

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie, rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Na prowincyi i w Cesarstwie z przesyłką, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. **Cena numeru pojedynczego** kop. 15. **Cena ogłoszeń:** Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Nowo-Zielna Nr. 47.

Adres Redaktora: Oboźna Nr. 5.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Przypadek poczęcia oraz porodu przez przetokę szyjowo-pochwową tylną (*fistula cervico-vaginalis seu laqueatica posterior*). Podał K. Kraków. (Dokończenie). — Zapalenie nerwu kulszowego, nerwoból kulszowy i histerya. Nowy objaw różniczkowy oraz kilka uwag o powyższych cierpieniach, napisał Maksymilian Biro. (Ciąg dalszy). — **Streszczenia i wyciągi.** 56. Dalszy ciąg sprawozdania komisji niemieckiej przeciw dżumie w Bombaju. 57. Operacyjne leczenie garbu według Calot'a. 58. Przyczynę do czynnego uodparniania ludzi przeciw cholerze. — Z Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego. Posiedzenie z dnia 24 lutego 1897 r. — O ruchu chorych w szpitalu Zapasowym za m. kwiecień r. b. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE

destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) **D-r K. Kraków**
Un cas de conception et d'accouchement par une fistule cervico-vaginale postérieure. 2) **D-r M. Biro**
— La névrite et la névralgie du grand nerf sciatique; leur relation avec l'hystérie. Un nouveau symptôme différentiel.

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

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) **D-r K. Kraków**
— Ein Fall von Konception und Geburt durch eine fistula cervico-vaginalis posterior. 2) **D-r M. Biro**
— Ueber das Verhältnis der Entzündung des Ischiadicus und der Ischias zur Hysterie. Ein neues differenzialdiagnostisches Symptom nebst einigen Bemerkungen über die obengenannten Krankheitszustände.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Warschau — Oboźna str. 5.

Z ODDZIAŁU CHOROÓB KOBIECYCH D-RA FR. NEUGEBAURA W SZPIT. EWAN. W WARSZAWIE.

Przypadek poczęcia oraz porodu przez przetokę szyjowo-pochwową tylną

(*fistula cervico-vaginalis seu laqueatica posterior*)

Podał **K. KRAKÓW**, pierwszy asystent oddziału.

(Dokończenie.—Zob. N. 20).

Przetoki szyjowo-pochwowe tylne u kobiet, które nie rodziły dzieci do-
noszonych, lub wcale nie rodziły, są bardzo rzadkie. W liczbie 19 przy-
padków, opisanych przez NEUGEBAURA, jest tylko jeden przypadek podobny
do przypadku przezemnie podanego, który pozwolę sobie w krótkości przyto-
czyć. 4-go marca, 1890 roku przybyła do oddziału ginekologicznego kliniki
uniwersyteckiej 27-ioletnia Ald. B. z Pińska. W 15 roku życia pierwsze mie-
siączkowanie, w 25 roku życia wyszła za mąż. Na rok przed ślubem, jako pan-
na, zaszła w ciążę; w 6-ym miesiącu ciąży jeden z lekarzy w Pińsku wywo-
łał poronienie. Według słów chorej początkowo zakładał blaszeniec; gdy to

okazało się bezskuteczne, wprowadzał do macicy jakieś narzędzia, poczem nastąpiło poronienie. W pięć miesięcy później chora wyszła za mąż i poroniła następnie sama przez się w 4-tym miesiącu ciąży. W dwa tygodnie po poronieniu dostała krwotoku z macicy i jakby zapalenia macicy, co spowodowało 3-miesięczną chorobę obłożną. Od tego czasu uskarżała się na bardzo obfite miesiączkowanie i ciągłą bolesność w prawej pachwinie. Badanie wykazało szyję maciczną wydłużoną, kształtu stożkowatego, zewnętrzne ujście szyi tak małe, że zaledwie przepuszczało zgłębnik maciczny, na tylnej zaś ścianie przetokę, przepuszczającą koniec wskaziciela. Przetoka miała kierunek podłużny, 2 cm. długości i 1,3 cm. szerokości; błona śluzowa przedniej ściany szyi wtłaczała się w otwór przetoki. Po dwukrotnem zaszywaniu przetoki udało się zupełnie ją zamknąć.

Przypadek ten jest bardzo podobny do przypadku przezemnie wyżej opisanego. Po pierwsze obie chore nie rodziły na czasie, lecz poroniły, powtóre u obydwóch przetoka zjawiała się po poronieniu, przy którym były używane narzędzia chirurgiczne; przypuszczać zatem można, że etyologia tych przypadków była jednakowa, a mianowicie uszkodzenie tylnej ściany szyi macicznej zapomocą łyżeczki, zgłębnika, lub też kulociągu.

Prócz tego przypadku NEUGEBAUER znalazł li tylko jeden podobny w piśmiennictwie, mianowicie spostrzeżenie NORDMANN'a opisanie w „Archiv für Gynäkologie“. (T. XXXIX. Zeszyt I. S. 33). Przypadek ten dotyczy 32-letniej kobiety, która przed 4^{1/4} latami, w trzy kwartały po ślubie przedwcześnie urodziła w 7-ym miesiącu ciąży bez powikłań; przed 3^{1/2} latami znowu przedwcześnie urodziła siedmiomiesięczne dziecko. Przy tym porodzie chora sama zauważyła, że dziecko jakoby rodziło się inną drogą, jak pierwszym razem. (?). Mąż chorej na 4 lata przed ślubem zaraził się przymiotem. W 1889 roku w kwietniu, kiedy chora zgłosiła się do NORDMANN'a z powodu silnych upławów ropnych, ten znalazł przy badaniu na tylnej ścianie szyi macicznej przetokę o miękkich, pokrytych wybujalą ziarniną brzegach. W tym przypadku mechaniczne uszkodzenie szyi macicznej zapomocą narzędzi było w zupełności wyłączone. NORDMANN skwapliwie szukał przyczyny powstania przetoki, badał kawałki tkanki wyciętej z brzegów przetoki, lecz i badanie drobnowidzowe dało wynik ujemny; nie był to ani nowotwór złośliwy, ani też mięczak przymiotowy rozpadły, a zatem przetoka musiała powstać przy porodzie, chociaż porody były przedwczesne. Prawdopodobnie pęknięcie ściany szyi macicznej nastąpiło przy pierwszym porodzie. Jest to możliwe, gdyż u 28-ioletniej pierwiastki szyja maciczna może być tak twarda i niepodatna, że podczas porodu tylna jej ściana pęknie wpoprzek i przez tak powstały otwór urodzi się dziecko.

NORDMANN wspomina o przypadkach poprzecznego pęknięcia szyi macicznej z powodu twardości i niepodatności; między innymi wspomina o przypadku PERING'a z Praskiej kliniki prof. SCHAUTA'y; w przypadku tym podczas poronienia w szóstym miesiącu ciąży płód wydalony został przez poprzecznie pękniętą tylną ścianę szyi macicznej. Chociaż przypadek NORDMANN'a dotyczy kobiety, która rodziła, rodziła jednak przedwcześnie dzieci niedonoszone, które wielkością swoją stosunkowo do wymiarów miednicy nie mogły zbyt utrudnić porodu.

Jak już mówiłem, etyologia tych przetok, zwłaszcza u kobiet, które nie rodziły dzieci donoszonych, lub wcale nie rodziły, jest ciemna i trudna do wyjaśnienia. Jako przyczyny wywołujące tego rodzaju przetoki wymienić mo-

zna: 1) mechaniczne uszkodzenie szyi macicznej narzędziami, czy to umyślnie wprowadzonymi do kanału rodnego kobiety, czy też przypadkowo; 2) różnego rodzaju sprawy chorobowe w samej ścianie szyi macicznej, jako to głęboko drążące owrzodzenia gruczliczego lub przymiotowego pochodzenia, oraz nowotwory umiejscowione w tylnej ścianie szyi macicznej, które na drodze rozpadu pozostawiły po sobie brak tkanki, a zatem przetokę; 3) pęknięcie poprzeczne szyi macicznej podczas porodu przedwczesnego w razie jej twardości i niedodatności, jak to miało miejsce w przypadku NORDMANN'a. Co się tyczy przyczyn powstawania przetok szyjowo-pochwowych po porodzie wczesnym, to te już łatwiej sam mechanizm porodu objaśnić może. Podczas porodu, zwłaszcza gdy kobieta ma ogólnie zwężoną lub też krzywiczą miednicę, część płodu poprzedzająca, uciskając na ściany szyi macicznej, doznającej z drugiej strony takiegoż ucisku i ze strony ścian zwężonej miednicy, wywołuje stopniowo zmiażdżenie tkanek szyi macicznej (*Druckusur*), a jako następstwo zgorzeli tworzy się przetoka. Ucisk główki dziecka na ściany szyi macicznej może być na całym jej obwodzie i wtedy cała część pochwowa szyi macicznej odpadnie, jak to miało miejsce w przypadku RUGÉ'go, opisanym przezeń na posiedzeniu Towarzystwa Akuszerijnego i Ginekologicznego w Berlinie dnia 8 kwietnia 1873 roku ²⁾. W przypadku tym u kobiety z miednicą zwężoną w prostym wymiarze (c. v. 7,8 cm.) 8-go dnia po porodzie wypadła cała szyja maciczna, oddzielona od trzonu macicy, przytem utworzyła się przetoka pęcherzowa. Podobny przypadek obrączkowego odtłoczenia części pochwowej szyi macicznej bez wytworzenia przetoki spostrzegał kol. GROMADZKI w przytulku dla rodzących N. 4, u pierwiastki z miednicą ogólnie zwężoną, o czym mi ustnie zakomunikował. Oprócz długotrwałego ucisku może tu mieć znaczenie i raptowne pęknięcie szyi macicznej czy to podczas porodu prawidłowego, czy też podczas porodu, przy którym były stosowane kleszcze, lub inny rękoczyn położniczy. W takich razach bywa zwykle podłużne pęknięcie szyi; w okresie połogowym może nastąpić częściowy tylko zrost rozerwanych części szyi: jeżeli zrasta się dolny odcinek, w górnej części pozostaje przetoka szyjowo - pochwowa, którą może być tylna, boczna lub przednia zależnie od tego, jaka ściana szyi macicy była rozerwana.

Przypadek przezemnie opisany, jak widzimy, należy do bardzo rzadkich i ciekawych i zdaje mi się, że dotychczas będzie pierwszym przypadkiem przetoki szyjowo-pochwowej tylnej, w którym nastąpiło i zajście w ciążę i poród przez tę przetokę. Co się tyczy samego zajścia w ciążę, to łatwo to sobie wytłumaczyć, biorąc pod uwagę kształt i budowę szyi macicznej; zewnętrzny otwór macicy zwrócony był ku przedniej ścianie pochwy i skierowany zupełnie ku górze, otwór zaś samej przetoki ku tyłowi, tworząc jakoby prawidłowe ujście maciczne.

Co się tyczy samego porodu, to przebiegał on z początku zupełnie prawidłowo, a przeszkodę do postępowania porodu w drugim okresie stanowiła część szyi macicznej pomiędzy zewnętrznym jej otworem a górnym brzegiem przetoki, przez którą główka przejść miała. Rozumie się, że w tych warunkach nie można było powiedzieć, jak się poród skończy. Przy silnych bólach mogła pęknąć szyja maciczna od brzegu przetoki wgłąb, pęknięcie mogło rozszerzyć się dalej na trzon macicy, lub też mogła się oder-

²⁾ Lipsk, 1889—1891.

wać część szyi macicznej, która stanowiła przeszkodę. W każdym razie było poważne wskazanie do przecięcia smugi stanowiącej przeszkodę, aby możliwie uniknąć pęknięcia brzegów przetoki, przez które dziecię się rodziło. Brak bólów pod koniec porodu, gdy już barki płodu przechodziły przez otwór przetoki, tłumaczą sobie ogólnem wyczerpaniem rodzącej fizycznym i psychicznem. Wyczerpanie było tak znaczne, że postanowiłem nałożyć kleszcze, nie zmieniając położenia chorej, aby jej więcej nie trudzić.

Z POLIKLINIKI D-RA S. GOLDFLAMA.

Zapalenie nerwu kulszowego, nerwoból kulszowy i histerya.

Nowy objaw różniczkowy

oraz kilka uwag o powyższych cierpieniach

napisał **Maksymilian Biro.**

(Ciąg dalszy—Zob. N. 20).

Przypadek XI. H. S., lat 53 mający, zgłosił się do polikliniki 25. I. 97. ze skargą na bóle w okolicy lewego uda po stronie tylnej. Ból ten ma czasami słabnąć, lecz nigdy nie znika, a podczas ruchów się potęguje. Chory trudni się sprzedażą piwa i sam alkoholem nie pogardza, wypija bowiem w ciągu każdego dnia po kieliszku wódki i po kilka szklanek piwa. Chory jest osobą wcale nieźle zbudowaną i miernie odżywianą. Po za nieznacznymi hemoroidami i cierpieniem kończyny dolnej nic mu nie dolega. Skórę, mięśnie, kości, narządy wewnętrzne ma chory zupełnie prawidłowe. W moczu białka, ani cukru nie znaleziono. Chory utyka nieco, opierając się przeważnie na kończynę dolną lewą. Mięśnie kończyny dolnej lewej nie wydają się zmienione. Czucie na kończynie dolnej lewej obniżone. Od-ruchy kolanowe dobre; odruch Achillesa na kończynie lewej znie-sio-n-y, na prawej zachowany. Oddziaływanie elektryczne ze strony dotkniętej kończyny niezmienione.

Przypadek XII. Dnia 28. I. 97, wezwany zostałem do T., 70-letniego starca. Chory narzekał na ból w kończynie dolnej lewej, który go męczył od trzech tygodni. Ból ten trapił go bez przerwy, czasami się wzmacniał i wówczas przyprowadzał go o katusze całemi godzinami; w rzadkich razach ustępował po kilku minutach. Kaszlnięcie, wszelki ruch, wykonywany kończyną, bądź tułowiem ból potęgowały. Cierpienie jest tak męczące, że chory nie jest w stanie opuścić łóżka. Takie same dolegliwości miał niegdyś chory w ciągu kilku miesięcy przed sześcioma przeszło laty. Chory jest osobą siwą, nieźle zbudowaną, miernie odżywianą. Leży on przeważnie na boku prawym, mając kończynę dolną lewą nieco zgiętą w kolanie. Gdy usiłowałem mu nogę chorą wyprostować w kolanie, narzekał na mocny ból, a ból ten wzrastał jeszcze, gdy obok rozginania w kolanie starałem się zgiąć ją w stawie biodrowym. Stawy są zupełnie zdrowe. Mięśnie kończyny

dolnej lewej, zwłaszcza goleni, znacznie wiotsze, niż na kończynie prawej. Bolesność przy dotyku w okolicy pośladka lewego na przebiegu nerwu kulszowego nieco wyżej punktu przecięcia danej linii z linią ROSER'a, jako też na przedniej powierzchni goleni po nad stopą w obrębie nerwu łydkowego na rozległości jakichś 4 cm. Czucie pod wszelkim innym względem na kończynie dolnej lewej wydaje się niezmienione. Odruchy kolanowe prawidłowe: odruch Achillesa na kończynie prawej prawidłowy, na lewej zniesiony. Oddziaływanie elektryczne zmniejszone. W płucach nic szczególnego nie wykryto. Naczynia przebiegają wężykowato, mają ściany zgrubiałe, twarde. Tętno serca z oddźwiękiem metalicznym. Ze strony narządów brzucha nic nie znaleziono oprócz szyszek hemoroidalnych ²⁾).

We wszystkich przypadkach powyższych mamy objawy cierpienia nerwu kulszowego i moglibyśmy z łatwością brać je za zwykłą rwę kulszową, gdybyśmy przeoczyli kilka cech, które przy względnie dokładnem nawet badaniu mogą łatwo ująć naszej uwagi. Wielu lekarzy rzadko zwraca uwagę na odruch Achillesa, są nawet kliniki, w których nigdy go nawet nie szukają. Jednakowoż przekonałem się, że stan tego odruchu ma w wielu razach znaczenie niepoślednie. Spostrzegałem wiąd rdzenia, w którym po za czuciami o tyle charakterystycznymi, że na zasadzie opowiadania chorego można było chorobę właściwie rozpoznać, nie znalazłem żadnych innych danych przedmiotowych, prócz braku odruchu Achillesa na obu kończynach. Widywałem chorych, dotkniętych moczówką cukrową, którzy mieli zniesione odruchy Achillesa, a jeden z nich obok tego nie miał odruchu kolanowego na jednej kończynie. Dane te dowodzą, że w wielu sprawach przed zanikaniem odruchów kolanowych, brak już odruchów Achillesa. Zachęcony przez te dane, zwracam na odruch Achillesa baczną uwagę. Tą drogą wykryłem w 12 przypadkach cierpienia nerwu kulszowego zakłócenia odruchu Achillesa; w 8 z nich odruchu tego zupełnie nie było, a w 4 był on znacznie osłabiony. Zaraz przy pierwszym przypadku zdawało mi się, że wykryty objaw ma pewne znaczenie przy określaniu natury cierpienia. W patologii chorób nerwowych mamy pewnik, że przy nerwobólu odruch nie zostaje zakłócony, zapaleniu zaś nerwu często towarzyszy brak odruchu, naturalnie wówczas, gdy dany nerw rozszerza się w mięśniach, które w warunkach prawidłowych na podrażnienie tego nerwu odpowiadają wyraźnym skurczem. Mówiliśmy już, że ścięgno Achillesa stanowi ścięgno wspólne mięśnia łydkowego i piętowego, że mięśnie te otrzymują unerwienie od nerwu piszczelowego, który jest odnogą nerwu kulszowego i że zapalenie nerwu kulszowego może pociągnąć za sobą zakłócenie czynności mięśni powyższych, że dotknięte tą drogą mięśnie mogą nie odpowiadać skurczem przy drażnieniu mechanicznem ich ścięgna wspólnego, czyli mogą powodować zmianę ze strony odruchu Achillesa i że wreszcie zmiana ta może polegać na zniesieniu odruchu albo też na jego osłabieniu. Zapewne, że potrzebna jest pewna wprawa techniczna do odszukiwania odruchu Achillesa. Jeśli często się zdarza, że lekarz z wyrobioną w danym kierunku techniką znajduje odruch kolanowy w tych razach, gdzie mniej wprawny go nie wykrywa, to jeszcze w większym stopniu tego rodzaju pomyłki może uczynić lekarz niewprawny przy odszuki-

²⁾ Przyp. 11 i 12 spostrzegałem już po przeczytaniu o spostrzeżeniu BABIŃSKIEGO, uważałem je jednak za odpowiednie do mej pracy i z tego powodu do poprzedniego materiału tego je włączyłem.

waniu odruchu Achillesa. Wynik tego badania jest w dużej zależności od jego warunków: położenia kończyny i miejsca, jakie na ścięgnie wybieramy za cel uderzeń młotkiem opukowym. Kończynę odprowadza się nieco nazewnątrz i zgina w kolanie o tyle, aby powierzchnia tylna uda z tylną powierzchnią goleni utworzyły kąt z wierzchołkiem w jamie podkolanowej, kąt wynoszący 90° — 100° ; swoją dłoń lewą badający obejmuje wewnętrzny brzeg stopy, palcami swej dłoni na płask na powierzchnię podszwową ułożonymi podtrzymuje stopę, aby utworzyć zgięcie stopy podszwowe z kątem mniej więcej 90° pomiędzy powierzchnią górną stopy a powierzchnią przednią goleni. W tych warunkach ścięgno Achillesa staje się lekko napiętem i najbardziej odpowiedniem do odszukiwania odruchu. Co się tyczy miejsca, jakie na ścięgnie mamy obrać za cel naszych uderzeń młotkiem, to należy pamiętać, że ma ono u rozmaitych osób położenie różne. Najczęściej otrzymujemy odruch, uderzając w tylną powierzchnię ścięgna, w niektórych przypadkach jednak jest bardziej pod tym względem wrażliwy brzeg ścięgna wewnętrzny; czasami lepiej jest uderzać w dolną część ścięgna, niekiedy zaś w górną.

Do wniosków powyższych doszedłem po pilnem zwracaniu uwagi na zachowanie się odruchu w setkach przypadków. Biorąc wszelkie podane zastrzeżenia pod uwagę, ośmielałem się dopiero powiedzieć, czy dany odruch jest zachowany, zniesiony lub osłabiony. Jeśli przy pewnem napięciu sprawy chorobowej może zachodzić li tylko osłabienie odruchu, więc oczywista rzecz, że może być natężenie sprawy jeszcze słabsze, przy którym zmiana odruchu jest zaledwie dostrzegalna albo też odruch wcale nie zostaje zakłócony. Ze względu na to kategoria przypadków cierpienia nerwu kulszowego, których natury dokładnie określić nie można, nie zostaje w zupełności przez objaw powyższy zniesiona, jednakowoż mocno uszczuplona. Przypadek cierpienia nerwu kulszowego z zachowanym odruchem Achillesa nie koniecznie być musi nerwobólem, lecz każdy przypadek cierpienia tego z zakłóceniem odruchu Achillesa jest stanowczo przypadkiem zapalenia nerwu kulszowego. Mając już nić przewodnią, która pozwala nam się oryentować, czy mamy przypadek zapalenia nerwu kulszowego, pragnąłem szukać w przypadkach tych również innych cech, jakie zapalenie nerwu charakteryzują. Z tego względu zwracałem uwagę na stan odżywiania mięśni i oddziaływanie elektryczne.

W 8 z ogółu 12 przytoczonych przypadków znalazłem zanik mięśni w obrębie rozgałęzienia nerwu kulszowego. Można byłoby przypuścić, że zmiany te powstały wskutek oszczędzania chorej kończyny i względnie mniejszego jej używania w porównaniu ze zdrową. Czy podobna jednak, by niedostateczne używanie kończyny w ciągu kilku zaledwie tygodni spowodowało w mięśniach zmiany niezmiernie daleko posunięte (przyp. 5)? Muszę przyznać, że między stanem mięśni, a stopniem, w jakim odruch został zachowany, nie znalazłem stosunku równoległości. W 3 przypadkach, w których odruch Achillesa został w zupełności zniesiony, mięśnie, o ile się zdawało, nie zostały zmienione. Zapewne, że orzeczenie takie oparte jest na spostrzeżeniu, zgruba robionem, bo wyprowadzonem na zasadzie naszego wrażenia wzrokowego i dotykowego. Pod wrażeniem wzrokowem pojmuję tu również dane otrzymane drogą pomiarów, uskuteczniionych w centymetrach. Drobne różnice mogą wówczas być niedostępne dla naszych zmysłów. Popiera ten pogląd taka rzecz, jak dane oddziaływania elektrycznego. W je-

dnym przypadku obok mięśni, na oko i dotyk zmianom nie uległych, wykryłem oddziaływanie elektryczne zmniejszone. Stan oddziaływania elektrycznego nie siedł w parze z zachowaniem się odruchu Achillesa. W większości przypadków widywałem zmiany ilościowe, a tylko w jednym jakościowe (przyp. 5). Zestawienie danych powyższych poucza nas, że należy stale w przypadkach cierpienia nerwu kulszowego badać stan odruchu Achillesa, stan odżywiania mięśni i ich oddziaływanie elektryczne. Szukać zmian trzech powyższych kategorii należy zwłaszcza dlatego, że niema ścisłej równoległości pomiędzy tymi objawami, a każdy z nich sam przez się jest objawem przemawiającym wobec cierpienia nerwu kulszowego za stanem tego nerwu zapalnym. Naturalnie, że uwagi powyższe mają wartość o tyle, o ile przytoczone przypadki mogą być zaliczone do kategorii cierpienia nerwu kulszowego. Z tego względu należałoby przedewszystkiem rozpoznanie różniczkować pomiędzy tem cierpieniem, a innemi o objawach podobnych, że wspomnę o cierpieniach stawów, kości, mięśni kończyny dolnej, o sprawach w pobliżu układu nerwowego, lub w samym układzie nerwowym zachodzących. Po przekonaniu się, że kości kończyny dolnej nie zostały uszkodzone, rozpatrujemy stan stawów, zwłaszcza stawu biodrowego, następnie mięśnia lędźwioudowego (*m. psoas*). Gdy ich cierpienia zostały wyłączone, rozejrzeć się należy w stanie układu nerwowego. Zaczynamy przegląd ten od cierpień ze zmianami anatomicznemi, a kończymy na czynnościowych. Pierwszą część dzielimy sobie na dwa odłamy; na cierpienia układu ośrodkowego i na obwodowe. Z ośrodkowych rozpatrujemy cierpienia rdzenia. Zaczynamy ten dział od zaburzeń rdzenia, powstałych wskutek zmian w pobliżu jego dolnej części zachodzących (twory gruzlicze kręgów lub opon, miękczaaki opon, guzy). Po ich wyłączeniu rozpatrujemy cierpienia samego rdzenia (wiąd rdzenia, zapalenie rdzenia, zapalenie przednich rogów istoty szarej). Następnie musimy różniczkować rozpoznanie pomiędzy danem cierpieniem, a jednym z cierpień nerwów obwodowych (zapalenie nerwów wieloogniskowe). Tą drogą odgraniczenie od wszelkich cierpień organicznych, z podobnemi objawami przebiegających, zostało uskutecznione i pozostaje oddzielenie naszego cierpienia od jednej choroby czynnościowej (histerya). Gdy to wykonane zostanie, dojdziemy do przekonania, żeśmy mieli do czynienia z cierpieniem nerwu obwodowem (cierpienie nerwu kulszowego). Wtedy należy bliżej określić naturę danego cierpienia, dowieść, czyśmy mieli do czynienia z nerwobólem, czy też z zapaleniem nerwu.

Zarysowawszy sobie plan powyższy, wedle niego postaramy się rozpoznać cierpienie, do którego nasze przypadki należy zaliczyć. Po pobieżnem rozejrzeniu się w stanie kości i gruczołów chłonnych, badamy stan stawu biodrowego. Prawidłowy układ kończyny, brak bolesności przy ruchach w stawie biodrowym, jako też przy uderzeniu w krętarz wielki bądź w piętę wyłączają cierpienia stawu biodrowego. Cierpienie w okolicy mięśnia lędźwiowego (*psoritis*) łatwo rozpoznaje się na zasadzie układu kończyny, bolesności przy ruchach i zmniejszonej bolesności, gdy ruchy nawrotowe i odprowadzające w stawie biodrowym wykonywany w obec kończyny w stawie tym zgiętej. Zmiany w pobliżu rdzenia (twory gruzlicze kręgów lub opon, guz w pobliżu dolnej części rdzenia) wyłączamy, gdy nie znajdujemy bolesności kręgów przy dotyku, jako też na zasadzie przebiegu cierpienia. O ile cierpienia tego rodzaju mogą przebiegać pod postacią choroby nerwu kulszowego, przekonał mnie przypadek z praktyki prywatnej. Chory był

dotknięty guzem w pobliżu dolnej części rdzenia, a przez dłuższy czas był uważany, jako cierpiący na *lumbago*, rwę kulszową, dopóki charłactwo, a wreszcie śmierć nie dowiodły, że pierwotne rozpoznanie było niewłaściwe. Z cierpień rdzenia, jakie mogą przebiegać z objawami, właściwymi naszemu cierpieniu, na pierwszym miejscu podajemy wiać rdzenia. Jakiśmy wspominali, jednym z pierwszych objawów przedmiotowych wiać rdzenia może być zniesiony odruch Achillesa. Możliwy jest wiać rdzenia z brakiem odruchu Achillesa tylko na jednej kończynie. Zresztą bywają wszak u jednego osobnika cierpienia nerwów kulszowych obu kończyn, dwustronna rwa kulszowa. Jeśli pominę ograniczenie bólów przy cierpieniu nerwu kulszowego wyłącznie do linii, według której nerw ten przebiega, jeśli nie wspomnę o objawie *Laségue'a*, to wszak sam charakter bólów wiać rdzenia rzecz wyjaśni. Bóle nóg wiać rdzenia można poznać na zasadzie ich charakteru podmiotowego, rozległości, czasu trwania, planu przenoszenia się i zjawiania się okresami. Gdy nam chory opowiada, że doznaje w nogach uczucia darcia, szarpnięcia, świrdrowania, że ból taki zajmuje niewielki punkt kończyny, że po sekundzie mniej więcej go opuszcza i po krótkiej przerwie w inne miejsce się przenosi, aby za chwilę w innym punkcie kończyny się ukazać i w ten sposób ból przeskakuje z jednego miejsca kończyny na drugie bez żadnego planu pod względem kierunku, gdy pomiędzy okresami bólów bywają tygodnie i miesiące od nich wolne, wówczas możemy z wielkim prawdopodobieństwem posądzać chorego o wiać rdzenia. Nigdy takich bólów nie doznaje osoba, dotknięta rwą kulszową. W przypadku, w którym chora niezbyt dokładnie określała charakter bólów w jej nogach, a badanie wykryło brak odruchu Achillesa na jednej kończynie i osłabiony odruch na drugiej, rozpoznałem wiać rdzenia wprawdzie ze znakiem zapytania z tego przynajmniej względu, że jako miejsce bólów chora wskazywała tylną powierzchnię każdego uda. Dalszy przebieg, w którym wystąpił brak oddziaływania żrenic na światło, wykazał, że rozpoznanie było właściwe. Brak odruchów Achillesa może nasunąć myśl o zapaleniu rdzenia, w niezwykle wprawdzie rzadkich przypadkach. Możliwe to jest jednak tylko wówczas, gdy przeoczmy mnóstwo objawów wcześniej niż dany występujących, jakoteż objawy ciężkie, jakie zazwyczaj zachodzą przy zapaleniu rdzenia w okresie zniesionych odruchów. Zapalenie przednich rogów istoty szarej ma z podaniem przez nas cierpieniem tyle wspólnego, że może zachodzić z brakiem odruchu, ze zmianami odżywczymi mięśni, zresztą z zakłóceniem oddziaływania elektrycznego. Ostatnie dwie zmiany są jednak przy zapaleniu przednich rogów istoty szarej dalej znacznie posunięte; wreszcie przy wzmiankowanym cierpieniu rdzenia niema żadnych bólów. Z zakłóceniem odruchów Achillesa przebiega wreszcie zapalenie nerwów wieloogniskowe. W tem cierpieniu spotykamy również zmiany czucia, odżywiania, oddziaływania elektrycznego. Widzimy tedy, że istnieje zupełna zgoda pomiędzy objawami w naszych przypadkach spostrzeganymi, a objawami ostatniego cierpienia. Rozpoznanie różniczkowe opiera się w tym razie przeważnie na różnicy ilościowej. Cierpienie nerwów wieloogniskowe dotyczy kilku nerwów, z tego względu zmiany wszystkie obejmują znaczne obszary. Cucie bywa w tych razach zakłócone nie tylko na przebiegu nerwu kulszowego, odżywianie mięśni zachodzi nie tylko w unerwionych przez nerw kulszowy, zostają zniesione odruchy nie tylko Achillesa, lecz często również kolanowe.

Jeśli przy objawach, jakie są w przypadkach naszych podane, możemy powyższe cierpienia brać pod rozważę przy rozpoznawaniu różniczkowym, to znacznie więcej musimy się wahać pomiędzy rozpoznaniem zapalenia nerwu kulszowego, nerwobólu kulszowego i histeryi.

Histerya jest jedynem cierpieniem czynnościowem, która przebiegać może pod pozorem choroby nerwu kulszowego (7,3% przypadków). Widywałem chorych, których inni lekarze kierowali do polikliniki z rozpoznaniem rwy kulszowej, a po zbadaniu rozpoznanie ich mieliśmy zmienić i stwierdzić histeryę. Złudzenie nasze pod tym względem może być wcale duże, gdy chory skarży się na ból kończyny dolnej i wskazuje miejsce szerzenia się bólu, zakreślając linię, stanowiącą kierunek przebiegu nerwu kulszowego. W tej postaci w większości przypadków próżnobyśmy szukali punktów bolesnych. W nielicznych razach znajdujemy je wprawdzie, lecz wówczas nie trzymają się one dróg utartych i często leżą gdzieś z boku od właściwej linii nerwu. To samo zachodzi ze wszelkimi zmianami czucia o tyle, o ile one się przy wrzekomem cierpieniu kulszowem napotyka. Przy wszelkich ruchach biernych przy histeryi nie sprawiamy choremu żadnych bólów, a bóle samoistne mogą być tak dotkliwe, że chorych na tygodnie, nawet miesiące przykuwają do łóżka. Ze względu na brak bólu przy ruchach biernych przy wrzekomej rwie kulszowej nie znajdujemy w przypadkach odnośnych objawu LASEGUE'a w jego postaci pierwotnej, ani też w przemianie podanej (przeginanie tułowia ku przodowi w obec nóg rozgiętych w stawach kolanowych). Występuje właściwa histeryi niezgodność między skargami, zaburzeniami czynnościowemi i danemi przedmiotowemi. Próżnobyśmy żądali, by ta postać owej kapryśnej nerwicy, którą histeryą zowiemy, przez dłuższy czas dotyczyła pewnej kończyny. Niejaki czas chory narzeka na jedną kończynę, a stosunkowo prędko po tem dolega mu druga. Niestalość objawów jest tu jedną z cech najbardziej charakterystycznych. Mięśnie w tych razach nie bywają zmienione, zarówno stan odruchów i oddziaływania elektrycznego. Jeśli zauważymy, że wrzekoma rwa kulszowa ukazać się może w wieku, w jakim prawdziwa nigdy nas nie napastuje (nawet przed 20 rokiem życia), że kobiety są w nią częściej uposażone, niż mężczyźni (kobiety stanowią w tym razie 88% ogółu danego rodzaju chorych), to w zupełności możemy odróżnić ją od istotnego cierpienia nerwu kulszowego. W razach tych możemy znaleźć i inne objawy histeryi (w jednym przypadku znalazłem taki względnie rzadki objaw, jak zwężenie pola widzenia), lecz możemy ich również i nie wykryć. Zapewne, że może czasami zachodzić kombinacya cierpienia nerwu kulszowego i histeryi, lecz to bywa względnie rzadko (1,3% naszych przypadków).

(D. n.).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

56. Dalszy ciąg sprawozdania komisji niemieckiej przeciw dżumie w Bombaju.

Co się tyczy stanu epidemii, to pomimo wszelkich niedokładności w zapisywaniu chorych i zmarłych, wątpliwości nie ulega, że dżuma zmniejsza się. Przypisać to należy poczęści niewątpliwie dobroczynnemu wpływowi środków ogólnych, stosowanych w celu zwalczania zarazy (systematyczne oględziny mieszkań, umieszczanie chorych w licznych szpitalach specjalnych, odkażanie mieszkań, odosobnienie osób podejrzanых). Ludność nie stawia, jak dotąd, poważ-

żnego oporu „komitetowi zarazy“, choć zdarzają się przypadki ukrywania chorych z obawy wrzekomego trucia ich po szpitalach. W każdym razie nie ulega wątpliwości, że zmiana niepomyślnych warunków higienicznych otoczenia na lepsze jest dzielnym środkiem walki z chorobą.

Pominiemy tutaj szczegółowy wykaz stanu epidemii w prezydentostwie Bombajskiem, zarówno nieznaczne stosunkowo wybuchy dżumy w okolicach bardziej południowych, a przejdziemy do spostrzeżeń klinicznych i anatomicznych.

Najczęstszą postacią dżumy jest zajęcie gruczołów chłonnych. W rysach głównych obraz jest następujący: bolesny, szybko lub powoli zwiększający się obrzęk jednego lub wielu gruczołów w pachwinie, pod pachą, na szyi, lub w innych miejscach, często w kilku na raz, gorączka występująca nagle, ciągła lub przepuszczająca, silny ból głowy, wysokie osłabienie, odrętwienie, tętno bardzo częste, z początku dwu—, później jednobitne przy napełnionych tętnicach. Wszystko to występuje przeważnie pierwszego, najdalej trzeciego dnia choroby. Każdy zreszta z gruczołów chłonnych obwodowych może być pierwotnem siedliskiem choroby, np. gruczoły łokciowe, pośladkowe, potylicowe i t. d., co więcej, gruczoły pierwszego szeregu mogą być prawie nietknięte, gdy gruczoły drugiego lub trzeciego szeregu zamieniają się w dymienice; np. gruczoły udowe, nawet pachwinowe są nietknięte, a w podbrzuszu wyczuwamy wielki guz odpowiadający gruczołom biodrowym. Bywa i tak, że zajęty jest cały łańcuch gruczołów, a sprawa w postaci obrzęku zapalnego, często krwotocznego, zajmuje i tkanki sąsiednie.

Niekiedy siedliskiem pierwotnem jest wrzód skórny, karbunkuł, gruczoły zaś chłonne są miejscem zajęcia wtórnego. Może je wtedy łączyć bardzo wydatne zapalenie naczyń chłonnych, któremu znów towarzyszą niekiedy liczne krosty i pęcherze, lub czyraki. Wrzód pierwotny występuje nie tylko na kończynach, lecz i gdzieindziej; np. widziano go u 7-letniego chłopca na napletku, a u pewnego mężczyzny na pępku. Zajmowane bywają i gruczoły chłonne błon śluzowych. Można spostrzegać zarówno dymienice migdałów, jak pierwotne wrzody na nich z dymienicami u kątów szczękowych; widziano też dymienice gruczołów górnognykowych.

Najczęstszem zejściem dżumy gruczołów jest ropienie, a mogą się przyłączać i inne groźne objawy zakażenia lub zatrucia. Do ostatnich należy osłabienie w najwyższym stopniu czynności serca wraz z porażeniem tętnic obwodowych, gwałtowne objawy podrażnienia żołądka i kiszek z wymiotami i biegunką krwawą, krwimocz, drgawki kloniczne i t. d. Zwykle towarzyszy tym objawom bolesność podstawy żołądka i okolicy kiszek ślepej, burczenie tamże i bóle lędźwiowe. Anatomiczną podstawą wszystkich tych objawów są prawie wyłącznie przekrwienia i wybroczyny. Są to prawdopodobnie objawy zatrucia, za takim bowiem przypuszczeniem przemawiają przypadki wyzdrowienia pomimo tych objawów; innym jeszcze dowodem jest badanie płodu poronionego, u którego znaleziono przy zupełnej jałowości narządów wewnętrznych jedynie charakterystyczne wybroczyny.

Jako zatrucie należy uważać niektóre objawy następce, jak długotrwałe porażenie hamującego wpływu nerwu błędnego na serce, długotrwałe porażenia naczyń, porażenie nerwu zwrotnego, bezgłosy, niemoty, głuchoty, zaniewidzenia i porażenia poprzeczne.

Bez porównania cięższy obraz kliniczny, niż dżuma gruczołów, przedstawia posocznica dżumowa. Przy wysokiej

gorączce, której towarzyszy bredzenie — występujące zresztą i przy innych postaciach dżumy—lub natychmiastowy upadek sił, przyłączają się do obrzęku gruczołów lub innych pierwotnych spraw objawy posocznicy, wiodące w kilka dni, a nawet w kilka godzin do śmierci. Prawie bez wyjątku występuje szybko obrzęk śledziony, bolesność wszystkich dostępnych gruczołów chłonnych choćby bez obrzęku, wreszcie krwotoki w żołądku i kiszkiach—zwiastuny bliskiej śmierci, którą również zapowiada ukazanie się laseczników we krwi.

W przypadkach posocznicy, gdzie za życia nie udawało się wykryć wrót zakażenia, znajdowano przy badaniu pośmiertnem niewielkie ogniska krwotoczne w gruczołach, co uchodziło uwagi wobec odrętwienia chorego, lub ogniska zapalne w płucach.

Trzecią postacią kliniczną jest zapalenie płuc dżumowe. Przy dreszczach, rozpaleniu następchem i szybko występującem stępieniu jednego lub większej liczby płatów płucnych rozwija się szybko obraz ciężkiego płatowego lub ogniskowego zapalenia płuc; płwociny bywa zwykle mało, rzadziej dużo, śluzowej, białej, żółtej lub rdzawo-brunatnej; temu obrazowi towarzyszy niezmiernie osłabienie, bolesność gruczołów chłonnych, często znaczny obrzęk śledziony. W płwocinie znajdujemy bądź samego lasecznika dżumy, bądź z diplokokiem FRAENKEL'a, bądź z paciorkowcem.

Obok przypadków opisanych widuje się przypadki poronne u chorych, którzy są przyjmowani do szpitala z powodu jednodobnej gorączki, nieznacznej bolesności jakiego gruczołu, a nawet bez gorączki, jedynie z powodu bólu głowy, kończyn, albo zaburzeń w przewodzie pokarmowym; przychodzą oni w kilka dni do zdrowia. Że to są przypadki lekkiej dżumy, wątpliwości nie ulega, chorzy tacy należeli bowiem do rodzin zadżumionych, często dotknięci bywali następchem osłabieniem, lub nadmierną wrażliwością serca, lub powikłaniami nerwowymi (głuchotą i porażeniem podniebienia). W trzech przypadkach spostrzegano nasładownictwo dżumy histeryczne.

Powikłań najrozmaitszemi chorobami układu nerwowego, przewodu pokarmowego i t. d., jak również licznych kombinacy z innemi chorobami wyliczać niepodobna. Jedno natomiast z powikłań, występujące często wcześniej, drugiego nawet pierwszego dnia choroby, zasługuje na uwagę. Jest niem zapalenie rogówki miazszowe prowadzące po większej części do *iridocyclitis*, a nie rzadko do całkowitego zropienia gałki. Być może, że jest to wynik zakażenia mieszanego. Za takie należy uważać wysypki krostowe i ropienie występujące w późniejszych okresach choroby, a przedłużające i tak długotrwałe zdrowienie.

Rokowanie wobec śmiertelności dosięgającej 50—60% jest wogóle niepomysłne. Posocznica jest chyba zawsze śmiertelna, zapalenie płuc — w ogromnej większości przypadków. W przypadkach dżumy gruczołów za pomysłne należy uważać wczesne dojrzanie dymienicy, tętno zdradzające pewne napięcie naczyń i spokojny oddech. Z drugiej strony bezwzględnie nie są niepomysłne ani zbyt wysoka gorączka, ani wystąpienie zimnego lepkiego potu, ani krwawe wymioty, ani znaczny obrzęk śledziony, ani wykazanie siarkowodoru i amoniaku we krwi, co się u ciężko chorych znaleźć udaje.

A jednak, gdy pomiędzy trzecim a siódmym dniem choroby gorączka spada, dymienice popękają, a chory doświadcza znacznej ulgi, wszystko to nie przeszkadza, by zejście było niepomysłne, czy to wskutek porażenia układu naczyniowego, czy wzrastającego charłactwa, czy gorączki ropnej. Odwrotnie znów pozornie umierający, chory, z którego, zdawałoby się, już nic nie będzie, przychodzi po

długiem zdrowieniu do siebie. Dodać należy, że nawet po krótkiej chorobie i szybkim wyzdrowieniu powoduje dżuma dłuższy upadek sił fizycznych i umysłowych.

Rozpoznanie nie jest wogóle trudne. Trafiają się jednak przypadki, zaliczane za życia do dżumy, gdzie po śmierci wykrywa się zmiany zależne od innego zakażenia, np. choćby od grypy.

Co do leczenia, to żaden sposób nie daje wyników pewnych. Najważniejsza jest dyetetyka w znaczeniu szerokim i leczenie objawowe. Czystość otoczenia i odkażenie są konieczne choćby ze względu na personel szpitalny, to też przypadki pomiędzy tym ostatnim są w Bombaju nader rzadkie. Na szczególną uwagę zasługuje niszczenie plwociny, jeden bowiem z posługaczów szpitalnych zginął od ciężkiego zapalenia płuc dżumowego; również ostrożnie należy się obchodzić z kałem i moczem, a także bielizną chorych, choć przy ich pośrednictwie nie zdarzyło się, o ile to komisji wiadomo, ani jednego zakażenia wśród posługi szpitalnej.

Co do poszukiwań anatomicznych i bakteryologicznych komisja obiecuje zdać dokładniejszą sprawę później. Jak na teraz przytoczone są bardziej urywkowe spostrzeżenia. A więc w trzech przypadkach zapalenia płuc (postaci, którą pierwszy wyróżnił CHILDE, profesor anatomii patologicznej w Bombaju) znaleziono w skrawkach olbrzymie ilości laseczników, dwa razy w czystej hodowli, raz z nieznaną domieszką dipłokoków FRAENKEL'a; w jednym z pierwszych przypadków sprawa nie doszła nawet do wyraźnych zmian zapalnych, a tylko pęcherzyki były wypełnione krwawym płynem z masą laseczników. Była to postać piorunująca. W innym przypadku znaleziono liczne ogniska zgorzelinowe w wątrobie otoczone grubym wałkiem laseczników drążących do tkanki zdrowej. W przypadku innym z licznymi wybroczynami w kiszki nablonek był w nich nienaruszony, dotknięte były tylko naczynia zawierające masy pasorzytów; w samej tkance kiszki a nawet w gruczołach nie było ich wcale. W przypadkach posocznicy istota gruczołów chłonnych i tkanka okołogruczołowa zawierały niepomiarłą ilość laseczników.

Nie bez znaczenia dla walki z epidemią jest wyjaśnienie sprawy, jak długo mogą się utrzymywać przy życiu laseczniki swoiste poza ustrojem. Uczyniono więc szereg prób nader różnorodnych, kontrolowanych przez doświadczenia na zwierzętach. Okazało się, że dłużej nad siedm dni niepodobna było utrzymać przy życiu laseczników w stanie suchym; po większej części ginęły one już po pięciu, rzadziej po trzech dniach. Światło słoneczne zabija laseczniki w cienkiej warstwie już po kilku godzinach. W wodzie wodociągowej wyjałowionej utrzymują się laseczniki nie dłużej nad trzy dni, w wodzie niewyjałowionej — tylko jeden dzień. Stąd wynika, że laseczniki dżumy są nietrwałe, co jest tembardziej pocieszające, że jak dotąd, nie udało się wykryć postaci trwałych (zarodników) i nawet niema na to nadziei.

Dokonano badań nad wrażliwością różnych zwierząt na dżumę. Szczepiono im hodowlę pod skórę i wcierano w świeże obnażenia naskórka: ani jedno zwierzę pomimo choroby nie zginęło, chociaż zakażano je ogromnemi dawkami. Próbom poddano konie, woły, krowy, kozy, owce, świnię, psy, koty, małpy, gołębie, gęsi i koguta. Próby z zakażaniem przez przewód pokarmowy dokonane będą później.

Z członków komisji uległ dżumie STICKER, zaraziwszy się przy badaniu trupa. Na szczęście choroba ograniczyła się tylko do zajęcia naczyń i gruczołów chłonnych prawej kończyny górnej i już drugiego dnia choroby wystąpiło znaczne polepszenie a wreszcie wyzdrowienie.

(*Deut. Med. Woch.* 1897 N. 19).

A. Ż.

57. F. LANGE. **Operacyjne leczenie garbu według Calot'a.** Przed trzema miesiącami rozeszła się wiadomość w prasie lekarskiej, iż francuskiemu lekarzowi CALOT'owi udało się usunąć garb na drodze operacyjnej. Od czasu ogłoszenia tej nowej metody leczniczej we francuskim Archiwum Chirurgicznym dokonał CALOT 37 podobnych zabiegów, leczenie zaś w 7 tylko przypadkach doprowadzone zostało do końca. CALOT usypia chorego i w położeniu na brzuchu stara się jaknajśilniej wyciągać w ten sposób kręgosłup, iż jeden asystent trzyma chorego za głowę, gdy drugi ciągnie go za nogi w kierunku przeciwnym. Dwaj inni asystenci podtrzymują mostek i miednicę, operator zaś kładzie obiedwie ręce na punkt najwyższy garbu i wywiera stopnio wzrastający ucisk, dopóki garb nie wyprostuje się. CALOT dodaje, iż stosuje ucisk, sięgający prawie granicy siły, jaką posiada; czuje przytem pod ręką, a czasem słyszy nawet trzask kości. Po usunięciu garbu nakłada opatrunek gipsowy, obejmujący tułów od głowy do miednicy. Po 3-ch lub 4-ch miesiącach opatrunek zmienia; nowy opatrunek pozostaje takież przeciąg czasu. W 6—8 miesięcy po wyprostowaniu garbu przepisuje dziecku gorset i uważa je za powracające do zdrowia. CALOT prostował w ten sposób nie tylko świeże garby (kilka miesięcy), lecz i dawniejsze (4, 6 i 8 lat).

Przeszkody przy wyprostowaniu zależne są nie tylko od długotrwałości cierpienia, ale i od innych czynników: w jednym przypadku, dwa lata trwającym, TAUSCH użył tylko lekkiego ucisku oprócz wyciągania w celu usunięcia garbu, gdy tymczasem u innego chorego tyleż lat garb mającego, autor zmuszony był zastosować ucisk dosyć długotrwały całego ciężaru ciała i niezupełnie kręgosłup wyprostował. Jeżeli już nastąpił zrost kostny kręgów garb tworzących, niezbędne staje się krwawe usunięcie garbu. W dwóch przypadkach CALOT wyciął klin z tylnej części garbu, następnie złamał pozostający z przodu mostek kostny, rozczłonkował kręgosłup na dwie części ruchome i w końcu zestawił dwa odcinki w ten sposób, iż stanowiły razem linię prostą.

Dawniej nie wykonywano podobnej operacji ze względu na następujące niebezpieczeństwa. Unikano wszelkiego urazu mechanicznego, gdyż ten wywołuje powiększenie ilości wysięku między oponą twardą i kością, co staje się przyczyną porażenia. Jednakże CALOT w 37-iu przypadkach nie spostrzegał ani razu ciężkiego porażenia. Podobny wynik wytłomaczyć można w ten sposób, iż jakkolwiek ilość wysięku wzrasta, zwiększa się też przestrzeń, mogąca go pomieścić, a to wskutek wzajemnego oddalenia kręgów. Na poparcie tego rozumowania przytoczyć można fakt, iż w dwóch przypadkach spostrzeganych przez TAUSCH'a, po wyprostowaniu garbu ustąpiły objawy niedowładu w nodze.

Obawiano się też bezpośredniego niebezpieczeństwa, zagrażającego rdzeniom wskutek wyprostowania. Możliwości zmiażdżenia lub rozerwania rdzenia zaprzeczyć nie można, jednakże niebezpieczeństwo przy pewnej ostrożności nie jest zbyt wielkie, gdyż najczęściej przy zapaleniu kręgów dobrze są zachowane łuki kręgowe i wyrostki cierniste, więzy zaś łączące łuki i wyrostki pomiędzy sobą nie pozwalają na powstanie t. zw. *dislocatio ad latus*. Jeżeli sprawa gruźlicza przeszła i na te części, stosowanie zabiegu CALOT'a staje się nader niebezpieczne. Porażenia nie wyczerpują niebezpieczeństw, związanych z wyprostowaniem garbu. Wszelaki uraz spotęgować może objawy zapalne. Rzeczywiście u jednego z chorych, operowanego przez CALOT'a, w 4 miesiące po wyprostowaniu, u drugiego w 6—utworzył się ropień opadowy. Natomiast u trzeciego chorego ropień znikł w czas jakiś po operacji. W stawie biodrowym np. sprawą gruźliczą dotkniętym i przykurczonym wyprostowanie łatwo pogorszenie sprawy powoduje. Z tak małej liczby przypadków zapewne trudno jest sądzić, zdaje się jednak, że kręgosłup inaczej się za-

chowuje pod tym względem. Przy prostowaniu kręgosłupa mianowicie ciśnienie wysięku zmniejsza się, jak to już zaznaczono wyżej, gdy tymczasem wzrasta ono po usunięciu przykurczenia, spowodowanego przez zapalenie stawu biodrowego. Następnie opatrunek gipsowy zapewnia spokój i znosi obciążenie kręgosłupa. To też autor szczególną zwrócił uwagę na opatrunek gipsowy, odgrywający najważniejszą rolę w całej operacji. CALOT wspomina tylko, iż jego opatrunek gipsowy obejmuje głowę i tułów, że garb pokrywa watą i mocno przyciąga bandaż.

Chcąc usunąć brak ten w komunikacie CALOT'a, podaje autor dokładny opis opatrunku gipsowego własnego pomysłu, za który bierze na siebie wyłączną odpowiedzialność, gdyż nie wie, czy zgadza się z opatrunkiem stosowanym przez CALOT'a. Zbudował on model z drzewa, złożony z sześciaków, połączonych więzami; naśladują one kręgi; drążki poprzeczne, umocowane na górnym i dolnym ich końcu, przypadają na potylicę i miednicę, całość zaś przedstawia ruchomy we wszystkich kierunkach łańcuch. Unieruchamiając ten łańcuch można go użyć jako szyny uciskającej i wyciągającej.

Górny punkt oparcia stanowi potyllica, dolny — skrzydła kości biodrowych. Nakładając przeto opatrunek gipsowy, należy zgiąć dobrze wtył głowy, aby zyskać pewny punkt oparcia na kości potylicowej w dołku, leżącym pomiędzy mięśniami karku stron obu i pod wyrostkiem sutkowym. Baczyć też trzeba, aby bandaż, przez czoło przeprowadzony, mocno utrzymywał głowę w takim położeniu. Wielki otwór w przedniej ścianie opatrunku zabezpiecza od ucisku narządy brzuszne. W późniejszym okresie choroby można zastąpić opatrunek gipsowy pewną konstrukcją szyn lub opatrunkiem ze szkła wodnego.

Po wyprostowaniu garbu i unieruchomieniu kręgosłupa nie osiągamy jeszcze pożądanego celu, kręgi bowiem, początkowo stykające się po wyprostowaniu, odsunięte zostają od siebie, co powoduje utworzenie się przestrzeni pustych; te ostatnie muszą wypełnić się zdrową kostniną, w przeciwnym bowiem razie chory nie mógłby chodzić bez opatrunku. Wyniki otrzymane przez CALOT'a świadczą, iż tak daleko sięgające nowotworzenie kości w dotkniętych sprawą gruźliczą kręgach jest możliwe. Pamiętać jednakże wypada, iż otrzymał on te nader pomyślne wyniki u dzieci, będących w świetnych warunkach zdrowotnych (klimat nadmorski). Na tę okoliczność autor szczególnie kładzie nacisk.

Przechodząc do wskazań zauważyć się godzi, iż przedewszystkiem należy zapobiegać tworzeniu się garbu, co stanowić będzie zadanie przyszłości. Gdy garb już powstał, zaproponować możemy operację rodzicom, mogącym utrzymywać dzieci swoje w nader zdrowotnych warunkach; nie trzeba też taić, iż doświadczenia nasze w tym kierunku nie są jeszcze ukończone i że z wyprostowaniem połączone jest niebezpieczeństwo porażenia i nawrotu gruźlicy. Obowiązkiem naszym jest zmniejszenie do *minimum* niebezpieczeństw zabiegu. Czyniąc zadość temu wskazaniu, autor robi opatrunek na głowie i miednicy w przeddzień operacji bez narkozy, aby ta nie trwała zbyt długo. Przy wyprostowaniu zwraca główną uwagę na to, by ono wykonane było jaknajwolniej i jaknajostrożniej.

Zamiast stołu operacyjnego używa autor ramy z rur gazowych. Chory leży na brzuchu, mając oparte czoło, miednicę i nogi na trzech pasach poprzecznych. Gdy mocny bandaż, jak przyrząd GLISSON'a, przytwierdza głowę chorego do górnej części ramy, operator rozciąga kręgosłup za nogi ze wzrastającą stopniowo siłą. Następnie utrwała wyciągnięcie kręgosłupa mocnym bandażem, otaczającym część miednicową opatrunku i przymocowanym do dolnej części ramy. Jeżeli w ten sposób nie uda się usunąć garbu, dołączamy do wyciągu bezpośredni ucisk na garb. W końcu zrobione poprzedniego dnia na głowie i miedni-

cy opatrunki łączymy grubą warstwą bandaży gipsowych. Ta metoda operacyjna zbyteczną czyni pomoc czterech asystentów i pozwala uniknąć nierównomiernego wyciągania; operator w każdej chwili wie, z jaką siłą rozciąga kręgosłup. Dalej ułatwia ona nałożenie opatrunku, gdyż czyni dostępną dolną (przednią) stronę chorego; wreszcie chloroformujący w każdej chwili spostrzegać może twarz chorego. Jeżeli wyprostowanie przy zastosowaniu dość znacznej siły i długo trwającym ucisku nie nastąpiło, autor zadawałnia się poprawieniem położenia zdrowej części kręgosłupa. Wyciągając części zdrowe, pod i nad garbem leżące, osiąga on prostą w przybliżeniu postawę kręgosłupa. Pozostający garb da się zmniejszyć później za pomocą rezekcyi wyrostków ciernistych.

Przyp. refer. W szpitalu Warszawskim na Pradze, znajduje się obecnie w leczeniu ambulatoryjnym chłopiec czteroletni, operowany metodą CALOT'a. Chory wszystkie zabiegi zniósł doskonale. Włada w porażonej kończynie dolnej lewej powróciła. Bliższe szczegóły podane będą po ukończeniu leczenia. W ostatnich dniach w tymże szpitalu jest w leczeniu drugi podobny przypadek.

(*Münch. med. Wochenschr.* 1897. Nr. 16). Antoni Lesnobrodzki.

58. KOLLE. **Przyczynek do czynnego uodparniania ludzi przeciw cholercie.** LAZARUS wykazał, że surowica krwi ludzi, którzy przebyli cholerę jest w stanie uodparniać świnki morskie przeciw zakażeniu cholerą do otrzewny, PFEIFFER zaś (i inni) dowiódł, że to działanie ochronne ma charakter swoisty i że są tu niszczone same laseczniki, nie zaś ich jad, t. j., że surowica taka posiada własność bakteryobójczą, a nie przeciwtoksyczną, że wreszcie można zwierzęta uodpornić czynnie wzrastającymi dawkami żywych lub martwych hodowli i wtedy zjawia się u nich surowica o powyższych własnościach.

Swoiste związki bakteryobójcze wykrywano dotąd w surowicy osób, które wyzdrowiały z cholery, nigdy zaś nie znaleziono ich u ludzi, którzy cholery nie przebyli, można więc wnioskować, że obecnością swoistych związków cechuje się odporność względem zakażenia na drodze naturalnej. Ponieważ związki te wykryto u zwierząt sztucznie uodpornionych, sądzić należało, że znajdują się one i we krwi ludzi po podskórnych zastrzykiwaniach wibryonów cholery.

Podobne zastrzykiwania w celach ochronnych były już stosowane w r. 1884 przez FERRAN'a w Hiszpanii bez wielkiego jednak powodzenia. O wiele więcej rozgłosu, i zdaje się słusznie, nabrały próby HAFKIN'a wykonywane w Indyach Wschodnich. Stosował on dwie szczepionki: jedną osłabioną przez ciągłe przeszczepianie na pożywkach sztucznych i drugą wzmocnioną przez przeszczepianie na zwierzętach; dawki zadawane w przerwach pięciodniowych wynosiły $\frac{1}{12}$ — $\frac{1}{8}$ świeżej hodowli agarowej. Zabieg ten jest kłopotliwy, jak to widać z opisu, a odporność nabyta nie trwa dłużej, niż rok. Z zestawienia liczb wynika, że metoda powyższa przynosi bardzo wyraźną korzyść.

Ani FERRAN jednak, ani HAFKIN nie dowiedli istnienia swoistych związków ochronnych. Próbował dowieść ich istnienia KLEMPERER, ale sposób badania przyjęty przez niego zawiera dużo błędów i zresztą przypisuje on mylnie surowicy przeciwcholerycznej własności przeciwtoksyczne. Aby sprawę rozstrzygnąć podał się autor wraz z kilku kolegami i pewną liczbą osób ze służby Instytutu dla chorób zakaźnych (wogóle 15 osób) szczepieniom podskórnym cholery. Metoda przypomina metodę HAFKIN'a; za pierwszą dawkę służyła $\frac{1}{12}$ część 24-godzinnej hodowli agarowej zabitej chloroformem; druga dawka stosowana po pięciu dniach wynosiła takąż samą ilość hodowli jadowitej, żywej, wreszcie trzecia również po pięciu dniach—ósmą część tejże hodowli. Objawy miejscowe polegały na ograniczonym, bardzo przy dotyku bolesnem stwardnieniu w okolicy szczepienia i na bolesności najbliższych gruczołów chłonnych; co do objawów ogólnych, to ciepłota

podnosiła się wyraźnie (niekiedy do 39°), zjawiały się dreszcze, osłabienie i utrata łaknienia; wszystko to znikało po 2—3 dniach. Po trzecim zastrzyknięciu objawy występowały nader słabo. Zaznaczyć warto ogromną jadowitość istoty wibryonów cholery dla człowieka, bowiem w podawanych dawkach istoty tej jest najwyżej 2—3 mmg.

Zarówno przed zastrzykiwaniami, jak w 10 dni po ostatnim zastrzyknięciu dobywano krew albo zapomocą wyjałowionych baniek, albo pijawki HEURTELOUP'a, własności zaś surowicy próbowano na świnkach. Próby odbywały się według metody PFEIFFER'a: daną objętość surowicy powiększano do objętości 1 cm. sz. dodając bulionu i z 10-krotną dawką śmiertelną wibryonów wprowadzano świnkom do otrzewny. Wyniki tych prób są w krótkości następujące. Gdy przed uodpornieniem potrzeba było do uratowania zwierzęcia od 10-krotnej dawki śmiertelnej wibryonów 0,6--0,75 cm. sz. surowicy, to w 10 dni po uodpornieniu wystarczało 0,003 cm. sz. surowicy*).

U zwierząt wywołuje się przy uodparnianiu sztucznem ten sam wynik, czy używany hodowli żywych, czy martwych. Autor dokonał i u człowieka prób uodparniania tylko martwemi hodowlami. Okazało się, że po jednej dawce wynoszącej $\frac{1}{10}$ — $\frac{1}{5}$ części 24-godzinnej hodowli agarowej zabitej chloroformem (10 minut przy 37°) lub gotowaniem (2—3 minuty) można osiągnąć ten sam stopień uodpornienia, a nawet wyższy od stopnia odporności osób, które przebyły samą cholere. Gdy bowiem przeciętne miano surowicy tych ostatnich wynosi 0,01 cm. sz., to miano surowicy osób uodpornionych martwemi hodowlami dochodzi do 0,003 cm. sz.

Ta ostatnia okoliczność dowodzi, że w praktyce lepiej byłoby używać hodowli martwych, niż żywych, łatwiej bowiem i bezpieczniej mieć do czynienia z pierwszymi, niż z drugimi. Odczyn po wprowadzeniu pod skórę hodowli martwych jest taki sam, jak po żywych, a właśnie z powodu tego odczynu wiele osób (jak o tem wspomina zresztą i HAFKIN) nie chce się poddać szczepieniu powtórnemu. Próby zaś autora dowodzą, że ten sam wynik otrzymać można szczepiąc od razu większą dawkę (około $\frac{1}{5}$ część hodowli), co szczepiąc kilkakrotnie dawki mniejsze.

Rzecz prosta, odporność nabyta jest całkowicie swoista i surowica posiada jedynie swoisty wpływ bakteryobójczy. Własności ochronne surowicy występują nie natychmiast po szczepieniu, a dopiero po pewnym przeciągu czasu i nigdy przed piątym dniem. Zgadza się to ze spostrzeżeniami PFEIFFER'a i ISAJEW'a, a także ze spostrzeżeniem HAFKIN'a.

Doświadczenia te pouczają nas, że odporność nabyta względem cholery polega na swoistych zmianach we krwi. Co do wyników praktycznych, to nie ulega wątpliwości, że w ojczyźnie cholery szczepienia ochronne mogą wyrzucić pożytek istotny, w Europie jednak, nawiedzanej przez epidemię co kilka dziesiątków lat, musiałoby odbywać się zawsze szczepienie powtórne, doświadczenie bowiem HAFKIN'a uczy, że odporność nabyta dłużej niż rok nie trwa. Niewątpliwie więcej korzyści w Europie da się osiągnąć z zastosowania racjonalnych przepisów zapobiegawczych, czego w Indjach przeprowadzić nie można bądź ze względów socjalnych, bądź klimatycznych. W każdym razie może się zdarzyć i w Europie takie zestawienie okoliczności, że szczepienia ochronne mogłyby wyrzucić korzyść niewątpliwą; wtedy będziemy mieli w ręku niezłą broń do walki.

(Centr. f. Bakt. u. Paras. XIX, Nr. 4—5. 96. r.).

A. Żurkowski.

*) Powyższe liczby stanowią tak zw. mlano (titre) krwi.

Z Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego.

Posiedzenie z dnia 24 lutego 1897 r.

Posiedzenie zagałę przewodniczący, przypominając o jubileuszu, jaki prof. NENCKI obchodził w dniu 21 stycznia r. b. z powodu dwudziestopięciolecia swej działalności profesorskiej, poczem kol. WOJNICZ wygłosił życiorys i podniósł zasługi naukowe szanownego jubilata, a zgromadzeni wybrali go jednogłośnie na członka honorowego Towarzystwa.

Kol. GERSZUN przedstawił kobietę z nowotworem w pęcherzu moczowym ponad ujściem moczowodu prawego. Chora cierpi na ból w czasie oddawania moczu; ku końcowi tego aktu pojawia się kropla krwi; innych objawów niema. Dopiero cystoskop NIETZE'go wyjaśnił sprawę; rozpoznanie *ex oculo* waha się pomiędzy brodawczakiem i rakiem strzępiastym pęcherza.

Kol. ROMM przedstawił: a) chorego, 58-letniego mężczyznę, operowanego przed 5-iu miesiącami z powodu obustronnej przepukliny pachwinowej. Prawa operowana była według metody BASSINI'ego i wyleczona w zupełności, lewa — według Mc EWEN'a już obecnie daje nawrót; b) torbiel jajnika lewego i *fibro-myoma* przedniej ściany macicy; torbiel zawierała około 30 funtów płynu ciemno-brunatnego i miała bardzo szeroką podstawę. Przebieg pooperacyjny trwał 8 dni.

Kol. DEMBOWSKI: a) wspomina o chorej, którą operował przed dwoma laty z powodu torbieli zawierającej duży włókniak i wypełnionej ropą i b) przedstawia chorego, u którego przed trzema laty dokonał operacji przepukliny obustronnej, sięgającej niemal do połowy bioder. Chory jest obecnie zdrow zupełnie pomimo ciężkiej pracy fizycznej, jakiej się oddaje (ślusarz).

Kol. KOHAN zwraca uwagę, że w literaturze znane są jednak przypadki nawrotów po operacji BASSINI'ego. Kol. JUNDZIEL twierdzi, że metoda ta daje dotychczas najlepsze wyniki.

Kol. KOHN przedstawia preparat mięśniaka macicy, usuniętego według metody ZWEIFEL'a.

Kol. DEMBOWSKI przedstawił a) dziewczynkę z gruźliczem zapaleniem stawu biodrowego. Pomimo nieukończonego leczenia chora używa do chodzenia przyrządu HESSING'a (Schiengilzenapparat) i posługuje się nim bardzo dobrze; b) płód z ciąży zamacicznej; o przebiegu cierpienia u tej chorej mówił kol. RYMSZA; c) preparat macicy rakowatej, wydobytej przez pochwę.

Kol. CZARKOWSKI odczytał protokół posiedzenia sekcji sanitarnej przy Tow. Lek. Wil. z dnia 15 lutego w sprawie nowego wydania farmakopei rosyjskiej.

Wreszcie pan NONIEWICZ, magister weterynaryi, mówił „O nowej metodzie pomocniczej przy rozpoznawaniu nosaczyny”. Zaznaczywszy, że na malleinie w zupełności nigdy polegać nie można z powodu bardzo nierównego oddziaływania na konie, p. NONIEWICZ przypomina, że już w roku 1889 wykazał, iż krew zwierząt, chorych na nosaczną zawiera laseczники, dla tej cho roby swoiste. W ciągu ostatnich dwóch lat, badając działanie malleiny na konie, które poddawał leczeniu za pomocą surowicy swoistej, mówca przekonał się wielokrotnie, że laseczники nosaczyny zawsze się we krwi zwierząt chorych znajdują i że nawet w najskryciej przebiegających postaciach tam, gdzie wszelkie inne metody (hodowle, szczepienia na zwierzętach) dają wprost wyniki ujemne, wykazać go można z łatwością. Należy tylko badać krew albo w okresie gorączkowym, albo po zastrzyknięciu malleiny. Kroplę krwi roznieść należy pomiędzy dwoma szkiełkami pokrywkowymi, wysuszyć i utrwalić preparat przez ogrzewanie lub nad kwasem osmowym, następnie

w ciągu 2—5 minut barwić błękitem metylenowym, wymyć w wodzie przekropionej, wysuszyć na powietrzu i badać w ksylolu. Zamiast błękitu metylenowego obojętnego używać można takiegoż roztworu zasadowego według LOEFFLER'a w ciągu 1—2 minut z tą tylko różnicą, że laseczniki przy tej ostatniej metodzie barwią się wprawdzie silniej, lecz jednocześnie marszczą się, stają się cieńsze, co obok silniej zabarwionych jąder białych ciałek krwi utrudnia badanie. Przebarwione preparaty odbarwiać można zapomocą $\frac{1}{2}\%$ kwasu octowego z dodatkiem tropeoliny oo, lecz sposób ten jest już bardziej kłopotliwy i odbarwia preparat nieraz w zupełności.

W dyskusyi, która się z tego powodu wywiązała, zabrał głos kol. W. ORŁOWSKI, który podniósł zalety tej tak prostej i ważnej metody i radził utrzymywać preparaty w suszarce przy 115°C , lub w alkoholu, a nie nad kwasem osmowym, następnie barwić preparaty w błękitie metylenowym z dodatkiem fenolu i odbarwiać w 1% kwasie octowym z dodatkiem tropeoliny.

O ruchu chorych w szpitalu Zapasowym za m. kwiecień r. b.

Pozostało z ubiegłego miesiąca chorych 48 (m. 23, k. 25); przybyło w kwietniu 77 (m. 43, k. 34); wypisało się 60 (m. 32, k. 28); zmarło 7 (m. 4, k. 3); pozostało na miesiąc następny chorych 58 (m. 30, k. 28).

Ogółem liczba chorych była prawie takąż sama, jak w miesiącu marcu. Na zaznaczenie tylko zasługuje coraz częstsze pojawianie się tyfusu wysypkowego i płonicy, która podczas ubiegłych 2 miesięcy rzadziej nierównie występowała. Nieco więcej również niż w miesiącu poprzednim mieliśmy ospy, która w dalszym ciągu najliczniejszą rubrykę chorych stanowi. Zanotowaliśmy przypadków 16 (m. 12, k. 4) z przebiegiem dość ciężkim, z których śmiercią zakończyły się 4 przypadki, u chorych nieszczepionych. Chorzy pochodzili z następujących ulic i domów: Towarowa 6, Solec 97, Franciszkańska 11 (3 przypadki), Solec 89, Solna 16, Żórawia 16, Nowy Świat 3, Solec 45, Kępa 13, Stare Miasto 26, Wilcza 21, Freta 10 oraz wieś Brudno i Różaniec.

W jednej mierze trzymała się róża, której mieliśmy przypadków 12 (m. 4, k. 8), z jednym niepomyślnie zakończonym. Chorzy pochodzili z ulic: Łucka 33, Warecka 3, Nowy Świat 68, Widok 17, Aleksandrya 25, Niecała 8 i 11, Młynarska 3, Długa 31 i Towarowa 60.

Więcej niż w miesiącu ubiegłym mieliśmy tyfusu wysypkowego, który coraz bardziej się rozszerza, szczególnie w dzielnicach żydowskich i na Pradze. Zanotowaliśmy przypadków 11 (m. 8, k. 3) z przebiegiem niezbyt ciężkim. Chorzy pochodzili z następujących ulic: Wołyńska 11, Wiosenna 2, Dzielna 10, Grodzieńska 27 (5 przypadków), oraz miasta: Garwolin i Tarnogród.

Więcej również mieliśmy płonicy, przypadków 7 (m. 1, k. 6), przeważnie u dzieci. Jeden przypadek skończył się niepomyślnie. Chorzy pochodzili z ulic: Stawki 59, Orla 8, Podwał 5, Grodzieńska 20, Nowogrodzka 5, Zakroczymska 1, Czerniakowska 79.

W jednej mierze trzymała się odra, której mieliśmy przypadków 6 (m. 5, k. 1) pomyślnie zakończonych, przeważnie u dorosłych, z ulic: Aleje Jerozolimskie 54, Twarda 13, Piękna 64, Szpitalna 4, Mokotowska 54 i Nalewki 13.

Z innych chorób zakaźnych mieliśmy: 5 przypadków zapalenia płuc włóknikowego pomyślnie zakończonych i 4 przypadki (m. 2, k. 2) tyfusu brzuszego (Cytadela, Nalewki 38, Kępa 4, Górczewska 70) z jednym niepomyślnym;

3 przypadki błonicy (Krakowskie Przedmieście 2, Złota 34, Ogrodowa 4); po dwa przypadki biegunki krwawej (Brzozowa 6, Freta 4) i zapalenia gardła, oraz po jednym ospy wietrznej i zimnicy.

Z niewłaściwie do nas skierowanych chorych mieliśmy: 2 przypadki nieżytu kiszek, oraz po jednym: nieżytu płuc, zapalenia kiszeki ślepej i skorbutu.

Biletów odmownych chorym niekwalifikującym się do szpitala Zapasowego wydano 7 (m. 5, k. 2).

Rewakcynacy w miesiącu ubiegłym dokonano 52 (m. 25, k. 27).

J. Szewajcar.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= Błona śluzowa nosa przedstawia podczas trwania miesiączki niektóre zmiany, występujące głównie na muszlach dolnych i na przegrodzie nosowej; zmiany te polegają na obrzęku, sinawem zabarwieniu, skłonności do krwawień i nadczułości na dotknięcie zgłębnikiem. FLIESS sądzi, że większość bolesnych miesiączkowań (*dysmenorrhoea*), przy których ból trwa przed i podczas miesiączkowania, zależy od chorobowych zmian wyżej wspomnianych miejsc jamy nosowej, gdyż kokainowanie tych miejsc przerywa napad, wypalanie zaś znosi je na dłuższy przeciąg czasu. Chorobowe zmiany nosa mogą być spowodowane bądź przez choroby zaraźliwe (błonica, płonica, grypa), bądź wskutek tego, że przyływowi krwi do nosa, występującemu prawidłowo w czasie miesiączkowania, nie odpowiada krwawienie z narządów płciowych. Ostatni moment powtarza się i podczas ciąży, gdyż przez cały czas jej trwania zmiany błony śluzowej nosa występują prawidłowo w cztery tygodnie, ponieważ zaś nie towarzyszy im miesiączkowanie, potęgują się one; można je również znacznie złagodzić przez kokainowanie błony śluzowej nosa. (Tow. Ginekol. Berlin. Pos. 11. 12. 1896).

= DELBET przedstawił w Akademii Lek. Parys. chorego, u którego dokonał operacyi plastycznej w celu pokrycia rany oparzelinowej, której długość wynosiła 40, a szerokość 35 cm. Do przeszczepienia posłużyły skrawki skóry chorego oraz osób innych lecz te ostatnie skrawki bardzo szybko zmartwiały. D. sądzi, że zachodzi różnica pomiędzy naskórkiem różnych osób pod względem chemicznym i biologicznym i trafem tylko udaje się przeszczepienie skóry z jednego osobnika na drugiego. (Posiedz. 15. II. 1897).

= MÉRY i LORRAIN otrzymali w różnych przypadkach płonicy siedem

odmian paciorkowca, z których sześć były odporne na działanie surowicy przeciwpaciorkowcowej MARMOREK'a. Króliki, którym zastrzykiwano podskórnie, do otrzewnej lub żyły 5—10 cm. sz. surowicy, zdychały wcześniej, niż zwierzęta służące do kontroli. (Société de biologie S. 13. II. 1897).

= DUHOUREAU spostrzegł po zażyciu antypiryny w dawce 0,5 wysypkę na całym ciele, a w kilka dni później łuszczenie płatowe naskórka. Przewód pokarmowy i nerki żadnych chorobowych objawów nie przedstawiały. (Société de therap. S. 10. II. 1897).

= LASSERRE stosuje w gościcu stawowym salicylan metylu z bardzo dobrym wynikiem. Dawka dzienna wynosi 0,5 w roztworze wodnym; dwie dawki wystarczają zazwyczaj przy ostrym przebiegu choroby. Należy tylko zwracać uwagę, by preparat był chemicznie czysty. (Semaine méd. N. 8. 1897).

= GUINON spostrzegł chorego, który zażył w celu samobójczym 8,0 siarczanu chininy jednorazowo. Gdy objawy zapaści znikły, pozostały jeszcze zupełna głuchota i ślepotą. Gdy tylko serce jest zdrowe, można zażyć do 20,0 chininy i wyzdrowieć, choćby objawy otrucia były bardzo groźne. (Soc. méd. des hop. S. 12. II. 97).

= CANTLIE na podstawie własnych badań w Hong-Kongu i Bombaju rozróżnia trzy postacie dżumy: piorunującą, zwykłą i łagodną; pierwsze dwie zwane *polyadenitis maligna*, wywoływane są przez pasorzyta KITASATO'y i YERSIN'a, trzecia zaś — *polyadenitis benigna* zwana, przez podobny, lecz mniej jadowity drobnoustrój. Zarażenie następuje wskutek długotrwałego bliskiego obcowania z chorymi. Stałym siedliskiem zarazy jest Mezopotamia, skąd dżuma się rozprzestrzenia na północ do morza Ka-

spijskiego, na południe do Bombaju, na wschód do morza Chińskiego, na zachód do morza Czerwonego. W obecnem stuleciu dżuma staje się bardziej złośliwa na wschodzie, łagodniejsza zaś w kierunku ku zachodowi. (British med. Journ. 9. I. 1897).

— MONCHEZ dokonał operacji wycięcia obu jajników u kobiety w trzecim miesiącu ciąży. Chora wyzdrowiała i urodziła we właściwym czasie. Wycięcie jednego jajnika u kobiet ciężarnych jest operacją niezbyt rzadką, przypadków wycięcia obu jajników o-

głoszono dziesięć. (L'abeille méd. 23. I. 1897).

— HUMPHREYS zakomunikował w Tow. lek. Londyn. dane statystyczne o ospie w Anglii. Średnią śmiertelność wskutek ospy do chwili wprowadzenia obowiązkowego szczepienia wynosiła 4,08 na 10,000 ludności, w przeciągu zaś ostatnich 42-ch lat spadła do 1,26 na 10,000. Umierają obecnie głównie osoby dorosłe, co autor objaśnia tem, że jednokrotne szczepienie nie jest wystarczające na całe życie. (Posiedz. 16. II. 1897).
M. B.

Wiadomości bieżące.

— W sprawie opodatkowania mieszkań lekarskich podajemy do wiadomości kolegów w Warszawie i na prowincyi zamieszkałych, iż 8-my punkt rozporządzenia departamentu podatkowego z dnia 22 lipca (v. s.) 1895 roku za Nr. 5676, wyjaśniający punkt 6-ty ustawy o podatku mieszkaniowym, brzmi, jak następuje:

„Pomieszczenia dla osób będących na służbie, a przeznaczone dla zajęć służbowych wolne są od podatku w granicach przez prawo wskazanych, lub też z mocy decyzji właściwej władzy. W razie braku podobnych wskazówek, jak również przy kwalifikowaniu mieszkań osób prywatnych (lekarzy, adwokatów i t. d.), nie podlegają podatkowi tylko te części zajmowanych przez też osoby mieszkań, które służą wyłącznie do spełniania służbowych lub profesjonalnych (zawodowych) czynności. Przedstawienie dowodów, że powyższe pomieszczenia nie służą jako mieszkanie, wkłada się na same osoby najmujące mieszkania“.

„Gabinety w żadnym razie nie są wolne od podatku, ponieważ stanowią one część składową mieszkania; wolne zaś są oddzielne pokoje dla pisarzy i pokoje mieszczące w sobie archiwum, oddzielne gabinety doktorów przeznaczone dla badania chorych, lub wykonywania jakichkolwiek poszukiwań“.

Z powyższych dwóch ustępów przytoczonego rozporządzenia wynika, że: 1) nie podlegają podatkowi części mieszkań, które służą do spełniania czynności zawodowych, a zatem: gabinety lekarskie, w których się chorych bada i tam porady

im udziela, pokój przeznaczony na badania mikroskopowe, bakteriologiczne, rozbiór moczu, badania krtani, wzroku, elektryzacyę i t. d. i t. d., słowem, jedno lub więcej pomieszczeń, w którym się spełnia fachowe czynności i których to pomieszczeń lekarz jako mieszkania w zwykłym znaczeniu nie używa (jestto słuszne, gdyż lekarze płacą już jeden podatek zawodowy); 2) że przedstawienie dowodów, iż powyższe pomieszczenia nie służą jako mieszkanie w zwykłym znaczeniu, pozostawione jest nie komu innemu, lecz jak w tym razie, lekarzowi; 3) że jeżeli lekarz ma oddzielny gabinet i pomieszczenie do wykonywania badań lekarskich poza swoim mieszkaniem, to również podatku od nich nie płaci.

Każdy zatem lekarz może ze swego mieszkania wyłączyć co najmniej dwa pomieszczenia t. j. gabinet i pokój przeznaczony do poszukiwań lekarskich, mający grać zarazem rolę poczekalni, bez której żaden lekarz, jak wiadomo, obejść się nie może. Tym sposobem mieszkania lekarskie z kategorii wyższej przechodzą do niższej.

Tymczasem dotąd od lekarzy pobierany jest podatek bez uwzględnienia prawa, o którym przedewszystkiem inspektorowie podatkowi wiedzieć powinni. Wobec tego, możemy z prawa nam przysługującego korzystać i żądać nie tylko obniżenia kategorii podatkowej na przyszłość, lecz wystąpić zarazem o zwrot sum niesłusznie od nas pobranych w poprzednich dwóch latach, t. j. w r. 1895-m i 6-ym.

— Jak w latach poprzednich, „Przegląd Lekarski“ ma zamiar w pierwszym

numerze czerwcowym ogłosić spis lekarzów polaków, ordynujących w roku bieżącym w zdrojowiskach i uzdrowiskach polskich i zagranicznych. Z tego powodu Redakcja tego czasopisma zaznacza, że tylko tych lekarzy kąpielowych wymieni, którzy bezpośrednio od redakcji tego zażądają, lub też którzy w ogłoszeniach pism lekarskich polskich zawiadamiają o swoim pobycie w zdrojowiskach.

— Kol. S. STERLING w pracy swej: „Podmiejskie uzdrowiska szpitalne dla chorych piersiowych“ w r. z. w „Ate-neum“ umieszczonej, a obecnie w postaci oddzielnej broszury wydanej, porusza ważną sprawę niesienia pomocy suchotnikom z klasy niezamożnej, t. j. w szpitalach dziś ze szkodą innych chorych umieszczanych. Zebrawszy dane z całej niemal Europy i Ameryki, świadczące o zajęciu się tą ważną sprawą społeczno-lekarskiego znaczenia, nawołuje autor nasze społeczeństwo, aby poszło za innemi. Lubo myśl to nie nowa, o czem sam autor wie dobrze, bo rzecz do gruntu wystudował, jednak nie można jej za często powtarzać i przypominać ogółowi o konieczności podobnych urządzeń. Praca ta zasługuje na jaknajszersze rozpowszechnienie, bo tą drogą można ogół z tą ważną sprawą obeznać, a w następstwie zachęcić, aby we własnym interesie działalność rozpoczął.

— Z 24-go Sprawozdania Towarzystwa Opieki Szpitalnej dla dzieci w Kra-

kowie za rok 1896, dowiadujemy się, iż liczba dzieci leczonych w szpitalu św. Ludwika w roku sprawozdawczym wynosiła 1082, leczonych ambulatoryjnie 6164. Z wykazu ruchu chorych za lat 21, przekonywamy się, że liczba chorych jednej i drugiej kategorii z roku na rok wzrasta stale, nie ulegając zmniejszeniu ani w jednym roku; a gdy w r. 1876 cyfry te wynosiły 291 i 514, to w sprawozdawczym, pierwsza blisko w czwórnasób wzrosła, druga zaś t. j. dotycząca leczenia ambulatoryjnego wynosi przeszło 12 razy tyle. Do Towarzystwa Opieki należą: szpital św. Ludwika i Kolonia lecznicza w Rabce, rok dziesiąty już istniejąca i z inicjatywy prof. M. JAKUBOWSKIEGO założona. I w kolonii tej liczba leczonych dzieci z roku na rok się zwiększa bez żadnej przerwy; bo gdy w r. 1887-ym leczyło się w kolonii rabczańskiej tylko 25 dzieci, to w ostatnim t. j. 1896 liczba ta wzrosła do 116. Szczegółowe wykazy statystyczne i wykazy chorób leczonych w tych obu instytucjach kończą to sprawozdanie, które dla każdego lekarza, a tem bardziej dla pediatrów, nie jest pozbawione interesu.

— W mieście Halberstadt w Belgii przy badaniu stanu zębów u uczniów szkół ludowych na 1303 dzieci, w wieku od 7 do 13 lat, znaleziono tylko dwoje z zupełnie zdrowym uzębieniem; u reszty znaleziono 5543 zębów pruchniejących i 945 zapaleń dziąseł, przetok dziąsłowych i t. p.

— Towarzystwo Lekarskie Warszawskie ogłasza następujące tematy do nagrody konkursowej z funduszu zapisanego przez d-ra Walentego KOCZOROWSKIEGO: 1) wykazać rozwój historyczny naszych pojęć o budowie i czynności narządów płciowych męskich i niewieścich; 2) wpływ ćwiczeń fizycznych w wychowaniu dzieci i młodzieży; 3) wyosobnić i zbadać dokładnie bakterye wody wodociągowej w Warszawie; 4) zmiany mikroskopowe w komórkach nerwowych rdzenia w następstwie wzmożonej ich czynności; 5) sprawdzenie i dalsze opracowanie nowszych poglądów nad zdolnościami utleniającemi krwi; 6) zbadać ostateczne wytwory rozkładu białka i węglowodanów przy i bez dostępu tlenu wywołane przez jedną ze znanych, a dotąd pod tym względem nie zbadanych bakteryi chorobotwórczych (z tematów zeszłorocznych). Termin nadesłania prac oznacza się do dnia 31 marca 1898 roku.

Za najlepszą pracę napisaną na którykolwiek z wyżej wymienionych 6 tematów wyznacza się nagroda rs. 300. Rozprawa nagrodzona wydrukowana będzie nakładem Towarzystwa Lekarskiego w 300 egzemplarzach, które stanowić będą własność autora. Prace nadesłane być mają w rękopismach pod adresem Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (ulica Niecała Nr. 7) z za-

chowaniem zwykłych form konkursowych, to jest nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podane w osobnych kopertach zapieczętowanych i opatrzonych stosownymi dewizami.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały, d-r *Brodowski*.

— Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do publicznej wiadomości, że z początkiem roku akademickiego 1897/98 zawakuje sześć stypendyów, każde po rs. 300 rocznie, z legatu ś. p. d-ra Walentego KOCZOROWSKIEGO, dla młodzieży, poświęcającej się naukom lekarskim, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego.

Pierwszeństwo do tych stypendyów, według osnowy testamentu, mają: a) imienia Koczorowskich, b) Chilewskich synowie i ich następcy z linii prostej Stanisława Chilewskiego w Galicyi zamieszkali, c) Strojeczcy, synowie po Adolfie Strojckim i ich następcy, d) Lechowscy, synowie i ich następcy po Kacprze Lechowskim, e) w braku kandydatów z wyszczególnionych imion stypendya nadane być mają innym pilnym studentom medycyny, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego.

Życzący ubiegać się o rzeczne stypendya, winni wnieść prośby do Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (w kancelaryi tegoż Towarzystwa: ulica Niecała Nr. 7) najpóźniej do 15 września r. b. z załączeniem następujących dowodów: 1) świadectwa władzy uniwersyteckiej o przejściu na kurs wyższy, z wykazaniem stopni, otrzymanych na egzaminie przejściowym i poświadczeniem o wzorowym prowadzeniu się; 2) metryki urodzenia; 3) świadectwa ubóstwa; 4) treściwego opisu biegu życia (*curriculum vitae*); 5) kandydaci z rodzin uprzywilejowanych przez testatora oprócz świadectwa Władzy Uniwersyteckiej o przyjęciu w poczet studentów wydziału lekarskiego złożyć winni nadto urzędownie poświadczone dowody o swem pochodzeniu z tychże rodzin.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały, d-r *Brodowski*.

— Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do publicznej wiadomości, że z początkiem roku akademickiego 1897/98 wakować będzie stypendyum w kwocie rs. 250 rocznie, z legatu ś. p. Ignacego GOŁĘBIEWSKIEGO, doktora medycyny, zmarłego w r. 1885 w m. Kamionce, powiecie Olgodolskim, przeznaczone dla studenta wydziału lekarskiego Cesarskiego Warszawskiego Uniwersytetu, krewnego zapisodawcy; w braku krewnego stypendyum przyznane być ma innemu niezamożnemu studentowi medycyny tegoż uniwersytetu z wyboru Towarzystwa Lekarskiego.

Życzący ubiegać się o rzeczne stypendyum winni wnieść prośby do Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego najpóźniej do dnia 15 września r. b. z dołączeniem następujących dowodów: 1) świadectwa Władzy Uniwersyteckiej o przejściu na kurs wyższy z wykazaniem stopni, otrzymanych na egzaminie przejściowym i poświadczeniem o wzorowym prowadzeniu się; 2) metryki urodzenia; 3) świadectwa ubóstwa; 4) treściwego opisu biegu życia (*curriculum vitae*). Krewni zapisodawcy oprócz świadectwa władzy uniwersyteckiej o przyjęciu w poczet studentów Wydziału lekarskiego złożyć nadto winni urzędownie poświadczone dowody o pokrewieństwie z testatorem.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały, d-r *Brodowski*.