę ośrodkową, na tle ogólnego neuropatycznego usposobienia, możemy sobie wytłumaczyć wiele faktów klinicznych i nie potrzebujemy koniecznie szukać drogi odruchowej dla powstania napadów dychawicy, a tem mniej głównego ich źródła w jamie nosowej. Przy tym bowiem sposobie pojmowania dychawicy możemy sobie wytłumaczyć łatwość, z jaką powstają napady dychawicy pod wpływem najróżnorodniejszych cierpień, nie wyłączając i cierpień jamy nosowej, jako też przez różne momenty psychiczne; polepszenia, dające się osiągnąć za pomocą różnych metod leczniczych miejscowych, nie wyłączając i zabiegów rynologicznych, a co najważniejsza, uporczywość dychawicy oskrzelowej i nie łatwo dające się osiągnąć zupełne wyleczenie zapomocą metod leczniczych, skierowanych ku usunięciu stwierdzonych badaniami zmian patologicznych, będących w pewnym przyczynowym związku z dychawicą.

Wobec tego, cośmy powiedzieli, leczenie dychawicy oskrzelowej zapomocą przypalań błony śluzowej jamy nosowej, jakoteż innych zabiegów laryngorynologicznych, nie da się bynajmniej uogólnić i nie potrafi zająć w leczeniu tego cierpienia stanowiska, jakie mu chciał naznaczyć HACK i jego zwolennicy, jakie jeszcze dziś w dosyć powszechnem jest użyciu. Na dodatni wynik t. j. zupełne wyleczenie zapomocą tej metody w wyjątkowych chyba przypadkach liczyć można. Ze względu jednak na to, że w pewnej ilości przypadków daje się zapomocą zabiegów rynologicznych osiągnąć krócej lub dłużej trwającą poprawę, lekarz internista, do którego się przedewszystkiem zwraca chory na dychawicę oskrzelową, zmuszony będzie w przypadkach uporczywych, nie ustępujących zwykłemu leczeniu, zwrócić chorego do specjalisty rynologa. Interwencya zaś ze strony tego ostatniego będzie chyba tylko wtedy usprawiedliwiona, gdy zapomocą szczegółowego badania wzniemnikiem i zgłębnikiem, tak w czasie napadu dychawicy, szczególnie zaś, mojem zdaniem, w czasie wolnym od napadów, znajdzie pozytywne podstawy do czynnego wystąpienia.

W każdym razie, tak lekarz praktyk, jako też rynolog, winni być ostrożni w orzeczeniu ostatecznego wyniku leczenia metodą przypalań, która, jak widzieliśmy nie jest zbyt zachęcająca. W żadnym zaś razie, nawet wobec nastąpionej poprawy, nie winniśmy zaniedbywać leczenia ogólnego, wzmacniającego w najobszerniejszem znaczeniu, pomnąc, że zasadniczą podstawę dychawicy oskrzelowej stanowi zawsze ogólne neuropatyczne usposobienie.



## WYKŁADY KLINICZNE.

Prof. BRUNS.

## O wynikach zachowawczego leczenia gruźliczego zapalenia stawu biodrowego.

Wykład miany na zjeździe chirurgów w Berlinie.

Już BILLROTH zwrócił uwagę, że stan chorego po skończonej kuracji nie jest jeszcze miarą skuteczności danych metod leczniczych i że długoletnia obserwacja dopiero pozwala nam wydać sąd o wynikach ostatecznych. Dotyczy to przede wszystkim gruźliczego zapalenia stawu biodrowego, które, jak wiadomo, przebiega nadzwyczaj przewlekłe. BRUNS zawsze był w przykrem położeniu wobec przypadków zapalenia stawu biodrowego, gdyż nigdy nie mógł przewidzieć, jaki będzie wynik leczenia, wiele miesięcy trwającego, i jakie będą dalsze losy chorego. Zawsze w tych przypadkach rodzi się kwestya, czy chory ma szanse wyleczenia, czy uzyska konieczną zdolną do użytku i czy wreszcie nie padnie ofiarą gruźlicy.

O naturalnym przebiegu tych spraw chorobowych i o wynikach leczenia zachowawczego wiemy stosunkowo niewiele. Istniejące w tym względzie prace statystyczne nie są kompletne i bynajmniej rzeczy nie rozstrzygają. B. w tym celu zebrał historie chorób z kliniki w Tybindze za 40-letni przeciąg czasu i ułożył z tego materiału statystykę gruźlicy stawu biodrowego. Statystyka BRUNS'a obejmuje 600 przypadków zapalenia stawu biodrowego, leczonych bądź ambulatoryjnie, bądź w klinice. 200-tu chorych zgłosiło się osobiście do sprawdzenia wyniku, zaś co do reszty zebrano dane zapomocą kwestyionariusza. Badanie powtórne chorych dało bardzo ciekawe wyniki. Przekonano się na przykład o błędnem rozpoznaniu w początkach choroby. Bardzo duża stosunkowo ilość przypadków, zanotowanych jako *coxitis*, okazała się t. z. (przez MUELLER'a) zgięciem szyjki kości biodrowej (*Schenkelhalsverbiegung*). To ostatnie nie jest chorobą tak rzadką, jak dotąd utrzymywano, ma przeto bezpośrednie znaczenie praktyczne.

Przytem obraz chorobowy jest bardzo charakterystyczny. Zdaniem B. należy sprawę tę zaliczyć do rzędu typowych zboceń stawu z obciążenia i proponuje on dla niej nazwę *coxa vara*. Sprawa ta rozpoczyna się mniej lub więcej wyraźną bolesnością i zbočeniem czynnościowem; zaliczyć należy do niej owe ciemne przypadki cierpien stawu biodrowego, które nie dały się dotąd podciągnąć pod znane postacie *coxitis*. Należą tu również przypadki t. z. *coxitis rheumatica adolescentium*.

Prócz tego badania B. wykazały, że przypadki zapalenia stawu biodrowego w następstwie zakaźnych spraw ropnych górnego końca kości biodrowej daleko są częstsze, aniżeli dotąd sądzono. Już KÖNIG zwrócił uwagę na takie przypadki i wyróżnił je od gruźlicy stawu biodrowego. Początek tu jest ostry lub podostry, gdy przeciwnie gruźlica stawu biodrowego przebiega przewlekłe. B. jednak zauważył, że i tu postać chorobowa może przebiegać przewlekłe. Przebieg może być łagodny lub ciężki, bez ropienia lub z ropieniem, ropa przedostaje się nazewnątrz niekiedy po kilku latach. Czasami wydziela się martwaki, czasami zaś występuje zapalenie stawu biodrowego lub wytwarzają się bliznowate zrosty i wreszcie zauważyć się daje znaczne skrócenie kończyny wskutek powstrzymanego wzrostu. Rokowanie jest w tych sprawach lepsze, niż przy gruźlicy stawu biodrowego, i dla tego też wyłączenie tych przypadków ze statystyki ma doniosłe znaczenie.

Wyłączone też zostały wszystkie przypadki, w których czas trwania choroby wynosił mniej niż 1½ roku do 2 lat, jak również przypadki, w których po wyleczeniu nie zauważono zboceń czynnościowych lub też minimalne tylko zbożenia. Przez takie wyłączenie przypadków wątpliwych zmniejszyła się ogólna cyfra do 390. Z tych 390 przypadków leczono 321 metodą zachowawczą, zaś 69 zapomocą resekcji.

B. formułuje ostateczne wnioski co do rokowania przy leczeniu zachowawczem w następujący sposób: 1) Zapalenie gruźlicze stawu biodrowego dotyczy wyłącznie chorych w 2-ich pierwszych dziesiątkach lat. Do dziesiątego roku życia ilość przypadków wynosi prawie połowę t. j. 48%, w drugim dziesiątku lat 1/3 (37%), a w trzecim

wreszcie tylko  $\frac{1}{16}$  (6%). 2) Gruźlica stawu biodrowego w  $\frac{1}{3}$  przypadków nie doprowadza do widocznego ropienia, zaś w  $\frac{2}{3}$  przypadkach tworzą się ropnie, te ostatnie otwierają się nazewnątrz i doprowadzają do wytworzenia się przetok. 3) Wyleczenie gruźliczego zapal. stawu biodrowego zapomocą metody zachowawczej następuje w 55% przypadków, przeciętnie w przeciągu 4 lat. 4) Zejście śmiertelne zanotowano w 40% przypadków, zwykle wskutek gruźlicy innych narządów, przeważnie zaś gruźlicy płuc i opon mózgowych lub gruźlicy prosówkowej. Przy postaci ropnej (*eitrig fungös*) śmierć następowała wskutek zwyrodnienia mączkowego, zakażenia posoczniczowego i wyniszczającego ropienia. Wogóle zejście śmiertelne występowało przeciętnie po 3 latach. 5) W poszczególnych przypadkach rokowanie zależy od występowania ropienia. W przypadkach, przebiegających bez ropienia, procent wyzdrowień wynosił 77, w przypadkach zaś, powikłanych ropieniem, tylko 42. 6) Wielkie znaczenie w rokowaniu ma wiek chorego w początkach choroby. Wogóle rokowanie staje się tem gorszem, im chory jest starszy. W pierwszym dziesiętku lat życia wyzdrowiało 65%, w drugim 56%, w trzecim do czwartego 28%. W 5 i 6 dziesiętku lat życia nie zanotowano wcale wyzdrowienia. Wyzdrowienia przy powikłaniach ropnych zdarzały się do 20 roku życia w bardzo nieznacznej liczbie przypadków. 7) Część chorych, wyleczonych z gruźlicy stawu biodrowego, umiera później wskutek gruźlicy innych narządów. W ciągu pierwszych dziesięciu lat zmarło 0%, w drugim 9%, po 20 — 40 latach 7% na suchoty płuc. Chorzy pozostali przy życiu, wyglądali bardzo dobrze, a nędzne, chore dzieci po 10—20 latach wyrosły na zdrowych i silnych ludzi i nie były kalekami. W większości przypadków chorzy doskonale posługiwali się kończyną, nawet w przypadkach, w których zniszczenia były znaczne, mogli wykonywać roboty, co prawda łatwiejsze. Zawsze jednak kończyna chora była zanikłą i krótszą. Staw biodrowy zwykle wykazywał przykurczenie; większość chorych chodziła bez podpierania się, nawet kilka godzin dziennie. Wyniki co do czynności stawu biodrowego są wogóle nadspodziewanie dobre. Ruchliwość w stawie jest ograniczona lub też zupełnie zniesiona. W  $\frac{1}{3}$  przypadków otrzymano częściową nieruchomość, zaś w  $\frac{2}{3}$  zupełną ankylozę; zależy to od ropienia w stawie. Przy ropieniu  $\frac{1}{3}$  przypadków wykazuje typowe przykurczenie w mniej lub więcej wysokim stopniu, zaś w przypadkach bez ropienia tylko połowa. Z małymi wyjątkami istnieją mniej lub więcej znaczne przykurczenia, prawie zawsze zgięcie, w  $\frac{2}{3}$  przypadków addukcyą, rzadziej (w  $\frac{1}{3}$ ) abdukcyą. Przykurczenie wyrównywa się poczęści przez ustawienie miednicy, często jednak kończyna jest zgięta pod kątem prostym. Takie położenie pod kątem jest najgorszą przeszkodą przy chodzeniu, daleko gorszą, aniżeli skrócenie kończyny. B. we wszystkich przypadkach wykonał pomiary skrócenia. W niektórych przypadkach skrócenie było absolutne i zależało od wstrzymania wzrostu kości udowej, a istniało prawie zawsze, i u tych chorych, którzy przechodzili *coxitis* w dzieciństwie, wynosi tylko 1—2, rzadko 3 ctm. Skrócenie kończyny zależy od bezczynności, a nie od sprawy chorobowej chrząstek nasadowych, gdyż zarówno gołę jak i stopa w większości przypadków są nieznacznie skrócone. Innego rodzaju jest rzeczywiste skrócenie, uwydatniające się uniesieniem wielkiego krętarza. Występuje ono w  $\frac{1}{3}$  ilości przypadków i wynosi przeciętnie 4 ctm. Przy bardzo wysokim położeniu krętarza widzimy na zewnętrznej powierzchni miednicy dużą kostną wyniosłość; w pojedynczych przypadkach tylko można było wyczuć zmniejszoną główkę kości biodrowej, zwiniętą ku tyłowi lub ku przodowi, lub też prosto ku górze. Potwierdza się tym sposobem częstsze „wędrowanie“ panewki, aniżeli samoistne zniknięcie główek przy gruźlicy stawu biodrowego. Wskutek tego kończyna nie jest tak sztywna, zaś możność posilkowania się kończyną daleko większa, aniżeli przy zwinięciu. Wreszcie istnieje prócz rzeczywistego, pozorne skrócenie kończyny, zależne od uniesienia miednicy. Uważając jedno i drugie za skrócenie czynnościowe, przekonamy się, że skrócenie to wynosi przeciętnie 7 ctm., a często i 10—12 ctm. Większość badanych chorych posilkowała się dla wyrównywania skrócenia wysoką podszewą, wielu utrzymuje jednak, iż lepiej chodzi bez podszewy. Cyfry powyższe odpowiadają w przybliżeniu rzeczywistości. Cieszyć się należy, że cyfry te rozwiąły nareszcie dawniejsze pesymistyczne poglądy (HUTER), które tylko we wczesnej resekcji stawu biodrowego widziały możność uleczenia sprawy. Cyfry przytoczone przez B. obejmują bardzo długi okres czasu, podczas którego odbywały się podstawowe zmiany w loczeniu omawianego cierpienia. Z początku stosowano metodę odciągającą, jak plastry, moksy, upusty krwi

i rozpalone żelazo, dalej metodę mechanicznego leczenia zapomocą wyciągania ciężarami i aparatami; w końcu najnowszą metodę zapomocą zastrzykiwania jodoformu. O leczeniu zapomocą jodoformu nie posiadamy dotąd dostatecznego doświadczenia. Doświadczenie B. wykazało, że  $\frac{2}{3}$  wszystkich przypadków, leczonych zapomocą resekcji, w końcu umiera na gruźlicę innych narządów, nie zaś wskutek samego ropienia w stawie i następstw tegoż (amyloid, wyniszczenie, zakażenie posocznicowe). Wycięcie stawu gruźliczego nie jest, zdaniem B., w możności usunąć niebezpieczeństwa dla życia chorego. Dotychczasowe obszerne statystyki, dotyczące resekcji, nie mają dziś wielkiego znaczenia, gdyż sięgają czasów przedantyseptycznych. B. w końcu swego przemówienia zaznacza, że resekcya dopiero wtedy wchodzi w swe prawa, gdy konsekwentne zachowawcze leczenie nie prowadzi do celu.

(*Deut. Med. Woch. Nr. 17. 1894 r.*)

W dyskusji przytacza SCHEDE statystykę 229 przypadków, leczonych od roku 1880. Z początku leczenie polegało na stosowaniu metody LISTER'a i sublimatu (1880—1890 r.), przez przeciąg jednego roku S. leczył zapomocą tuberkuliny i w końcu zapomocą wstrzykiwań jodoformu. Z 185 chorych, leczonych w pierwszym okresie, S. leczył 112 aż do samego końca metodą zachowawczą; z tych wyzdrowiało 76 t. j. 68%. Zapomocą tuberkuliny S. leczył 16 chorych, z tych 10 do końca metodą zachowawczą, wyleczonych 70%. Zapomocą jodoformu leczono 28 przypadków, doszczętnie wyleczono 82%. Różnice wyników leczniczych są nadzwyczaj małe. Resekcya S. wykonał w pierwszym okresie u 73 chorych, z tych wyleczono 44 — 60%. W drugim okresie zrobiono 6 resekcji, wyleczono 3. W okresie leczenia zapomocą jodoformu wykonano 21 resekcji, z tych wyleczono 60%. Wynika stąd, że przy leczeniu zapomocą jodoformu rzadziej zmuszeni jesteśmy wykonywać resekcję. Zaznaczyć wypada, że w 6 przypadkach przebiegających z ropieniem, w których na zasadzie dawniejszych poglądów należałoby wykonać resekcję, udało się osiągnąć zupełne wyleczenie zapomocą wstrzykiwań jodoformowych. Zejście śmiertelne, zależne od ogólnej gruźlicy, wynosiło w pierwszym okresie 66%, przy leczeniu tuberkuliną 75%, zaś przy leczeniu zapomocą jodoformu 20%.

HELFERICH zaznacza konieczność długotrwałej obserwacji chorych z gruźlicą stawu biodrowego i podnosi wyborne urządzenie szpitala londyńskiego na 100 łózek, przeznaczonych dla dzieci z *coxitis*. Szpital ten posiada filię na wsi i nad morzem, dokąd dzieci zostają wysyłane na lato. Urządzenie takie umożliwia ciągły nadzór lekarski, kontrolę wyników mogących zboczeń w przebiegu choroby i opiekę nad takimi dziećmi.

GUSSENBAUER oświadcza, że w Austrii lekarze zawsze hołdowali metodzie zachowawczej i nigdy nie wykonywali wczesnej resekcji. G. w zupełności podziela poglądy BRUNS'a. Najbardziej przemawiające są te przypadki, w których nie było stosowane żadne leczenie. G. widział przypadki, w których chorzy po upływie 20 lat i więcej przedstawiali się w okresie zupełnego wyleczenia z zapalenia stawu biodrowego i nie byli nigdy leczeni. Przypadki takie dowodzą, że gruźlica stawu biodrowego może ustąpić bez leczenia. Wprawdzie przypadki, przebiegające z ropieniem, gorzej się przedstawiają w tym względzie, lecz i w tych razach może nastąpić samowolne wyleczenie przy dobrych warunkach higienicznych. Wyleczenie gruźlicy zależy daleko więcej od wzmocnienia ustroju, aniżeli od interwencji lekarza i chirurgicznych rękoczynów. G. nie widział dobrych wyników po resekcji a wykonywał ją tylko przy obfitem ropieniu, zgorzeli etc. i rzecz prosta, że w tych przypadkach wyniki nie mogły być dobre. Komitet angielski w statystyce swej doszedł do takich samych wyników jak BRUNS.

BERGMANN. Z odczytu i z dyskusji wynika przedewszystkiem, że przypadki *coxitis*, niezależnie od tego, czy były operowane, czy też nie operowane, muszą być przez czas dłuższy leczone. Leczenie bynajmniej nie kończy się przez wykonanie resekcji i zagojenie rany po operacji, gdyż później dopiero zjawiają się ciężkie zboczenia i psują wyniki operacji. B. zebrał dla demonstracji w swej poliklinice 40 młodych pacjentów po resekcji stawu biodrowego. Chorzy ci pochodzą z 11-letniej działalności B. w Berlinie; są to wszystkie przypadki z ciężkiem i wyraźnem ropieniem. We wszystkich po resekcji nastąpiła szybka poprawa stanu ogólnego, bez względu na to, że większość tych 40 dzieci była bardzo wyniszczona i gorączkująca. Wszystkie wypisane zostały ze stosunkowo dobrą kończyną i tembardziej nas to zadziwia, że po upływie lat wszystkie dzieci utykają i że w przypadkach tych przeważają ankylozy bądź w po-

łożeniu zgięcia, bądź w addukcyi. Resekcyja nie powinna zatem stanowić ostatniego aktu naszego leczenia, lecz powinniśmy przez długi szereg lat starać się o dobre położenie kończyny naszych pacjentów. Prócz tego, często po 2—3 latach występują nieznaczne ropienia w bliżniej porosekcyjnej. Z zestawień BRUNS'a wynika, że i u chorych nieoperowanych spostrzegamy znaczne skrócenie kończyny. To samo widział BERGMANN u chorego, którego leczył sposobem zachowawczym. U chorego tego krętarz stoi nadzwyczaj wysoko, co zależy albo od zniszczenia główki, albo od wędrowki panewki. Skrócenie kończyny w tym przypadku jest ogromne, daleko większe, aniżeli w przypadkach leczonych zapomocą resekcyi.

BRAMAN wykonał 18 resekcyi w przeciągu 4 lat na ogólną cyfrę 117 przypadków gruźlicy stawu biodrowego. Z tych 5 chorych zmarło na gruźlicę prosówkową i gruźlicę płuc. W 11 przypadkach miednica była zajęta, a w szczególności panewka znacznie zniszczona. Gdy B. przy zniszczeniu główki widział dobre wyniki po wstrzykiwaniach jodoformu, to przy zajęciu panewki, uwydatniającem się wypukleniem w dole biodrowym, ropienie nie ustawało i należało przystąpić do resekcyi. W przypadkach zatem, w których przy badaniu zewnętrznem lub przez odbytnicę wykazać można wypuklenie okolicy panewkowej, nie należy zdaniem BRAMAN'a upierać się przy iniekcjach, lecz wykonać resekcyę. Z ogólnej liczby 117 przypadków 44 zakończyło się wyzdrowieniem, o 23 niema wiadomości, reszta zaś znajduje się dotąd w kuracyi.

## BIBLIOGRAFIA.

E. LANG. „Patologia i terapia rzeżączki“. („Der venerische Katarrh, dessen Pathologie und Therapie). Jest to dalszy ciąg „Odczytów o patologii i terapii chorób wenerycznych“ tegoż autora. Czytelnicy, chcący nauczyć się leczenia rzeżączki, niejedną znajdą tu lukę. Szczególnie opis techniki rękoczynów bezkrwawych jest albo pominięty, albo zaledwie wspomniany. Niema także krytycznego przeglądu narzędzi. Autor miał widocznie na względzie czytelników, obeznanych już z podręcznikami i dziełami, traktującymi o tym przedmiocie. Dał więc nam tylko szczegółowy przegląd tych obrazów klinicznych, których związek przyczynowy z gonokokami NEISSER'a wykazały badania lat ostatnich, a więc oprócz *urethritis*, *paraurethritis*, *kolpitis* (której rzeżączkowo zapalenie bez współudziału macicy autor uważa za możliwe, szczególnie u młodych osobników) i zapalenia wszystkich organów układu moczopłciowego. Jako sprawy chorobowe, towarzyszące rzeżączce (*Begleitaffektionen*), przytacza autor: zapalenia naczyń i gruczołów chłonnych, nerwobóle, zapalenia stawów, mięśni, torebek maziowych, choroby serca, porażenia ośrodkowe, zapalenia łączniczy, tęczy i naczyńiówki, białkomocz. Ostrzega jednak autor przed zbyt pośpiesznem i wyłącznem odnoszeniem powyższych spraw chorobowych do wpływów chorobotwórczych mikrooka rzeżączkowego, gdyż takie same obrazy kliniczne mogą powstać pod wpływem innych drobnoustrojów (*streptococcus pyogenes* etc.), a nawet i bez udziału pasorzytów. Tu należy zaznaczyć, że autor nie uważa za wykluczoną możliwość powstania rzeżączki z silnym wyciekami i zapaleniem obu przyjądrzy jedynie tylko wskutek silnego długotrwałego podniecenia płciowego. Toteż dyagnozę różniczkową traktuje autor bardzo szczegółowo. To samo da się powiedzieć o opisie krwawych operacyi, wchodzących w zakres książki.

Co do terapii, autor jest krańcowym. Nie obawia się zaraz w początku ostrej rzeżączki radzić wstrzykiwania 1—3‰ roztworu lapisu. Nie zawiesza ich także wobec przyłączających się: *urethritis posterior*, *cystitis* lub *epididymitis*. Owszem, przepłukuje wtedy i tylną część cewki moczowej zapomocą miękkiego kateteru, co, według obserwacyi autora, wpływa dodatnio i na zmniejszenie się zapalenia przyjądrza. Po podejrzeniu spółkowaniu radzi przepłukać kanał moczowy 2‰ roztworem lapisu. Długi szereg recept, wypróbowanych osobiście przez autora w oddziale jego w powszechnym szpitalu wiedeńskim, zamyka książkę, wzbudzającą zajęcie już przez samo głośne nazwisko autora.

Ad. Kozerski.

„Die Bedeutung der hypnotischen Suggestion als Heilmittel“ przez d-ra med. J. GROSSMANN'a redaktora dziennika „Zeitschrift für Hypnotismus“ wydawanego w Berlinie nakładem Bong'a. Jest to zbiór odpowiedzi najwybitniejszych przedstawicieli hipnotyzmu na kwestyonaryusz d-ra GROSSMANN'a w sprawie stosowania podda-

wania hypnotycznego jako środka leczniczego. Kwestyonaryusz ten wywołany został, jak to d-r GROSSMANN w przedmowie swojej zaznacza, ograniczeniami przy stosowaniu hypnotyzmu przez lekarzy wojskowych we Francyi i przez lekarzy w ogóle w Rosyi. Odpowiedzi nadesłali: L ÉBEAULT, BERNHEIM, AZAM, BEAUNIS, BLEULER, BRUEGELMAN, DANILEWSKI, DELBOEUF, F. von EEDEN i A. W. von RENTERGHEM, A. EULENBURG, A. FOREL, C. GERSTER, PICRRE JANET, A. de JONG, KRAFFT-EBING, MOEBIUS, ALBERT MOLL, MORSELLI, OBERSTEINER, RINGIER, v. SCHOLZ, von SCHRENK-NOTZING, ARTHUR SPERLING, STEMBO, CHARLES LLOYD TUCKEY i WETTERSTRAND. Prócz tego nadesłali odpowiedzi prawnicy: Jules LIÉGEOIS prof. z Nancy, d-r Leopold DRUCKER adwokat w Wiedniu, d-r v. LILIENTHAL prof. prawa w Marburgu.

Z bardzo obszernego materiału, dostarczonego przez powyższych zwolenników hypnotycznego leczenia, wynika: 1) że metoda leczenia zapomocą poddawania hypnotycznego nie przedstawia żadnych niebezpieczeństw dla chorych; 2) że wszelkie ograniczenie stosowania hypnotyzmu przez lekarzy nie ma racyi bytu i 3) że powinny być urządzone w uniwersytetach wykłady o hypnotyzmie, jak to ma miejsce w Paryżu, Wiedniu, Zurichu i Nancy. Książkę d-ra GROSSMANN'a polecamy uwadze interesujących się kwestyą leczenia metodą suggestyjną (cena M. 2. Pf. 50).

Nakładem księgarni Teodora Paprockiego wyszła **Chemia** (nieorganiczna i organiczna) d-ra S. ZEISEL'a docenta chemii w uniwersytecie w Wiedniu, w tłumaczeniu polskiem d-ra M. FLAUMA. Obszerne to dzieło (789 str.) z 261 drzeworytami w tekście podzielone jest na trzy działy, a mianowicie: 1) na t. z. chemię niemetalów, 2) na chemię metalów i 3) na chemię związków węgla (chemia organiczna). Część pierwszą poprzedza część ogólna, traktująca o najważniejszych zasadach chemii, zaś w końcu dzieła znajdujemy krótki rys historii chemii.

## STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

58. RECLUS. **Leczenie zapaleń wyrostka robaczkowego.** Autor z punktu widzenia terapii chirurgicznej odróżnia trzy odmiany zapalenia wyrostka robaczkowego: zapalenie wyrostka robaczkowego z bardzo ostrym przebiegiem (*appendicite suraigue*), zapalenie z powrotami (*d rechute*) i ostre zapalenie, najczęściej się zdarzające i sprowadzające, nie tak jak w pierwszej postaci, zapalenie otrzewnej prawie zawsze śmiertelne, lecz ograniczone ropnie.

Zapalenie wyr. rob. z przebiegiem bardzo ostrym. Klinicznie występuje ono niezawsze jednakowo. Niekiedy poprzedzają je zwiastuny w postaci nieokreślonych bólów, lub przypadłości gastrycznych. Innym razem po jednym lub kilku napadach tak zwanej przez TALAMON'a *colique appendiculaire* lub nawet po ostrym zapaleniu wyrostka robaczkowego, przypadłości chorobowe ustępują na pewien czas i chory wśród pozornie najlepszego stanu zdrowia nagle zapada na zapalenie wyrostka robaczkowego o przebiegu bardzo ostrym. Lecz taki początek choroby rzadko się zdarza; prawie zawsze nagle występują objawy przedziurawienia pod wpływem już to wysiłku, urazu, błędu w dyecie, już bez wiadomej przyczyny. Chory nagle doznaje gwałtownego bólu w dole biodrowym prawym, rzadziej lewym, który rozprzestrzenia się na okolicę pępkową. Do bólu dołączają się wkrótce wymioty, wzdęcie brzucha, zaparcie i gorączka. Sprawa zapalna szybko rozszerza się na cały brzuch tak, że ból, umiejscowiony w dole biodrowym, i obrzmienie mogą przejść niespostrzeżenie. Stanowią one wszelako 2 główne objawy, na których oprzeć się może rozpoznanie; błędy jednak rozpoznawcze są prawidłem; przed kilku dziesiątkami lat, gdy jeszcze częstość przedziurawień wyrostka robaczkowego nie była znana, w częstem użyciu było wyrażenie: samoistne (idyopatyczne) zapalenie otrzewnej.

Jak postąpić należy w podobnych przypadkach?

Wszelka terapia wewnętrzna jest niewątpliwie bezskuteczna; to też prawie jednogłębność panuje między lekarzami, że próbować należy na drodze chirurgicznej usunąć cierpienie, bez wielkiej wprawdzie nadziei ocalenia chorego. Cięcie brzucha dało jednak dotąd nieliczne wyleczenia. BERGER wprawdzie na 4 przypadki operowane miał 4 zejścia śmiertelne, TERRIER i autor po 1 zejściu śmiertelnem, lecz JALAGUIER 2 wyleczenia na 14 przypadków, NÉLATON i RONTIER 1 wyle-

czenie na 3, a TUFFIER 2 na 4. Nie należy przeto zdaniem autora zwlekać, gdy zapalenie otrzewnej stwierdzone zostało. Szerokie cięcie brzucha, przemycie otrzewnej i zaprowadzenie sączków winno być niezwłocznie dokonane. Im wcześniej operacja będzie dokonana, tem większe szanse pomyślnego zejścia.

Druga odmiana zapaleń wyrostka robaczkowego t. j. zapalenie z powrotami występuje albo pod postacią ostrego zapalenia umiejscowionego, które przechodzi w wyzdrowienie, lecz po dłuższym lub krótszym czasie powraca; albo też napady są mniejszego natężenia, — wtedy mamy to, co TALAMON nazywa *colique appendiculaire*. Tak w jednym jak i w drugim razie zapalenie z błony śluzowej szerzy się na mięsną i surowiczą.

Jeżeli nie nastąpi szybko przedziurawienie wyrostka robaczkowego, w takim razie wytwarzają się błony fałszywe, zapomocą których wyrostek robaczkowy przysrasta do narządów sąsiednich, najczęściej do kiszki ślepej, i przyjmuje bardzo rozmaite położenia.

Zapalenie wyrostka robaczkowego z powrotami przebiega nieraz skrycie, niespostrzeżenie i spotyka się przypadkowo przy oględzinach pośmiertnych lub przy cięciu brzucha. Niekiedy przeciwnie występuje ono przy zbiorze takich objawów, jak przypadłości gastryczne, mdłości, wymioty, uczucie ciężkości lub bólu w dole biodrowym, w którym przy macaniu znajdujemy guz podłużny szerokości palca, bolesny przy ucisku. Rozpoznanie jest wówczas łatwe. Przypadek tego rodzaju, pod względem terapeutycznym bardzo interesujący, a spostrzeżany w ostatnich czasach przez autora, w krótkim streszczeniu podajemy:

32-letni mężczyzna w sierpniu 1892 r. miał pierwszy napad zapalenia wyrostka robaczkowego: dostał on dreszczy, gwałtownych bólów w prawym dole biodrowym; przez cały jednak czas trwania choroby nie było ani wzdęcia, zaparcia, biegunki ani też gorączki. Po 15 dniach wszelkie cierpienia ustąpiły. W 5 miesięcy później nowy napad zupełnie podobny do pierwszego; i ten po pewnym czasie ustąpił. Lecz już po miesiącu chory wstąpił do oddziału wewnętrznego z powodu trzeciego napadu, a po kilku dniach, gdy w dole biodrowym prawym wykryto wyraźne obrzmienie, przeniesiono chorego do oddziału chirurgicznego. Przy badaniu chorego autor znalazł w okolicy dołu biodrowego masę twardą, głęboko położoną poza kiszka ślepą. Guz ten okazał się przy ucisku bolesnym. Autor rozpoznał zapalenie wyrostka robaczkowego z powrotami i pomimo braku alarmujących przypadłości przystąpił do operacji; zapomocą klasycznego cięcia doszedł do kiszki ślepej, której powierzchnia przednia nie była przyrośła, odszukał wyrostek robaczkowy, a oddzieliwszy go od zrostów, które go odsunęły ku tyłowi, dostrzegł wydobywającą się ropę z dołu biodrowego; następnie wyciął wyrostek, nałożył na niego szew, opróżnił ropień położony poza kiszka ślepą i założył sączki. Następstwem zabiegu chirurgicznego było wyzdrowienie, które w krótkim czasie nastąpiło.

Przypadek powyższy godnym jest uwagi z kilku względów. Najprzód pokazuje on małą zgodność między łagodnością spostrzeganych objawów chorobowych, a ciężkością zmian znalezionych przy operacji. Pomimo braku takich objawów, jak gwałtownego bólu w dole biodrowym, przypadłości gastrycznych, wymiotów, zaparcia, wzdęcia, a nawet gorączki, znaleziono obszerny ropień. W przypadku tym autor znajduje potwierdzenie już dawniej przez się wypowiedzianego zdania, że ile razy zapalenie wyrostka robaczkowego wyraża się guzowatością w dole biodrowym, tyle razy przypuszczać należy zebranie ropy.

Druga uwaga, jaka się nasuwa, jest, że nie należy się łudzić nadzieją wyleczenia zapalenia wyrostka robaczkowego z powrotami zapomocą terapii wewnętrznej. Wyrostek robaczkowy w stanie zapalnym sprowadza przypadłości, których ciężkość nie może być należycie oceniona, a niebezpieczeństwo przewidziane; czyż więc nie lepiej starać się zapobiedz niebezpieczeństwu przez operację wczesną (*operation à froid*), przy której śmiertelność redukuje się do 0.

Kiedy jest właściwy moment dla operacji?

Zdaniem autora—przerwa między 2 powrotami; niebezpieczeństwo jest wówczas najmniejsze. Wysiłek ropny już uległ wessaniu; obawa zakażenia otrzewnej jest usunięta, wycięcie wyrostka po jego oswobodzeniu od zrostów nie przedstawia wielkich trudności. Operacja ta daje wszystkim chirurgom wyborne wyniki.

Czy z drugiej strony nie należy bezwarunkowo operować podczas napadu zapalnego?

W tym względzie autor jest zdania, że gdy zapalenie jest umiarkowanego natężenia, bez szczególnego zajęcia otrzewnej, bez objawów ogólnych, bez gorączki, można bez obawy czekać; lecz gdy przebieg jest ciężki, a niepodobna sobie zdać sprawy z następstw, jakie może spowodzić zapalenie wyrostka, autor otwiera dół biodrowy, opróżnia ropień, zaprowadza sączki, lecz nie wycina wyrostka z obawy, by nie spowodzić zakażenia otrzewnej.

Ostre zapalenie wyrostka robaczkowego powstaje albo po kilku napadach kolki apendykularnej, albo też nagle przy objawach ostrego bólu w dole biodrowym, wymiotów, wzdęcia i gorączki. Alarmujące te objawy trwają 5 do 6 dni, w ciągu których wytwarzają się zrosty; w ten sposób powstające skutkiem zapalenia wyrostka ropienie przyjmuje postać jednego lub kilku ropni otorzonych w dole biodrowym; zapalenie otrzewnej pozostaje ograniczone.

Co się tyczy leczenia, autor z samego początku stosuje ogólnie przyjętą terapię wewnętrzną z pominięciem środków czyszczących; podaje makowiec, stosuje lód i zaleca spokój. Lecz gdy chirurg stwierdzi w dole biodrowym istnienie ogniska, co czynić należy? Czy otworzyć je, jak to radzą chirurgowie, czy też, jak chce większość internistów, a między innymi BERGER i JALAGUIER, powstrzymać się od wszelkiego zabiegu chirurgicznego, przynajmniej, gdy stan ogólny jest zadawalniający, gorączka spada, a obrzmienie ma skłonność do ustąpienia.

Na poparcie swego poglądu BERGER i JALAGUIER przytaczają przypadki wyzdrowienia bez zabiegu chirurgicznego. Autor sam widział tego rodzaju przypadki, lecz pomimo to i ze względu na liczne przypadki przeciwnie, jest zwolennikiem leczenia chirurgicznego, ile razy stwierdzone zostaje istnienie charakterystycznego guza w dole biodrowym, wskazującego zebranie ropy. Wprawdzie liczni lekarze zaprzeczają przy obecności w mowie będącego guza istnieniu ogniska ropnego, z przyczyny zdarzającego się samoistnego jego znikania, lecz nie może to bynajmniej służyć za dowód, że nie było ogniska ropnego; znane są bowiem szczególnie ginekologom przypadki wessania ropnych wysięków w jamie brzusznej.

Ani spadek ciepłoty ciała, ani ustąpienie guzowatości nie wystarczają do powątpiewania w istnienie ropienia. SONNENBURG, ROUX i autor, którzy systematycznie operują, ile razy przy zapaleniu wyrostka robaczkowego stwierdzają w dole biodrowym ognisko zapalne, zawsze znajdowali ropień.

Istnienie więc ropienia przy zapaleniach wyrostka robaczkowego, którym towarzyszy namacalne obrzmienie w dole biodrowym, nie ulega żadnej wątpliwości. Lecz dlaczego—zapytają—operować, skoro ropa samoistnie wessać się może? Na pytanie to autor czuje się zmuszonym odpowiedzieć, że wyleczenia lekarskie nie są tak trwałe, jak to wielu sądzi. Wszyscy prawie, operowani przez autora z przyczyny zapalenia wyrostka robaczkowego, podawali, że 6 miesięcy, rok, dwa lata temu mieli podobny napad, z którego zostali wyleczeni, niemniej jednak w końcu musieli być operowani. Ze względu więc na to, że wyleczenie bez zabiegu chirurgicznego jest niepewne, że zebrana ropa, jakkolwiek może się wessać, lecz nigdy prawie zupełnie, że wśród nowoutworzonych błon istnieją niewygasłe ogniska, które pod wpływem jakiegoś błędu dyetetycznego, przeziębienia, lekkiego urazu i t. p. mogą roztląć,—autor sądzi, że należy operować wcześniej przy stwierdzeniu ogniska ropnego. Zrozumiałby autor powstrzymanie się od operacji, gdyby ona była niebezpieczną. Lecz nie przypomina sobie autor ani jednego przypadku, w którymby śmiertelne zejście nastąpiło wskutek operacji. Śmierć wskutek operacji przy zap. wyr. rob. ma miejsce tylko w przypadkach ciężkich, w których nikt prawie nie widzi wskazania do zabiegu chirurgicznego i w których zgóry przewidzieć można fatalne zejście.

Jeżeli zatem operacja nie jest niebezpieczna, jeżeli daje gwarancję zupełnego wyleczenia, nie należy wahać się i przy tej postaci zapalenia wyrostka robaczkowego z wykonaniem zabiegu chirurgicznego. Należy zapomocą odpowiedniego cięcia otworzyć jamę brzuszną, dojść do ogniska ropnego i opróżnić je. Lecz jak postąpić z samym wyrostkiem przedziurawionym lub nieprzedziurawionym?

Najlepiej byłoby naturalnie wyciąć go, a w ten sposób zapobiedz powrotowi choroby. Ile razy przeto po opróżnieniu ogniska okaże się możliwem bez obszernego rozzerwania oswobodzić wyrostek robaczkowy, należy go wyciąć.

Lecz w przypadkach, gdzie wyrostek jest zagubiony w nowoutworzonych tkankach, strzedz się należy dłuższych jego poszukiwań, mogących spowodzić ro-

zerwanie zrostów otrzewnej i wniknięcie do jej jamy ropy. Liczni autorzy, a między nimi szczególnie BOUILLY, QUENU i SCHWARTZ, wykazali niebezpieczeństwo takiego rozerwania. Toteż ROUX (z Lozanny), bardzo kompetentny w kwestyach zapaleń wyrostka robaczkowego dotyczących, na 42 operacje wyciął wyrostek robaczkowy tylko 12 razy. Autor na 4 operacje, dokonane w ostatnim roku, tylko raz jeden oddzielił wyrostek robaczkowy i wyciął go. Pomimo to R. bynajmniej nie jest przeciwnikiem wycięcia wyrostka robaczkowego. I owszem, żąda on, by starać się odszukać go ostrożnie, unikając rozerwania zrostów, ponieważ zawsze lepiej jest usunąć go, aniżeli zostawić, gdyż ropnie są często liczne i tworzą się na obwodzie wyrostka robaczkowego, a odszukując go, czasem natrafia się i opróżnia ropnie niezależne od pierwotnego ogniska, jak to miało miejsce w kilku przypadkach operowanych przez autora.

We wszystkich zatem 3 postaciach zapalenia wyrostka robaczkowego, t. j.: sprowadzających ropne zapalenie otrzewnej, zapaleniach z powrotami i nakoniec w ostrych zapaleniach, sprowadzających umiejscowione w dole biodrowym ropienia, autor radzi dla zupełnego wyleczenia zabieg chirurgiczny.

(*Gazette des hopitaux*. Nr. 117 i 122. 1893).

F. Arnstein.

59. HERHOLD. **Śmierć w narkozie eterowej.** W klinice BARDELEBEN'a u 41-letniej kobiety przystąpiono do wykonania herniotomii, z powodu uwięźniętej przepukliny biodrowej. Ponieważ stwierdzono u chorej niedostateczność zastawek aorty, zastąpiono chloroform przez eter. Aby oszczędzić chorej nie milego działania nasyconej pary eteru (stosowano metodę asfiksyjną), użyto na wstępie 10 gm. bromku etylu. Następnie wiano 30 gm. eteru jednorazowo do przyrządu JULLIARD'a, poczem dolewano w miarę potrzeby więcej. Po upływie 48 minut, pod koniec operacji, gdy zużyto 240 gm. eteru, zauważono, iż tętno słabnie. Odsunięto maskę, tętno poprawiło się po paru minutach, wobec czego maskę nałożono powtórnie. Po upływie zaledwie 3 minut oddech stał się powierzchownym i po kilku słabych ruchach ustał zupełnie.  $1\frac{3}{4}$  godzin wykonywano sztuczny oddech zapomocą ugniatań klatki piersiowej i faradyzacji nerwów przeponowych, oraz masaż serca; ruchy oddechowe nie powróciły. Tętno, które ustało jednocześnie z oddechem, chwilowo można było wyczuć w tętnicach szyjowej i promieniowej (skutek masażu serca). Działanie bromku etylu zbyt jest przelotne, ażeby po upływie 53 minut mogło stać się powodem katastrofy. Zużyte 250 gm. eteru przedstawia znaczną ilość gazu—nie stanowi jednak ilości nadmiernej. Eter użyty nie był zanieczyszczony. Wobec stwierdzonej przez badanie pośmiertne niedostateczności zastawek aorty wraz ze znacznym przerostem lewej komory serca, oraz braku objawów przemawiających za uduszeniem—jako to: przepełnienia prawej komory serca krwią, wybroczyn na opłucnej, dużej ilości śluzu wśród tkanki płucnej i t. p.—rozpoznano „porażenie serca wskutek zatrucia eterem“. Przypadek opisany dowodzi, jak błędem jest wielokrotnie (BUTTER, SILEX, FUETER, GROSSMANN) w ostatnich czasach wypowiedziane twierdzenie, że eter w przeciwstawieniu do chloroformu, nie wywiera zgubnego działania na serce, i że z tego powodu zbyt jest dozorowanie tętna w czasie narkozy eterowej.

(*Deut. Med. Woch.* 1894. Nr. 16).

K. R.

## List otwarty do Redakcyi Medycyny.

Kilka słów z powodu pracy kolegi Biegańskiego pod tytułem „Uwagi nad dusznicą bolesną“ umieszczonej w Nr. 13, 14, 15 i 16 „Medycyny“.

W cennej pracy powyższej kolega BIEGAŃSKI, omawiając panujące w nauce teorye o dusznicy bolesnej, a szczególnie o sposobie powstawania napadów, przyznaje wyższość teoryi HUCHARD'a (mimochoodem tu zaznaczyć, że twórcą tej teoryi jest właściwie POTAIN), upatrującej przyczynę napadów w miejscowej niedokrwistości mięśnia sercowego, spowodowanej zwężeniem lub skurczem tętnic wieńcowych, nad teorią PARRY-TRAUBE'go, podług której napad dusznicy bolesnej powoduje nagle występujące osłabienie lewej komory serca. Przy tej sposobności kolega B. przytacza fakty kliniczne, sprzeciwiające się teorii PARRY-TRAUBE'go, a dające się objaśnić teorią POTAIN'a-HUCHARD'a. Lecz i na zasadzie tej ostatniej teoryi kolega B. nie jest też w stanie wytłomaczyć wielu przypadków dusznicy bolesnej, w czem w zupełności się z nim



zgadzam i z tego powodu skłaniam się do przyjęcia tylko pośredniej łączności między stwardnieniem tętnic wieńcowych, a napadami dusznicy bolesnej. I w tym względzie trudno się nie zgodzić z kolegą B., że ogniwem pośrednim między stwardnieniem tętnic a dusznicą bolesną jest układ nerwowy serca. Zresztą pod względem takiego pojmowania napadów dusznicy bolesnej nie stoi kolega B. odosobniony, gdyż wielu autorów nie zaprzecza wpływu układu nerwowego serca na powstawanie nawet tak zwanej prawdziwej dusznicy bolesnej.

Niepodobna jednak zgodzić się na to, by można uważać całą sprawę dusznicy bolesnej za rodzaj nerwobólu nerwów sercowych, jak to chce kolega B. i jak to już dawniej niektórzy utrzymywali. Jakkolwiek bowiem ból stanowi dominujący objaw i towarzyszy zawsze typowym napadom dusznicy bolesnej, istnieją niewątpliwie przypadki i to niebardzo rzadkie, stwierdzone przez wszystkich prawie klinicystów, którzy w ostatnich czasach o dusznicy bolesnej pisali (FRAENKEL, VIERORDT, HUCHARD), gdzie ból jest bardzo nieznaczny lub go zupełnie brak. Już ten jeden fakt sprzeciwia się pojmowaniu napadu dusznicy bolesnej jako nerwobólu serca. Z drugiej strony sam charakter bólu, jego bardzo krótkie często trwanie, jako też inne objawy, towarzyszące napadowi, zdają się wskazywać, że nie w bólu tkwi istota napadu dusznicy bolesnej i że jakkolwiek on stanowi często najaokuczliwszy dla chorego objaw przy typowym bardzo silnym napadzie, w wielu przypadkach i bez bólu powstaje u chorego uczucie strachu, uczucie natychmiast nastąpić mającej śmierci, tak bardzo dla napadu dusznicy bolesnej charakterystyczne, niemniej i inne mniej często się przystrafiające przypadłości.

Wogólności co do sposobu powstawania napadów dusznicy bolesnej i objaśnienia towarzyszących jej objawów, musimy się zgodzić z VIERORDT'em<sup>1)</sup>, który twierdzi, że nie jest ono bynajmniej tak proste i że żadne dotychczasowe objaśnienie nie da się zastosować do każdego przypadku dusznicy bolesnej. To też jest, naszem zdaniem, powodem, że stworzono tyle teorii i wyrażano tyle poglądów na patogenезę dusznicy bolesnej, z których żadna nie jest w stanie zadołnić wszystkich, bo żadna nie objaśnia wszystkich towarzyszących napadowi dusznicy bolesnej objawów.

Nie mogę zrozumieć także, dlaczego kolega B. nie chce wyodrębnić dusznicy bolesnej prawdziwej od rzekomej, gdy to wyodrębnienie, choć się nie da ściśle przeprowadzić z punktu widzenia klinicznego, z punktu widzenia etyologicznego (czy dusznica bolesna wskutek zatrucia nikotyną jest postacią przejściową, bynajmniej nie jest dowiedzione) i patogenезy jest w zupełności usprawiedliwione, a pod względem rokowania i leczenia konieczne. Zgodzić się muszę z kolegą B., że odróżnienie dusznicy bolesnej prawdziwej od rzekomej jest nieraz bardzo trudne a nawet wprost niemożliwe, nie może to jednak wpłynąć na zmianę zasadniczych pojęć o patogenезie sprawy chorobowej.

Jeszcze jedna uwaga; kolega B., mówiąc o rzekomej dusznicy bolesnej, czyni ją niejako zależną od zapalnych i zwyrodniających zmian włókien nerwowych. Nie sądzimy, a przynajmniej nie zostało dowiedzionem, by źródłem dusznicy bolesnej rzekomej były zawsze zmiany zwyrodniające włókien nerwowych, czyli by dusznica bolesna rzekoma była cierpieniem organicznem. Nam się zdaje, że często, a dusznica bolesna rzekoma historyczna jest prawie zawsze cierpieniem czysto dynamicznem, tak jak wiele innych cierpień pochodzenia historycznego.

*Kutno, d. 23 kwietnia 1894 r.*

*F. Arnstein.*

#### Odpowiedź kol. BIEGAŃSKIEGO.

Pisząc swoje uwagi o dusznicy bolesnej, nie miałem wcale zamiaru ostatecznego rozstrzygnięcia kwestyi, przecinania tego prawdziwego węzła gordyjskiego; chciałem tylko zwrócić uwagę, że stara, zapomniana już w części teorya, przyjmująca stenokardję za nerwoból spłotu sercowego, nie jest tak bezzasadna i że wiele faktów klinicznych za tą teoryą przemawia. Starałem się uzasadnić takie pojmowanie całym szeregiem spostrzeganych klinicznych objawów. W toku jednak rozprawy pominąłem zarzuty stawiane z różnych stron tej teoryi, i pominąłem głównie dla tego, że nie chciałem rozszerzać ram i tak już długiego artykułu. Kol. ARNSTEIN właśnie podnosi ten brak w mojej pracy i brak ten teraz zmuszony jestem uzupełnić.

Otóż przeciwnicy tej teoryi twierdzą: 1) że ból w dusznicy bolesnej nie posiada cech właściwych dla nerwobólu i 2) że istnieją przypadki dusznicy bolesnej przebiegające bez bólu. Rzekajcie, ból, odczuwany przez chorych w napadach stenokardycznych, nie zawsze bywa jednakowego napięcia; jest to fakt niewątpliwý, w mojej pracy niejednokrotnie notowany. Zdarzają się przypadki z bólem, trwającym kilka sekund, że tak powiem błyskawicznym, lecz są także i inne, gdzie ból trwa całemi godzinami. W jednym przypadku ból jest nieznaczny, wyrażający

<sup>1)</sup> Patrz Odczyty kliniczne wydawane przez Redakcję „Gazety Lekarskiej”. Serya V.

się w postaci ucisku, ciężkości; w innym ból jest tak straszny, że chory słów znaleźć nie może na wypowiedzenie swych męczarni. Lecz czy ta rozmaitość w naprężeniu i czasie trwania bólów przemawia przeciw nerwobólowi? Nie sądzę; w prawdziwych nerwobólach spotykamy również ból rozmaitego naprężenia i rozmaitego trwania, od nieznacznego strzykania aż do napadów, do szaleństwa prawie doprowadzających chorych; od chwilami występującego błyskawicznego rwania aż do napadów, trwających godziny całe lub doby. Nie tylko nie widzę różnicy pomiędzy rodzajem bólu nerwowego a dusznicą bolesną, lecz przeciwnie znajduję pewne wspólne właściwości. Wiadomo, że główna właściwość nerwobólu polega na tem, że naprężenie bólu rzadko bywa stałym, lecz że przeciwnie ból ten przedstawia ciągłe wahania, nasilenia, zwolnienia. Otóż także wahania, także nasilenia i zwolnienia bólu znajdujemy w każdym prawie napadzie stenokardycznym.

Najważniejszym jednak zarzutem przeciw nerwobólowej teorii stenokardyi byłby fakt istnienia przypadków dusznicy bolesnej, przebiegającej bez bólu. Ale właśnie fakt ten jest bardzo wątpliwy; ja przynajmniej nigdy podobnego przypadku nie widziałem i sądzę, że podobne opisy innych autorów polegają właściwie na omyłce rozpoznawczej.

Pojęcie dusznicy bolesnej nie jest ściśle określone, jest to właściwie zbiór objawów, w którym dopiero nowsza analiza kliniczna pomaha wyróżnia różne co do znaczenia i pochodzenia sprawy. Nauka o nerwicach serca jest stosunkowo bardzo nową, nie więc dziwnego, że objawy t. zw. neurastenii serca przyjmowano wcale nawet niedawno za stenokardję. Przecież niedawne to czasy, kiedy do obrazu dusznicy bolesnej włączano także duszność (stąd i fałszywa w zasadzie polska nazwa dusznicy bolesnej), rozszerzenie serca, drobne i szybkie tętno oraz inne objawy nagle występującego osłabienia czynności serca, — ściśła jednak analiza kliniczna<sup>2)</sup> wyróżniła już dzisiaj te objawy, jako dusznicę sercową, znajdującą się tylko w pośrednim związku z czystą stenokardją. To samo należy powiedzieć o innej nerwicy serca, opisanej zdaje się po raz pierwszy przez FOTHERGILL'a<sup>3)</sup>, pod nazwą *Irritable heart*, *Heart starvation* a następnie przez SEELIGMUELLER'a i ROSENBACH'a pod nazwą: *neurasthenia cordis*. Jest to nerwica mieszana, czuciowa i ruchowa, wyrażająca się całym szeregiem objawów, pomiędzy którymi ze względu na podobieństwo z dusznicą bolesną zasługują na uwagę: parestezye i klujące bóle w okolicy serca, oraz właściwy niepokój (*Præcordialangst* — niemieckich autorów), dochodzące często do napadów strachu natychmiastowej śmierci. Otóż tego rodzaju nerwica serca mogła być nieraz przyjmowaną za typową stenokardję. Stąd mogły wynikać omyłki rozpoznawcze, tem bardziej, że, jak własne doświadczenie mnie poucza, neurastenia serca często występuje razem z dusznicą bolesną.

Jednem słowem jestem zdania, że czysta stenokardya bez bólu być nie może. Gdzie w napadzie sercowym niema bólu, tam i niema dusznicy bolesnej, tam jest albo neurastenia serca, albo dusznica sercowa, ale nie czysta stenokardya.

Drugi zarzut kol. ARNSTEINA dotyczy poglądów, wypowiedzianych w mojej pracy co do podziału dusznicy bolesnej na postać prawdziwą i rzekomą. Widocznie kol. A. nie zrozumiał mnie, jeżeli czyni mi zarzut, że ja takiego podziału nie przyznaję. Owszem powiadam wyraźnie, że podział ten jest zupełnie uzasadniony z punktu widzenia etyologii i rokowania, właściwie nie mam także nic przeciw temu podziałowi z punktu widzenia klinicznego, nie mogę tylko zgodzić się na tak ścisłą granicę, jaką nowsi autorowie zakreślają pomiędzy temi postaciami. W nowszych pracach (ROSENBACH, HUCHARD, po części G. SÉE) już niema mowy o dwóch postaciach jednej choroby, lecz o dwóch zupełnie różnych chorobach. Dusznicą bolesną prawdziwą zaliczona bywa do chorób mięśnia sercowego, rzekoma zaś do chorób nerwowych. Wobec takiego poglądu, nie dziwnego, że dusznicę bolesną w wielu razach utożsamiają z dusznicą sercową, że objawy osłabienia czynności serca, zupełnie niewłaściwe dla czystej stenokardyi, zaliczają do objawów dusznicy bolesnej (ROSENBACH)<sup>4)</sup>.

Dwa różne przejawy stwardnienia tętnic wieńcowych, mianowicie: stenokardję i zapalenie mięśnia sercowego bliznowate, łączą w jeden bezpośredni związek, najzupełniej mojem zdaniem niesłusznie. I stenokardya i blizny w mięśniu sercowym powstają wskutek stwardnienia tętnic, temu nikt nie myśli zaprzeczać; nie wynika jednak stąd, że napady stenokardyczne znajdują się w bezpośrednim przyczynowym związku ze zmianami zachodzącymi w mięśniu sercowym. Już oddawna zauważono, że zmiany anatomo-patologiczne mięśnia sercowego nie zawsze idą w parze

<sup>2)</sup> Wielką zasługę w tym względzie przypisać należy A. FRAENKEL'owi, którego praca p. t. „*Ueber cardiales Asthma*“, pomieszczona w Berl. Klin. Wochen. oraz taki sam artykuł w Encyklopedyi EULENBURGA, całą sprawę tę dokładnie rozjaśniły.

<sup>3)</sup> Praca FOTHERGILL'a ogłoszona została w 1881 r. w Edinb. Med. Journal, p. t. „*On heart starvation*“. Praca ROSENBACH'a, p. t. „*Ueber nervöse Herzschwäche*“ wyszła w Breslauer aerztliche Zeitschrift w 1886, a następnie w streszczeniu w Encyklopedyi EULENBURGA, wydanie drugie, T. 9.

<sup>4)</sup> O. ROSENBACH, art. „*Herzkrankheiten*“ w Encykl. EULENBURGA. wyd. II. T. IX.

z siłą i natężeniem stenokardyi. Wiadomo, że nieraz na sekcyi znajdowano obszerne blizny łącznotkankowe, wynikające z rozległego stwardnienia tętnic wieńcowych, tymczasem za życia objawów duszniczy bolesnej nie było i odwrotnie, bardzo silne napady duszniczy bolesnej powstawały nieraz wskutek nieznacznego stwardnienia tętnic, przy niewielkich zmianach w mięśniu sercowym. Tego rodzaju fakta dowodzą, że w stenokardyi odgrywa poważną rolę element nerwowy, a nie mają żadnego znaczenia zmiany zachodzące w mięśniu sercowym. Stąd też, chcąc uratować pojęcie czystej stenokardyi, wypowiedziałem w mojej pracy następujące zdanie: „Sądzę, że wobec dość rozległej etyologii omawianej sprawy, możeby najlepiej było porzucić zupełnie podział duszniczy bolesnej na prawdziwą i rzekomą, i uważając sprawę tę za nerwoból spłotu sercowego, w każdym poszczególnym przypadku starać się wskazać przyczynę wywołującą. Tym sposobem możemy mówić o duszniczy bolesnej wskutek stwardnienia tętnic wieńcowych, o duszniczy bolesnej aortalnego pochodzenia, o tejże samej sprawie wskutek zatrucia tytoniem, o stenokardyi histerycznej i t. p.“.

Podobne indywidualizowanie przypadków duszniczy bolesnej nie wyklucza właściwie etyologicznej i rokowniczej zasady dawnego podziału stenokardyi na prawdziwą i rzekomą, a chroni w każdym razie od zbyt krańcowego pojmowania tego podziału.

Nakoniec trzeci zarzut kol. ARNSTEINA co do rodzaju spraw, zachodzących w włóknach spłotu nerwowego serca, uważam za mało znaczący. Czy będziemy uważali zmiany te za dynamiczne, czy też za organiczne, lecz dotychczas jeszcze niezbadane, albo, jak się wyraziłem, niepochwytne, to nie stanowi właściwie zasadniczej kwestyi. Wielu anatomo-patologów zmiany układu nerwowego w nerwicach uważa dziś za organiczne, tylko niedostępne dla dotychczasowych metod badania. Zresztą rzecz ta, jak powiedziałam, nie stanowi właściwego jądra kwestyi i dla tego nie będę się dłużej nad nią zastanawiał.

Żałuję mocno, że krótka niniejsza notatka nie pozwala mi wchodzić w szczegóły i obszernie uzasadnić wypowiedzianych poglądów. Byłoby bardzo do życzenia, żeby temat ten komitet zjazdu lekarzy we Lwowie postawił na porządku dziennym. W dyskusyi ustnej nad tym przedmiotem można by dokładniej i obszerniej rzecz tę omówić. Teraz nie pozostaje mi nic innego, jak podziękować szczerze kol. ARNSTEINOWI za zwrócenie uwagi na sporne punkta, wymagające dokładnego uzasadnienia. Tego rodzaju uwagi, wypowiedziane ściśle naukowo i bezstronnie, każdy autor chętnie przyjmie. Podobna wymiana myśli bez osobistych wycieczek zawsze wyjdzie na korzyść i dla autora i dla krytykującego, a co najważniejsza — i dla czytelników.

Władysław Biegański.

## Drobniejsze wiadomości różnej treści.

== GORTON opisuje przypadek otrucia 10 drachmami nalewki makowcowej, w którym po bezskutecznej stosowaniu wszelkich środków, gdy liczba oddechów wynosiła 3 na minutę, uratowano chorą faradyzacją obu nerwów błędnych; w ciągu sześciu godzin przystawiano elektrody do przedniego brzegu *m. scaleni antici* w tem miejscu, gdzie przechodzi nerw błędny. (Med. News. 1893 B. 63).

== LEYDEN spostrzegł rzadkie powikłanie po grypie; w jednym przypadku rozwinęła się *neuritis multiplex* o ciężkim przebiegu z zupełnym zresztą wyzdrowieniem, w drugim — rozpoznano paraliż wstępujący ostry; przypadek ten zakończył się śmiercią; badanie bakteryo-

logiczne dało w obu przypadkach wyniki ujemne. (Z. f. klin. Med. 1894. B. XXIV).

== W 22 przypadkach porażenia słonecznego, z których 4 zakończyły się śmiercią, stosował SOMMERVILLE oblewania wodą lodową całego ciała, dopóki temperatura *in recto* nie opadła do normy: osiągał to najwyżej po godzinie. Napady obłędu maniakalnego szybko zniknęły. (Med. Record 1893. 15/VII).

== FORLAUMI, opierając się na pomyslnym działaniu otoku powietrznego opłucnej na przebieg gruźlicy płuc, wprowadzał 2 suchotnikom do jamy opłucnej codziennie azot w niewielkiej ilości. Wynik był pomyslny. (Spr. ze zjazdu międzynarod. w Rzymie). K.

## Wiadomości bieżące.

— Od Szan. kolegi MARKIEWICZA otrzymaliśmy następującą odezwę: Powodzenie zobowiązuje, pobudza i zachęca do nieustawiania w spełnianiu uczynków miłosierdzia publicznej-

go. Rok miniony odpowiedział pod każdym względem nadziejom grona osób, zajmujących się urządzaniem kolonii letnich dla słabowitych dzieci ubogiej ludności miasta Warszawy. Z do-

brodziejstw świeżego powietrza korzystało 1368 dzieci. Obecnie po przeprowadzeniu troskliwego badania lekarskiego, uznano, iż z liczby kilku tysięcy dzieci zapisanych, najmniej 1800 bezwarunkowo wysłać wypadnie na pobyt wiejski. Grono kolonii letnich, otrzymawszy pozwolenie p. o. J. W. pana Generał-Gubernatora z d. 17 (5) kwietnia r. b. za Nr 3668, za przykładem lat poprzednich, odzywa się gorąco do ofiarności publicznej, w tem głębokiem przekonaniu, że ludzie zamożniejsi ręki szlachetnej uchylić nie zechcą od popierania instytucji, która z drobnych zawiązków tak bujnie rozwijając się potrafiła, dzięki czynnemu współdziałaniu ludzi dobrej woli, nie obojętnych na niedolę bliźnich naszych. Ofiary, o ile możności przed początkiem czerwca, składać należy na ręce skarbnika, dyrektora Aleksandra Czajewicza w Dyrekcji Tow. Kred. m. Warszawy (Włodzimierska 25). Do przyjmowania ofiar upoważnione są również osoby niżej wymienione oraz Redakcyje pism periodycznych. Emilia Brzezińska, Irena Karłowiczowa, Marya Krzycka, Leonia Natansonowa, Jadwiga Pawińska, Aleksander Czajewicz, Henryk Konie, Henryk Lubowski, Adolf Pawiński, Władysław Serafinowicz, Władysław Skłodowski, Julian Adolf Świącicki, Leon Tanenbaum, Julian Wieniawski.

— Wykaz miejscowości leczniczych, uzdrowisk klimatycznych oraz zdrojowisk, w których w roku bieżącym lekarze polacy praktykować będą: 1) w Birsztanach: d-r Radecki z Petersburga. 2) w Busku: Dymnicki, Grabowski, Majkowski, Radziszewski, Sulimirski. 3) w Ciechocinku: Arnstein, Certowicz, Lubowski, Pajewski, Rupert, Stockmann, Tannenbaum, Wolberg. 4) w Cieplicach czeskich: Skrzyński. 5) w Cieplicach trenczyńskich: Filipkiewicz. 6) w Druskienikach: Bujakowski, Szepietowski. 7) w Eichwaldzie: Kuryś. 8) w Elsterze: Błociszewski. 9) w Ernstdorf: patrz Jaworze. 10) we Francensbadzie: Debicki, Frenkel, Kittel, Rosner. 11) w Gleichenbergu: Brühl, Bulikowski. 12) w Görbersdorfie: Jaruntowski. 13) w Grodzisku: Bojasiński. 14) w Inowrocławiu: Krzyński, Przybyszewski. 15) w Iwoniczu: Debicki, Kaden, Łukasiewicz, Rościszewski. 16) w Jaworzu: Kowalski. 17) w Jastrzębiu (Königsdorf-Jastrzemb): Witczak. 18) w Karlsbadzie: Hasiewicz, Kretowicz, Rosenberg, Sternberg, Stiche, Toepfer, Tugendhat. 19) w Kissingen: Chłapowski. 20) w Krasnobrodzie: Skłodowski. 21) w Królewicy (Königshafen, Porto-re): Grodecki. 22) w Krynicy: Aszkenazy, Blatteis, Cercha, Ebers,

Gębarzewski, Glücksmann, Kmietowicz, Kopff, Lorentski, Michalik, Roth, Skórczewski, Waligórski. 23) w Krzeszowicach: Dura. 24) w Landeck: Ostrowicz, Pomorski. 25) w Lubieniu: Radecki. 26) w Maryenbadzie: Dobieszewski, Harajewicz, Jaroszyński, Kaufmann, Wager, Waligórski. 27) w Meranie: Brühl, Prager. 28) w Morszynie: Medvey. 29) w Nałęczowie: Chmielewski, Chełchowski, Doliński. 30) w Niekłaniu: Misiewicz. 31) w Nizy: Tymowski. 32) w Nowem mieście: Bieliński, Niedzielski, Kucharzewski. 33) w Rabce: Gluchowski, Momidłowski. 34) w Reichenhall: Goldsmidt. 35) w Reinerz: Stan. 36) w Rymanowie: Dukiet, Jodłowski, Krzyszkowski, Pelczar, Regiec. 37) w San-Remo: Ostrowicz. 38) w Schinznach: Tymowski. 39) w Sławinku: Olechnowicz. 40) w Sławucie: Dobrzycki, Dzierzbicki, Przesmycki, Tarnawski, Żurje. 41) w Solcu: Daniewski, Siarczyński. 42) w Swoszowicach: Kotulecki. 43) w Szczawnicy: Dorskowski, Glużyński, Hammerschlag, Kołaczkowski, Korczyński, Kruszyński, Ściborowski, Starachowicz. 44) w Szepietówce: Mikulski. 45) w Truskawcu: Dekański, Kozłowski, Plech, Steinhaus. 46) w Wysowej: Blatteis, Jarosz. 47) w Zakopanem: Buzdygan, Chramiec, Chwistek, Kulczyński, Piasecki, Smorągiewicz. 48) w Żegiestowie: Chojnacki, Korczyński, Szczepański. Dodać należy, iż powyższy wykaz, daleki jest od ścisłości. Istnieje bowiem mnóstwo miejscowości leczniczych we Francji, Włoszech, Rosyi i innych krajach, w których rodacy nasi w charakterze lekarzy zdrojowych praktykują. Sporządzenie jednak dokładnego wykazu, któryby wszystkich obejmował, prawie, że jest niemożliwe, z powodu, że sami ciż koledzy znaku życia o sobie nie dają i o miejscu swego zamieszkania nas nie informują.

— Niemordowany i zasłużony na polu balneologii D-r ZIELEŃIEWSKI ogłosił wielce pożyteczną pracę p. t.: „Krajowe uzdrowiska czyli stacye klimatyczno-lecznicze“. Dziełko to wszystkim Kolegom polecamy. Tegoż autora opuścił w 3-ciem wydaniu prasę: „Skorowidz ważniejszych zakładów zdrojowo-kąpielowych, hydropatycznych, galaktoterapeutycznych, klimatycznych, sanatoryów i kąpieli morskich, tudzież wybór najodpowiedniejszych zdrojowisk do leczenia poszczególnych chorób (wykaz terapeutyczny). Jest to wybornie acz treściwie opracowany skorowidz w zakresie powyżej wymienionych pomocy leczniczych, bardzo praktycznie ułożony. Wydanie staranne.