

MEDYCYNĄ.

CIASOPISMO 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 33.

Adres Wydawcy: Nowo-Zielna Nr. 47.

Adres Redaktora: Oboźna Nr. 5.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Koellotomia vaginalis posterior, opisał Ksawery Jasiński. — 1000 przypadków narkozy chloroformowej przy pomocy przyrządu Junker'a, ulepszonego przez firmę angielską „Krohne & Sesemann”, podał A. Solowiejczyk. (Dokończenie). — **Kazuistyka.** W sprawie wzajemnego przeciwdziałania morfiny i atropiny, podał J. Poczubut, z Łucka. — **Streszczenia i wyciągi.** 105. O operacyjnym leczeniu choroby Basedow'a. 106. O kaszlu nerwowym. 107. O strachu nocnym u dzieci. 108. O sztucznych przetworach odżywczych. — **Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenie z dnia 18 maja r. b. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Zmarli.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE

destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r K Jasiński — „Koellotomia vaginalis posterior“. 2) D-r A. Solowiejczyk — 1000 cas de narcose chloroformée appliquée au moyen d'une modification de l'appareil de Junker (maison Krohne and Sesemann à Londres). 3) D-r J. Poczubut — Sur l'antagonisme de l'action de la morphine et de l'atropine

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

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r K. Jasiński — „Koellotomia vaginalis posterior“. 2) D-r A. Solowiejczyk — 1000 Fälle von Chloroformnarkose bei Anwendung eines durch die englische Firma Krohne E. Sesemann modificirten Junker'schen Apparates. 3) D-r J. Poczubut — Ueber die antagonistische Wirkung von Morphinum und Atropin.

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

Z PRYWATNEGO ZAKŁADU CHIRURGICZNO GINEKOLOGICZNEGO W ŁÓDZI.

Koellotomia vaginalis posterior,

opisał **KSAWERY JASIŃSKI.**

Próby usuwania drogą pochwową dotkniętych zmianami chorobowymi narządów przylegających do macicy oraz zabiegów operacyjnych na macicy, dążących do zachowania tego narządu, datują się od roku 1885. Pierwszy ATLEE w roku tym ¹⁾, następnie GAILLARD THOMAS ²⁾, wreszcie BATLEY ³⁾ otwierali jamę DOUGLAS'a w celu dokonania operacji w jamie otrzewnej. Przy ówczesnej technice operacyjnej wyniki tych zabiegów były tak mało zadowolające, iż na czas pewien próby dokonywania rękoczynów tą drogą zupełnie zostały zaniechane.

¹⁾ Centralblatt für Gynaekologie. 1879.

²⁾ Amer. Journ. of med. Science. 1870.

³⁾ Verh. der amer. gynaek. Gesellsch. 1877.

Właściwy rozwój keliotomii pochwowej datuje się od czasu, gdy DÜHRSEN ogłosił wyniki z dokonanych przez siebie zabiegów operacyjnych drogą pochwową, dążących do usuwania chorobowo zmienionych narządów przylegających do macicy, jak również rękoczynów na samej macicy, głównie zaś przyszywania tego narządu do ścian pochwy (*vaginofixatio*). DÜHRSEN w tym celu otwierał jamę otrzewny przez przednie sklepienie pochwy. Dodatnie wyniki jego zabiegów zachęciły innych operatorów, w pierwszym rzędzie MARTIN'a, do dalszych prób; pojawiły się różne zmiany w metodzie operacyjnej, lecz sama metoda jako taka pozostała, stanowiąc prawdziwie drogocenny dobytek w wielu przypadkach, w których poprzednio dokonywana bywała laparotomia.

Jakkolwiek dobroczynna w skutkach, nie jest jednak i ta metoda bez ale. Przedewszystkiem wymaga znacznie rozwiniętej techniki operacyjnej wobec trudności połączonych z koniecznością oddzielenia pęcherza moczowego od macicy; powtórne nie można jej zastosować w razach, gdy ze względu na rodzaj zmian chorobowych narządy przylegające do macicy trudno są przez przednie sklepienie dostępne. W razach takich większość operatorów, wobec zbyt znacznych trudności zarówno w udostępnieniu sobie narządów, mających być usuniętymi, jak również w zatamowaniu krwotoku, wreszcie ze względu na możność zakażenia jamy otrzewny wytworami zapalnymi, zarzuca zupełnie drogę pochwową i ucieka się do laparotomii.

W lutym w roku 1896 MACKENRODT na posiedzeniu Towarzystwa Ginekologicznego w Berlinie, a następnie w Nr. 156 odczytów klinicznych VOLKMANN'a z czerwca tegoż roku pod tytułem: „Ueber den hinteren Scheidenbauchschnitt“, silnie powstał przeciw cięciu w sklepieniu przednim, a natomiast uważa sklepienie tylne za drogę właściwą, która w znacznej ilości przypadków może zastąpić wszelkie inne, skierowane ku otwieraniu jamy otrzewny.

MACKENRODT twierdzi, iż droga przez sklepienie tylne jest o wiele krótsza, niż przez przednie, technika zaś znacznie łatwiejsza, gdyż jedno lub dwa cięcia wystarczają do otworzenia jamy otrzewny. Przy zastosowaniu tej metody nie ma potrzeby wydobywania macicy, a co zatem idzie, kaleczenia tego narządu, aby się dostać do części otaczających. Przy istniejących zrostach poza macicą odłuszczenie jest stosunkowo łatwe, dostęp do części otaczających macicę, zwłaszcza jeżeli części te unieruchomione są przez zrosty z bocznymi ścianami miednicy, a tembardziej ze ścianami jamy DOUGLAS'a, nie skończenie łatwiejszy tem więcej, iż do pomocy może być użyta druga ręka, współdziałająca poprzez ściany brzuszne.

W razie rozerwania zbiorników ropy i wylania się zawartości do jamy otrzewny, przepłókanie i założenie sączków może być w każdym przypadku stosowane. Przy cięciu przez sklepienie przednie sączków zakładać niepodobna z obawy zmian następnych w położeniu macicy i wielce niekształtnych blizn w sklepieniu przednim. Konieczność zakładania sączków wobec obawy zakażenia otrzewny czy to zwewnątrz przez zawartość guzów, czy też zzewnątrz przez zetknięcie się wydobytej macicy z niejednokrotnie zakażoną pochwą lub sromem, częstokroć po zabiegu operacyjnym w sklepieniu przednim zmuszała autora do następczego otwierania i sklepienia tylnego jedynie po to, aby założyć sączek.

Autor stosował zabieg operacyjny przez sklepienie tylne do czasu ogłoszenia swej pracy 40 razy, po raz pierwszy w roku 1894; z tych opisał 22 przypadki, które podzielił na grupy następujące: 1) trzy przypadki *perimetritis adhaesiva*; 2) cztery przypadki *perimetritis adhaesiva* przy jednoczesnych zmianach zapalnych w narządach otaczających macicę, charakteru nie ropnego; 3) pięć przypadków ropnego zajęcia tychże narządów; 4) sześć przypadków cięży zamacicznej; 5) cztery przypadki torbieli jajników.

Technika operacyjna polega na uchwyceniu części pochwowej dwoma kulociągami, zamykającymi ujście maciczne zewnętrzne, pociągnięciu silnie ku górze i przecięciu sklepienia tylnego pochwy i jamy DOUGLAS'a w podłużnym lub poprzecznym kierunku lub w razie potrzeby powiększenia otworu cięciem krzyżowym. Dwa palce lewej ręki zostają wprowadzone do otworu, wymacują ściany macicy i otoczenie, jednocześnie zaś ręka prawa, spoczywająca na ścianach brzusznych, dopomaga zarówno do dokładnego badania, jak również do zepchnięcia ku dołowi części mających być usuniętymi. Przy takim postępowaniu badanie daje wyniki nader pewne i szczegółowe, daje możliwość nadzwyczaj dokładnego zorientowania się co do charakteru cierpienia i wskazuje drogę, jaką postępować należy. W razie zrostów tylnych macicy zrosty te zostają palcami rozerwane jak zrosty przydatków z macicą i ścianami miednicy lub brzucha. W razie zaś silnych zrostów z kiszkaami pozostawia się oddzielenie tychże do czasu wydobywania narządów, które mają być wyciętymi, nazewnątrż, poczem oddzielenie odbywa się w pochwie pod kontrolą oka.

Po obluźnieniu narządów, guzów i t. d. operator ręką prawą wprowadza przez otwór w jamie DOUGLAS'a kleszczyki, które palcami, znajdującymi się w otworze, kierować należy ku szypule, starając się, ażeby została pochwyciona część najbardziej nazewnątrż położona. W razie znacznych rozmiarów guza zmniejsza go się przez nakłócie, poczem z łatwością można wydobyć go nazewnątrż. Po oddzieleniu na tępo, podwiązaniu lub przepaleniu zrostów z kiszkaami lub siecią szypuła zostaje podwiązana i wreszcie guz odcięty. W razie, gdy szypuła nie daje się utworzyć, można założyć jeden lub więcej klampów i pozostawić w otworze.

Po przeplókanii jamy otrzewny roztworem fizyologicznym soli kuchennej szypuła zostaje wprowadzona do niej; kilka szwów poprzez wszystkie warstwy zamyka ranę, pozostawiając w razie potrzeby otwór dla wprowadzenia sączka z gazy jodoformowej. Leczenie następce jest bardzo proste; na 49 lub 57 dzień sączek bywa usunięty; w razie wydzieliny ropnej z otworu lub stanu gorączkowego można założyć nowy sączek do otworu, prowadzącego do jamy DOUGLAS'a. Tampony jodoformowe do pochwy należy zakładać do czasu zupełnego zablźnienia się rany w pochwie, co zwykle następuje po upływie dwóch tygodni.

W następstwie zauważyć można ustawienie macicy ku tyłowi, które jednakże z czasem ustępuje i macica powraca do położenia prawidłowego.

Autor, z natury łatwo zapalający się, przepowiada zabiegowi przez siebie proponowanemu wielką przyszłość, twierdząc, iż droga ta musi bezwzględnie zastąpić dotychczas stosowany zabieg operacyjny przez sklepienie przednie, lecz i w wielu razach laparotomię.

Przy tyłozgięciu macicy unieruchomionem przez zrosty MACKENRODT do zabiegu przez sklepienie tylne dołącza *vesicofixatio*. Według autora przy zrostach i cierpieniach przydatków operacja oddaje olbrzymie usługi; oddzie-

lenie zrostów odbywa się z największą łatwością, narządy otaczające macicę wydobyte zostają nazewnątrz i w miarę potrzeby usuwane lub też leczone zachowawczo, jak otwieranie zrosniętych kielichów jajowodów, wycinanie torbielowato-zwyrodnionych jajników i t. p. Autor w znacznej części przypadków ropni w małej miednicy, znajdujących się czy to wewnątrz jamy otrzewny, czy w jajowodach, czy też w tkance łącznej, widzi możliwość zastąpienia operacyi doszczętniej, polegającej na usunięciu macicy wraz z narządami otaczającymi, przez leczenie zachowawcze dzięki popieranemu przez siebie zabiegowi. Ropnie mogą być otwierane jeden po drugim, przyczem zawartość spływa przez otwór w dole DOUGLAS'a, zrosty śmiało rozrywane, a narządy chorobowo zmienione wydobywane i usuwane.

Wreszcie radzi autor operowanie przez sklepienie tylne w przypadkach mięśniaków macicy, nawet podśluzowych. W tym celu zaleca przeprowadzenie cięcia przez tylną ścianę aż do kanału w macicy, guz wyłuszcza i ścianę macicy zaszywa w jedno czy kilka piętér odpowiednio do wielkości jamy, jaka po wyłuszczeniu guza powstaje.

W odpowiedzi na entuzyastyczną obronę zaleconej przez MACKENRODT'a operacyi WERTHEIM, asystent prof. SCHAUTA'y, w Nr. 6 Wiener klinische Wochenschrift z r. b. poddaje krytyce wywody autora. Zgadzając się na oczywistą łatwość dostania się przez sklepienie tylne do jamy otrzewny, na dogodność zamknięcia rany pooperacyjnej zapomocą kilku szwów, na łatwość założenia sączków, WERTHEIM przeczy, ażeby droga obrona przez MACKENRODT'a miała być korzystniejsza w celu udostępnienia narządów małej miednicy w porównaniu ze stosowaną przez sklepienie przednie. Przeciwnie WERTHEIM twierdzi, iż dostęp zarówno do trzonu macicy, do narządów otaczających jak i do więzadeł jest łatwiejszy przez sklepienie przednie. Dla wydobywania narządów przylegających do macicy wydobywanie tej ostatniej nazewnątrz często jest zbyt trudne, jeżeli zaś jest konieczne, czy to dla usunięcia nowotworów z jej ścian, czy też dla ułatwienia dostępu do jajowodów, jajników lub więzadeł, to korzyść zabiegu przez sklepienie przednie jest oczywista. Skrócenie fałd DOUGLAS'a w razie potrzeby tą jedynie drogą skutecznie się daje, gdyż więzadła te przy silnem pociągnięciu macicy ku przodowi wiotczą i dają się ująć w fałdy i przeciwnie — przy pociąganiu macicy ku tyłowi ulegają silnemu naprężeniu.

Dalej WERTHEIM dowodzi, iż nawet zrosty zarówno pozamaciczne, jak narządów przylegających jednakowo bywają dostępne przez przednie jak i tylne sklepienie, że wykonywanie rękoczynów przez przednie sklepienie daje często możliwość posiłkowania się okiem, a nie wyłącza możliwości współpracownictwa drugiej ręki od zewnątrz. Przy wyborze dróg i przez przednie sklepienie palce wobec rzadkości zrostów w dole pęcherzowo-macicznym dostają się wprost do jamy otrzewny, dając możliwość łatwiejszego zorientowania się, co odłuszczać należy; przeciwnie, przenikając przez sklepienie tylne, dostają się najczęściej wprost do dziedziiny zrostów i, szarpiąc je, mogą poczynić nader niebezpieczne uszkodzenia.

(D. n.).

1000 przypadków narkozy chloroformowej

przy pomocy przyrządu Junker'a,

ulepszono przez firmę angielską „Krohne & Sesemann“,

podał A. SOŁOWIEJCZYK,

b. ordynator nadetatowy szpitalnej kliniki chirurgicznej.

(Dokończenie.—Zob. N. 32).

Ażeby uogólnić otrzymane wyniki, pozwoliłem sobie wyrazić je w dwóch wzorach: 1) $\frac{X}{T+T'}$, 2) $\frac{Ch. + Ch'}{T + T'}$, w których X oznacza ilość chloroformu zużytego przez cały czas narkotyzacji, T przeciąg czasu od rozpoczęcia chloroformowania aż do zupełnego uśpienia, T' czas zupełnej narkozy; w drugim wzorze—Ch oznacza ilość chloroformu, potrzebną do osiągnięcia snu głębokiego, a Ch' — ilość konieczną w celu podtrzymania tego ostatniego stanu.

Wzór pierwszy stosuje się do wszystkich 1000 przypadków, gdy drugi dotyczy wyłącznie owych 450 przypadków, przytoczonych w ostatnich 4 tablicach.

Rzecz oczywista, że im większe jest X, tem większa być musi suma $T+T'$; w drugim zaś wzorze im Ch jest większe, tem większe jest T, jak również, gdy Ch' się powiększa, powiększa się T'.

Najmniejsza wielkość dla X = 1,87 gr., największa zaś równa się 90,0 gr. Najmniejsza wielkość dla T = 3 min., największa = 45 min. *Minimum* dla T' = 5 min., *maximum* zaś 123 min. Ch *minim.* = 1,0 gr., *maxim.* = 31,9 gr., Ch' *maxim.* = 37,5 gr.

W 99 spostrzeżeniach, w których przed rozpoczęciem chloroformowania zastrzykiwano 0,006—0,01 morfiny, Ch równa się średnio 5,62 gr., Ch' = 11,25 gr., T = 10, a T' = 47 min.

Z porównania tych danych z poprzedniami, gdzie morfina nie była stosowana, widzimy, że poprzedzające chloroform zastrzykiwania skracają czas jakoteż zmniejszają ilość potrzebowanego chloroformu; okres pobudzenia przytem przebiega daleko łagodniej. Zgadza się z tem też BARDELEBEN ¹⁰⁾ i WACHHOLZ ¹¹⁾. Z pomiędzy 1000 przypadków narkozy było 26 chorych, którzy byli chloroformowani po razy kilka, mianowicie:

- | | |
|---|---|
| 1) <i>Fractura fem., resectio fem.</i> | { a) X = 22,5; T = 10 min.; T' = 65 min.
b) X = 75,0; T = 21 min.; T' = 120 min. |
| 2) <i>Fractura complic. crur.; resect. crur.</i> | { a) X = 7,5; T = 8 min.; T' = 30 min.
b) X = 13,12; T = 11 min.; T' = 75 min. |
| 3) <i>Phlegmone septica manus; incisiones bis et amputatio denique hum.</i> | { a) X = 7,5; T = 5 min.; T' = 50 min.
b) X = 7,5; T = 5 min.; T' = 10 min.
c) X = 9,4; T = 10 min.; T' = 20 min. |

¹⁰⁾ E. GURLT. Zur „Narkotisirungsstatistik“. Arch. f. klin. Chir. 1893. str. 148.

¹¹⁾ WACHHOLZ. „Spostrzeżenia nad narkozą chloroformową“. „Przegląd Lekarski“. 1891. Nr. 31, 32, 33.

- 4) *Congel. crur. utriusque; amputatio et reamputatio crurium.* { a) $X = 15,0; T = 10 \text{ min.}; T' = 45 \text{ min.}$
b) $X = 18,75; T' = 15 \text{ min.}; T' = 45 \text{ min.}$
c) $X = 18,75; T = 15 \text{ min.}; T' = 48 \text{ min.}$
- 5) *Lymphadenitis inguin; exstirpatio glandularum.* { a) $Ch = 9,4; Ch' = 30,0; T = 15 \text{ min.}; T' = 75 \text{ min.}$
b) $Ch = 11,25; Ch = 22,5; T = 17 \text{ min.}; T' = 60 \text{ min.}$
- 6) *Caries tibiae; resectio tibiae.* { a) $X = 15,0; T = 10 \text{ min.}; T' = 15 \text{ min.}$
b) $Ch = 7,5; Ch' = 18,75; T = 12 \text{ min.}; T' = 58 \text{ min.}$
c) $Ch = 18,75; Ch' = 7,5; T = 20 \text{ min.}; T' = 25 \text{ min.}$
d) $Ch = 15,0; Ch' = 11,25; T = 25 \text{ min.}; T' = 35 \text{ min.}$
e) $Ch = 11,25; Ch' = 30,0; T = 15 \text{ min.}; T' = 95 \text{ min.}$
- 7) *Sarcoma orbitae, eventeratio orbitae cum resectione partiali maxillae superioris.* { a) $Ch = 9,37; Ch' = 28,0; T = 12 \text{ min.}; T' = 73 \text{ min.}$
b) $Ch = 7,5; Ch' = 15,0; T = 15 \text{ min.}; T' = 35 \text{ min.}$
- 8) *Caries fem.; resectio femoris.* { a) $Ch = 7,5; Ch' = 18,75; T = 20 \text{ min.}; T' = 85 \text{ min.}$
b) $Ch = 5,62; Ch' = 5,62; T = 10 \text{ min.}; T' = 30 \text{ min.}$
- 9) *Tendovaginitis manus purulenta; incisiones.* { a) $Ch = 15,0; Ch' = 3,75; T = 15 \text{ min.}; T' = 5 \text{ min.}$
b) $Ch = 5,62; Ch' = 7,5; T = 15 \text{ min.}; T' = 20 \text{ min.}$
- 10) *Phlegmone manus; incisiones.* { a) $Ch = 5,62; Ch' = 3,75; T = 10 \text{ min.}; T' = 10 \text{ min.}$
b) $Ch = 7,5; Ch' = 11,25; T = 10 \text{ min.}; T' = 10 \text{ min.}$
- 11) *Gonitis tbc.; resectio genus.* { a) $Ch = 3,75; Ch' = 1,87; T = 5 \text{ min.}; T' = 10 \text{ min.}$
b) $Ch = 7,5; Ch' = 20,62; T = 20 \text{ min.}; T' = 80 \text{ min.}$
- 12) *Osteosarcoma tibiae; resectio tibiae.* { a) $Ch = 3,75; Ch' = 7,5; T = 12 \text{ min.}; T' = 18 \text{ min.}$
b) $Ch = 7,5; Ch' = 3,75; T = 10 \text{ min.}; T' = 15 \text{ min.}$
- 13) *Lymphosarcomata colli; exstirpatio tumoris.* { a) $Ch = 11,25; Ch' = 15,0; T = 15 \text{ min.}; T' = 55 \text{ min.}$
b) $Ch = 7,5; Ch' = 18,75; T = 15 \text{ min.}; T' = 75 \text{ min.}$
- 14) *Caries ossium metatarsi; resectio ossium metat.* { a) $Ch = 11,25; Ch' = 3,75; T = 20 \text{ min.}; T' = 10 \text{ min.}$
b) $Ch = 11,25; Ch' = 3,75; T = 25 \text{ min.}; T' = 5 \text{ min.}$
- 15) *Carcinoma parietum abdomin.; excisio tumoris.* { a) $Ch = 11,25; Ch' = 7,5; T = 15 \text{ min.}; T' = 50 \text{ min.}$
b) $Ch = 15,0; Ch' = 22,5; T = 20 \text{ min.}; T' = 110 \text{ min.}$
- 16) *Phlegmone indicis; incisiones.* { a) $Ch = 15,0; Ch' = 18,75; T = 45 \text{ min.}; T' = 5 \text{ min.}$
b) $Ch = 15,0; Ch' = 0; T = 30; T' = 0.$
c) $Ch = 11,25; Ch' = 20,62; T = 15 \text{ min.}; T' = 12 \text{ min.}$
- 17) *Caries fem. et costae; resectio utriusque.* { a) $Ch = 7,5; Ch' = 15,0; T = 12 \text{ min.}; T' = 53 \text{ min.}$
b) $Ch = 7,5; Ch' = 3,75; T = 15 \text{ min.}; T' = 20 \text{ min.}$
- 18) *Combustio; transplantatio cutis.* { a) $Ch + Ch' = 15,0; T + T' = 45 \text{ min.}$
b) $Ch + Ch' = 15,0; T + T' = 45 \text{ min.}$
- 19) *Cura radicalis herniae.* { a) $Ch = 18,75; Ch' = 26,25; T = 20 \text{ min.}; T' = 40 \text{ min.}$
b) $Ch + Ch' = 5,65; T + T' = 45 \text{ min.}$
- 20) *Fractura cranii; trepanatio cranii.* { a) $Ch = 1,87; Ch' = 9,37; T = 15 \text{ min.}; T' = 45 \text{ min.}$
b) $Ch + Ch' = 3,75; T + T' = 25 \text{ min.}$
- 21) *Gonitis tbc.; resectio cruris.* { a) $Ch + Ch' = 18,75; T = 10 \text{ min.}; T' = 100 \text{ min.}$
b) $Ch + Ch' = 7,5; T + T' = 60 \text{ min.}$
c) $Ch + Ch' = 3,75; T + T' = 10 \text{ min.}$
d) $Ch + Ch' = 7,5; T + T' = 30 \text{ min.}$
e) $Ch + Ch' = 9,37; T + T' = 29 \text{ min.}$
- 22) *Phlegmone manus; incisiones.* { a) $Ch = 7,5; Ch = 13,12; T = 8 \text{ min.}; T' = 18 \text{ min.}$
b) $Ch = 3,75; Ch = 3,75; T = 5 \text{ min.}; T' = 10 \text{ min.}$
- 23) *Periostitis fem.; incisiones.* { a) $Ch = 7,5; Ch' = 7,5; T = 10 \text{ min.}; T' = 20 \text{ min.}$
b) $Ch = 7,5; Ch' = 7,5; T = 12 \text{ min.}; T' = 38 \text{ min.}$
- 24) *Gangrène foudroyante antibr.; incisiones et amput. humeri.* { a) $Ch = 11,25; Ch' = 0; T = 45 \text{ min.}; T' = 2 \text{ min.}$
b) $Ch = 7,5; Ch' = 15,0; T = 15 \text{ min.}; T' = 45 \text{ min.}$
- 25) *Caries tbc. articul. humero-scapularis et humeri; resectio articul. et denique exarticul. humeri.* { a) $Ch = 11,25; Ch' = 7,5; T = 20 \text{ min.}; T' = 40 \text{ min.}$
b) $Ch + Ch' = 18,75; T + T' = 30 \text{ min.}$
- 26) *Post phlegmonem cruris; transplantatio cutis.* { a) $Ch + Ch' = 5,62; T + T' = 25 \text{ min.}$
b) $Ch + Ch' = 11,25; T + T' = 98 \text{ min.}$
c) $Ch + Ch' = 11,25; T + T' = 75 \text{ min.} (T' = 70 \text{ min.}).$

Uogólnienie przytoczonych tu 26 przypadków narkozy doprowadza do wniosku, że przy powtórnej chloroformowaniu chorego nieco dłużej się opierają narkotyzacyi, zasypiają natomiast spokojniej, aniżeli za pierwszym razem. Do podobnego wniosku dochodzi prof. KOEHLER z kliniki BARDELEBEN'a (p. GURLT, Arch. f. klin. Chir. 1893). Co się tyczy powikłań narkozy, to z pomiędzy 1000 przypadków tylko w 10 spostrzegalem wymioty. MARTIN (p. GURLT) na 287 narkotyzacyi przytacza 3 przypadki wymiotów i 6 głębokiego zaduszenia (usypianie zapomocą maski ESMARCH'a). D-r BIBRA (ibid.) z 616 przypadków chloroformowania maską ESMARCH'a miał w 6 zaduszenie z dwoma zejściami śmiertelnymi D-r KLAUSNER (ibid), stosując ten sam sposób usypiania (maska ESMARCH'a), doczekał się 2 przypadków (na ogólną liczbę 1468 uspień) ciężkiego zaduszenia; w jednym udało się jeszcze chorego uratować, drugi zaś (młodzieniec 19-letni, zupełnie poprzednio zdrowy) skończył się śmiertelnie. CREDÉ (ibid) opisuje jeden tylko przypadek śmierci (z 4820 usypiań), który miał miejsce u starca, cierpiącego na *myo- i endocarditis*. TRENDLENBURG na 452 przypadki miał w 2 zaduszenie, a w 1 zejście śmiertelne. Wspomniany już prof. KOEHLER na 777 w 23 spostrzegał wymioty, w 5 wysoki stopień zaduszenia i w 3 *exitus letalis*. Prof. GARRÉ z kliniki BRUNS'a z pomiędzy 226 przypadków przytacza zapaść u 4 chorych, śmierć zaś u 3-ch. WACHHOLZ na 1793 usypiania chloroformem zauważył 206 przypadków silnego pobudzenia, 22 razy zaduszenie i 6 razy *syncope*; w 2 razach zaszły przypadki śmierci.

Z przytoczonych przezemnie 1000 przypadków w 26 spostrzegalem silne pobudzenie (w przypadkach tych morfina uprzednio nie była stosowana); oddech utrudniony zanotowano w 11 przypadkach, a to głównie podczas wyluszczenia wola (*struma*). Sinica występowała w 4 przypadkach. Duszenie się (asfiksya), w stopniu nieznacznym, spostrzegano również tylko w 4 przypadkach, mianowicie: 1) mężczyzna 22 lat, cierpiący na *pleuritis pur. sin.*, otrzymawszy 1,87 gr. chloroformu w ciągu 8 min., mocno zsiniał i począł oddechać chrapiącym głosem; po 3 min., gdy z jamy opłucnej wypuszczono obfitą ilość płynu ropnego, stan chorego się poprawił; 2) mężczyzna 45 lat, alkoholik w wysokim stopniu, przy operacyi wyluszczenia gruczołów pachwinowych otrzymywał chloroform z początku za pomocą przyrządu JUNKER'a, lecz ze względu na silne pobudzenie chorego i niemożebność uspienia w ciągu 25 min. (chory zużył 15 gr. chloroformu) użyto maski ESMARCH'a; po 10 min. takiego chloroformowania chory przestał oddechać; tylko dzięki oddechowi sztucznemu i rytmicznemu pociąganiu za język udało się po upływie 5 min. chorego ocucić. Mojem zdaniem, wina w tym przypadku ciąży na chloroformującym, który z braku cierpliwości nalał odrazu dużą ilość chloroformu na maskę; 3) 28-letnia kobieta z *tub. pulm.* była operowna z powodu *lymphadenitis colli*; w czasie narkozy pojawiły się wymioty i wskutek ugrzęźnięcia wymiocin w gardzieli wystąpiło zaduszenie; usunięto je, wyciągając zapomocą palca kawałki pokarmu; wzór danego przypadku przedstawia się tak: $Ch = 5,62$; $Ch' = 26,37$; $T = 10$ min.; $T' = 80$ min.; 4) znaczniejsze zaduszenie spostrzegaliśmy u niemowlęcia 6-ciomiesięcznego, które było poddane operacyi plastycznej na rączce wskutek zrośnięcia palców (*syndactylia*). Posługiwano się przytem maską ESMARCH'a, ponieważ maska przyrządu JUNKER'a była dla dziecka zbyt wielka. Po upływie 15 min. od początku chloroformowania, gdy zbliżał się już koniec operacyi i ponieważ dziecko spało dobrze i oddechało prawidłowo, chloroformujący zdjął maskę. Po 3 min. jednak, pomimo iż

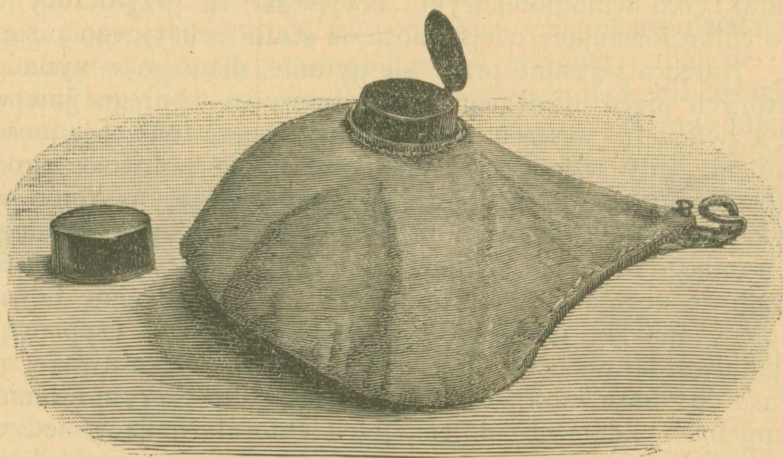
dziecko wcale chloroformu nie dostawało, oddech stawał się coraz bardziej powierzchownym i wreszcie zupełnie się zatrzymał. I tu rytmiczne pociąganie za język po upływie 2 — 3 min. uratowało dziecko.

Na zasadzie spostrzeganych przez nas 1000 przypadków narkozy chloroformowej dojść możemy do następujących wniosków: 1) usypianie zapomocą przyrządu JUNKER'a wymaga daleko mniej chloroformu, aniżeli przy stosowaniu innych przyrządów; 2) narkoza następuje u mężczyzn po upływie średnio 12,96 min., u kobiet zaś po 10 min.; 3) mamy możność mniej lub więcej ściśle dawkować chloroform; 4) zdala możemy baczyć na rytm oddechu chorego; 5) narkozie rzadko kiedy (w 1%) towarzyszą wymioty; 6) uprzednie zastrzyknięcie pod skórę morfiny zmniejsza nieco ilość potrzebnego chloroformu, jakoteż skraca okres pobudzenia.

Lecz przyrząd JUNKER'a pomimo swych zalet posiada wady, które w pewnych warunkach łatwo usunąć się dają, w innych zaś bezwarunkowo wyłączają wszelką możność korzystania z niego. Mam tu na myśli przede wszystkim to, że używając tego przyrządu, chloroformujący ma obiedwie ręce zajęte (jedna trzyma maskę, druga zaś balon) i powtóre, że przyrząd jest dość kosztowny (około 50 rubli) i trzeba go sprowadzać z Anglii. Pierwsza niedogodność, rzecz prosta, nie istnieje tam, gdzie dużo jest rąk do pomocy. Chloroformujący w razie potrzeby nie ma wtedy obowiązku odrywania się od swego zajęcia w celu podtrzymania głowy lub otworzenia ust na wypadek sinicy, chrapiącego oddechu lub wymiotów. Jestto możebne jedynie w wielkich szpitalach lub klinikach, gdzie nie brak pomocników. Trudność nabycia przyrządu dla wysokiej jego ceny nie każdy potrafi szczęśliwie ominąć. Nieznane mi są warunki oddziałów chirurgicznych innych miast, lecz w Warszawie w 15 podobnych oddziałach szpitalnych znajduje się wszystkiego 3 przyrządy JUNKER'a, a na 6 prywatnych lecznic chirurgicznych przypada tylko 2. W istocie, co czynić ma akuszer, gdy sam jeden, przy pomocy baby wiejskiej, pod chloroformem operować musi, lub młody lekarz, gdy po otrzymaniu dyplomu czempredziej zmuszony jest rozpocząć praktykę i w tym celu zaopatrzyć się w narzędzia pierwszej potrzeby, a rozporządza nieraz bardzo skromnymi środkami materialnymi? Trudno przecież żądać od takiego lekarza, by koniecznie nabył przyrząd JUNKER'a. Oto są powody, które zniechęcają wielu do używania maski ESMARCH'a, SCHIMMELBUSCH'a i innych. Bez zaprzeczenia te ostatnie mają jeszcze tę zaletę, że się łatwo dają nosić w kieszeni, gdy przyrząd JUNKER'a zajmuje zbyt wiele miejsca. Dla wielu przyzwyczajenie w używaniu tej lub innej maski gra też rolę niepoślednią.

Chcącym korzystać poczęści z zalet przyrządu JUNKER'a polecam maskę, która, będąc połączeniem maski ESMARCH'a i JUNKER'a, kosztować będzie *maximum* 1 rubla. Maską tą została przezemnie wypróbowana na całym szeregu chorych w warszawskim szpitalu starozakonnych i podług mnie nie ustępuje przyrządowi JUNKER'a. Nie mam dotąd możności przytoczenia w tem miejscu danych statystycznych o usypianiu zapomocą tej maski, jakem to uczynił, podając statystykę z kliniki chirurgicznej, warunki bowiem, w jakich tu chloroformujemy, są nieco odmienne. Przedewszystkiem używamy tu chloroformu niemieckiego, nie zaś DUNCAN'a; powtóre poprzednio miałem do czynienia przeważnie z alkoholikami, tu zaś chorzy tacy zdarzają się dość rzadko; w przeciągu np. 5 miesięcy nie zdarzyło mi się prawie ani razu widzieć silniejszego pobudzenia, aczkolwiek ilość usypiań dziennie sięgała średnio 3—4. W dodatku w ostatnich dopiero czasach zacząłem zbierać materiał statystyczny. Przyrząd, który chciałbym polecić, (patrz rysunek str. 770)

jest to zwyczajna maska ESMARCH'a, zrobiona z drutu. By chloroform nie ściekał z flaneli na twarz chorego, dodać można do obwodu tejże rynienkę. Na wierzchołku maski znajduje się przyrząd, podobny do przyrządu w masce JUNKER'a, mianowicie otwór walcowaty zamknięty piórkiem. Przeznaczenie piórka jest takie same, jak to wyżej opisaliśmy w przyrządzie JUNKER'a. Ażeby uchronić piórko od uszkodzenia przy kładzeniu maski do kieszeni, może być nasadzona na otwór pokrywa metalowa. Pytanie obecnie, jaką ma przewagę zalecana przezemnie maska nad przyrządem JUNKER'a lub ESMARCH'a. Nad pierwszym ma tę wyższość, że może leżeć na twarzy chorego, nie zajmując rąk chloroformującego, cena zaś przyrządu jest dostępna dla każdego; w porównaniu z maską ESMARCH'a jest bezpieczniejsza, bo zapewnia choremu dopływ świeżego powietrza przez otwór, a co najważniejsza, że piórko swem wahaniami zaznacza ściśle wszelkie zmiany w sile i rytmie oddechu chorego, „przypominając“, że tak rzeknę, chloroformującemu o jego obowiązkach



względem usypianego. To „przypominanie“ nie powinno się wydawać dziwnem temu, kto się bliżej przypatrzył praktykowanym wszędzie prawie sposobom usypiania. Nie mam możliwości zastanawiania się na tem miejscu nad rozbiorem wszystkich nieszczęśliwych przypadków z powodu chloroformu, jakie zostały ogłoszone ostatnimi czasy, gdyż zaprowadziłoby mię to zbyt daleko. Dla przykładu zaś przytoczę statystykę E. GURLT'a, ogłoszoną w roku 1893 (p. Archiv f. klin. Chirurgie). Z pomiędzy 38480 przypadków narkozy chloroformowej spotykamy 9 zejść śmiertelnych. Cóż się przytem pokazuje? Oto, że chloroformujący, który zwykle wobec nieszczęsnego wydarzenia szuka usprawiedliwienia na stole sekcyjnym, wyrzutów nie zawsze zaoszczędzić sobie może. Chloroformujący np. z kliniki BARDELEBEN'a w jednym z 3 swych przypadków, które się skończyły śmiertelnie, upatruje jako przyczynę śmierci stwierdzone przy badaniu pośmiertnem powiększenie grasicy u kobiety 30-letniej, chorej na *morbus Basedowii*, której

robiono wycięcie wola; w przypadku drugim młodzieniec 18-letni z *caries mandibulae* zginął dzięki „osłabieniu“ serca; w trzecim nareszcie — 29-letni mężczyzna, który z powodu zastrzału na wskazicielu niejednokrotnie był chloroformowany, umarł, jak to badanie pośmiertne miało wykazać, wskutek przekrwienia płuc i *fragmentatio myocardii* (Czy to aby nie wskutek otrucia chloroformem?). We wszystkich trzech przypadkach badanie pozostałego chloroformu wykazało bezwzględną tegoż czystość. CREDE usprawiedliwia wydarzony u niego przypadek śmierci starca od chloroformu stwierdzeniem przy badaniu pośmiertnem *myo- et endocarditis*. KLAUSSNER z Monachium przypadek śmierci u 19-letniego mężczyzny, przy przedwstępnem badaniu zupełnie zdrowego („dessen Organe sich bei der vorhergehenden Untersuchung vollkommen normal erwiesen hatten“, oto słowa KLAUSSNER'a), zejście śmiertelne przypisuje „*syncope*“. LINDNER opisuje 2 przypadki, które się skończyły śmiercią: mężczyzna 24 lat, chory na *pleuritis exsudativa* i 23-letnia kobieta, cierpiąca na *pyelonephritis*. TRENDELENBURG przytacza śmiertelnie zakończony przypadek u 27-letniego mężczyzny, gdzie jednak badanie pośmiertne nie było dokonane, SCHÖNBORN wreszcie przytacza przypadek 20-letniej dziewczyny, której z powodu *pes varus traumaticus* robił *redressement forcé*; badanie pośmiertne wykryło tutaj tylko hemoglobinurę. Przypadki tu przytoczone świadczą, iż nie często chloroformujący odejść może od stołu sekcyjnego ze spokojnem sumieniem. Narzuca się samo przez się pytanie, dlaczego w wielu przypadkach, w których przed uspieniem stwierdzamy u chorego jawne zmiany w płucach, a zwłaszcza w sercu, zupełnie bezkarnie i nawet z powodzeniem chloroformujemy, gdy w innych przypadkach ludzie pozornie zdrowi umierają od chloroformu, przyczem najstaranniejsze badanie anatomo - patologiczne nie wykrywa takiej zmiany chorobowej, któraby była w stanie wywołać śmierć u danego osobnika. Zdaje mi się, że fakt ten objaśnić można brakiem uwagi ze strony chloroformującego. W przypadku bowiem, gdy chloroformujący ma do czynienia z chorym na serce, usypia go ostrożniej, pilnując uważnie oddechu, w innych zaś przypadkach uwagę jego ciąga od czasu do czasu zabieg operacyjny tak, że o chorym na minut kilka zapomina zupełnie. Zdaniem mojem, jeżeli chloroformujący nieustannie baczny na oddech i tętno chorego, to w wielu przynajmniej przypadkach zapobiedz może zaduszeniu, a zarazem fatalnemu zejściu. Potwierdza to fakt, że aczkolwiek z zaduszeniem spotykamy się dość często, to jednak przypadki śmierci wskutek chloroformu są względnie rzadkie (podł. GURLT'a 1 : 2900). Innemi słowy: zaduszenie, które w porę na się uwagę zwróciło, prawie zawsze szczęśliwie zakończyć się może. Osobiście miałem sposobność spostrzegania blisko 3500 przypadków narkozy chloroformowej, przyczem sam chloroformowałem prawie w 1000. Zgodzi się ze mną każdy lekarz chloroformujący, iż gdy uwagę ma zajętą chwilowo operacją, zupełnie bezwiednie dolewa choremu chloroformu, nieraz nawet obfitym strumieniem, (zauważają to zwykle obecni, nie przyjmujący udziału przy operacji lub lekarz, pilnujący tętna). Wnet ocknąwszy się, przypomina sobie, że już pewien czas nie uważa na chorego. Takie chwile właśnie są dla chorego najniebezpieczniejsze. Gdy operator zwraca chloroformującemu uwagę na to, iż rana prawie nie krwawi lub że krew jest ciemna, to temu ostatniemu w głowie pomieścić się nie może, aby tak dalece mógł być zaabsorbowany. Czyni on to wszystko bezwiednie: z początku rzuca tylko ulotne wejrzenia na pole operacyjne, gdy uwaga jego nie odrywa się jeszcze od maski. Lecz w miarę tego, jak

operacya staje się coraz bardziej zajmującą, pociągając wszystkich pomocników z operującym na czele, chloroformujący, jeżeli nim jest lekarz początkujący, coraz częściej zwraca swe oczy w kierunku miejsca operacji, odrywając się tymczasem od nudnego bo monotonnego dolewania kropel chloroformu, aż w końcu uwaga jego w zupełności przez operację jest pochłonięta. Pochodzi to stąd, że w świadomości jego naprzemian występują wrażenia chloroformowania i operacji, które to wrażenia w pewnej chwili mieszają się, a nawet zlewają w jedno wyobrażenie; ponieważ zaś chloroformowanie, jako zajęcie zbyt jednostajne, rychło przytępia jego uwagę, to nie dziwnego, że ta ostatnia mimowoli zwraca się ku bardziej urozmaiconemu polu operacji. Takie zjawiska napotykać będziemy wszędzie, gdzie chloroform pozostawiano ludziom niedoświadczonym. Oczywiście od takiego lekarza nawet żądać nie można tego skupienia, jakiego się wymaga od lekarza, który lat kilka popracował w oddziale chirurgicznym, a więc widział dość operacji i nie da się niemi pociągnąć. Gdy lekarz, który wczoraj jeszcze był studentem i dotychczas na wykładach chirurgii klinicznej z ławki widzieć mógł tylko plecy operatora i jego pomocników lub rzadko kiedy bryzgający z przeciętego naczynia strumień krwi, gdy, powiadam, taki lekarz zostaje asystentem w oddziale chirurgicznym, rzecz prosta, że chloroform nie może go odrazu zadowolić, rwie się więc tu, gdzie więcej jest działalności czynnej, ku polu operacyjnemu, które go bardziej zajmuje.

Wszelkie przeto zastosowanie, mające na celu budzenie uwagi zarówno chloroformującego jak otoczenia, nawet nie z pośród lekarzy (siostry miłosierdzia, felczerzy), na oddech chorego, wydaje mi się wcale nie zbyt cennym; piórko więc, które temu przeznaczeniu znakomicie odpowiada, z pewną korzyścią służyć nam może.

KAZUISTYKA.

W sprawie

WZAJEMNEGO PRZECIWDZIAŁANIA MORFINY I ATROPINY.

podał J. Poczebut, z Łucka.

W końcu roku ubiegłego spostrzegalem następujący przypadek ostrego zatrucia atropiną. Chory B., średniego wieku, dobrej budowy i odżywiania, od 5 tygodni cierpi na lewostronne ropne zapalenie płucnej z przemieszczeniem serca, z objawami gorączki heptycznej; pod koniec 5-go tygodnia choroby nastąpiło przeżarcie oskrzela i częściowe wykrztuszanie cuchnącej ropy, ale stan chorego przez to nie polepszył się. Dla złagodzenia bólów zastrzykiwano mu od czasu do czasu podskórną morfinę. Choremu temu pewnego wieczora przez pomyłkę zastrzyknięto $\frac{1}{10}$ grana siarczanu atropiny. W tej chwili po zastrzyknięciu, według opowiadania inteligentnego felczera, nastąpił ogólny niepokój chorego, zaczerwienienie twarzy, tętnienie żył szyjowych, przyczem chory bez bredzenia wpadł w senność, zaczął chrapać, w ciągu 3—5 minut wystąpiły ogólne drgawki kloniczne kończyn i tułowia tak, że „łóżko trzeszczało“; drgawek nie było tylko w mięśniach

twarzowych. W $\frac{1}{2}$ godziny po wypadku widziałem chorego i znalazłem stan następujący: chory nieprzytomny, leży wyprężony w stanie głębokiej śpiączki. Twarz szkarłatno-czerwona obrzmiała, powieki niedomknięte, gałki oczne jakby wysadzone, źrenice rozszerzone *ad maximum*, bez odczynu na światło. Ust otworzyć nie można z powodu szczękostisku. Żyły szyjowe rozdęte, mocno tętnią. Skóra na szyi, tułowiu i na górnych częściach kończyn czerwona, wszędzie sucha i gorąca. Czucie dotyku zniesione (nie odczuwa nawet głębokiego ukłucia szpilką). Lekkie drgawki kloniczne w dolnych i poczęści w górnych kończynach, gdy twarz — nieruchoma. Oddech nierównomierny: to przyspieszony, to przerywany głębszymi oddechami, chrapliwy; tętno słabe, częste, około 140 na minutę, tony serca jasne, dzwiczne. Brzuch wzdęty; zatrzymanie moczu. Ciężota ciała podniesiona: 39°,0 (w $1\frac{1}{2}$ godziny po otruciu). Ze względu na ciężki stan chorego zastrzyknąłem mu tylko około $\frac{1}{6}$ gr. morfiny; prócz tego zaleciłem wlewania roztworu garbnika do kiszki prostej po zrobieniu zwyczajnej ławatywy czyszczącej, zresztą lód na głowę, synapizmy na skórę; zapomocą cewnika wypuściłem z pęcherza obfitą ilość nasyconego moczu. Pomimo tych środków stan ogólny bez zmiany; dopiero po zastosowaniu kofeiny podskórnie tętno się wzmocniło, również i oddech stał się spokojniejszy i głębszy. Gdy możność połykania wróciła, podawałem w dalszym ciągu środki pobudzające: (kofeinę, kawę i wino). Przytomność wróciła na drugi dzień rano po 10 godzinach, pozostała tylko suchość w ustach i gardle, rozszerzenie źrenic i zmniejszenie wydzielanej przedtem obficie ropnej płwociny z płuc. W 8—10 dni potem chory zmarł wskutek krwotoku płucnego po wypuszczeniu kilku litrów cuchnącej ropy z opłucnej i dokonanej uprzednio rezekcji żebra.

Przeglądając *Semaine Médicale* z r. bież. znalazłem w Nr. 2 artykuł prof. LÉPINE'a, traktujący o wspomnianej w nagłówku sprawie; wywody jego i wskazówki, podane w tej pracy co do użycia atropiny przy otruciu morfiną *et vice-versa*, skłoniły mię do ogłoszenia wyżej opisanego spostrzeżenia.

Farmakologia podaje, że w ostrem otruciu makowcem (a szczególnie morfiną) występują po krótkim stanie pobudzenia objawy porażenia mózgu, rdzenia, ośrodków oddechania i krążenia; objawy te, jako zbyt znane, tutaj pomijam. W ostrem otruciu atropiną również występują z początku objawy pobudzenia jako to: bredzenie, omamy wzroku i słuchu, nadczułość, suchość w ustach i gardzieli, chrypka, zwolnienie oddechania, zmniejszenie częstości tętna wskutek podrażnienia uierwu błędnego, rozszerzenie źrenic, zwiększenie ciepłoty, drgawki częściowe i t. d. Po okresie pobudzenia następuje okres porażenia mózgu i ośrodków oddechania i krążenia, cechujący się objawami: śpiączką, *sopore*, niemożnością połykania, drgawkami ogólnymi, przyspieszeniem oddechu i tętna, zmniejszeniem ciepłoty i t. d. Drugi okres może się zakończyć wyzdrowieniem, jeśli dawka atropiny nie była zbyt wielka, śmiertelna. Okres pobudzenia (od atropiny) według jednych autorów później (ROSZBACH), według innych (BEZOLD) bezpośrednio przechodzi w okres porażenia. Otóż na zasadzie pobudzenia początkowego, wywołanego przez atropinę, wszystkie podręczniki radzą po otruciu morfiną (*notabene* w okresie porażenia) dawać jako odtrutkę atropinę i to w dużych dawkach — 0,005, powtarzając tę dawkę kilkakrotnie. HUSEMAN przytacza przypadek JOHNSTON'a, gdzie użyto od 0,015 do 0,03, a KOBERT doszedł do 0,04 atropiny w ciężkim otruciu morfiną, usuwając w ten sposób sininę, przywracając niewyczuwalne prawie tętno i słabnący oddech! LÉPINE jest ostrożniejszy w dawkowaniu atropiny w podobnych przypadkach; radzi on unikać bardzo wysokiej dawki (wyżej 0,01); lepiej powtarzać

dawki umiarkowane (jakie, nie podaje), gdyż nie można przewidzieć z góry, jak dany osobnik oddziaływa na atropinę — jedni ludzie są bardziej, inni mniej wrażliwi na działanie tego alkaloidu. Gdy zaś atropina w dawce umiarkowanej nie wywiera skutku pożądanego, zamiast narażać chorego na niebezpieczeństwo dawki energicznej, radzi LÉPINE próbować połączonego działania atropiny ze strychniną, która pobudza mózg i ośrodek oddechowy; to też niektórzy autorowie uważają tę ostatnią za prawdziwą odtrutkę morfiny, tak jak w ostatnich latach angielscy lekarze tę samą rolę przypisują nadmanganianowi potasu. Nie wszyscy więc autorowie zgadzają się na owo przeciwdziałanie, mające istnieć w ustroju człowieka między morfiną i atropiną.

LÉPINE przytacza RABUTEAU'a, HARLEY'a, a w ostatnich czasach UNVERRICHT'a, którzy ze stanowiska fizyologicznego i leczniczego nie widzą żadnego przeciwieństwa między temi dwoma alkaloidami. UNVERRICHT opisuje historię chorób trzech chorych otrutych atropiną, u których nastąpiło porażenie oddechania według typu CHEYNE-STOKES'a i przypomina kilka innych przypadków, poprzednio ogłoszonych, w których objawy otrucia atropiną były ładząco podobne do takichże objawów otrucia morfiną.

I moje spostrzeżenie jest zupełnie podobne do opisywanych przez UNVERRICHT'a; widziimy tu objawy sennosci, potem głębokiej śpiączki, oddech zbliżony do typu CHEYNE-STOKES'a, utratę czucia bólowego; podobieństwo do otrucia morfiną było tak rażące, że wezwany do tegoż chorego drugi kolega przypuszczał, że choremu zastrzyknięto za dużo morfiny; jedno tylko rozszerzenie źrenic zdradzało poniekąd przyczynę ciężkiego otrucia. Zastrzykiwanie morfiny w podobnych przypadkach, szczególnie w większych dawkach, jest rzeczą zbyt ryzykowną; sądę też, że mój chory prędzej wróciłby do przytomności bez zastrzyknięcia morfiny.

A właśnie LÉPINE przy otruciu atropiną bezwarunkowo radzi używać morfiny w okresie pobudzenia chorego, dodając słusznie, że w okresie porażenia morfiną nie może przynieść żadnej pomocy. Mając jednak na uwadze szybkość wchłaniania, a zatem występowania objawów otrucia po atropinie w 5—19 minut przy użyciu wewnętrznem, a w 2—3 minuty po zastrzyknięciu podskórnem, kiedyż, pytam, można znaleźć odpowiedni czas i wskazanie do zastosowania morfiny przy łóżku chorego? W moim przypadku np. nie było wcale okresu pobudzenia, gdyż nastąpiło odrazu porażenie mózgu i oddechania; zależało to od wielkiej dawki ($\frac{1}{15}$, gr.) atropiny, zastosowanej podskórnie i od osłabienia ustroju, wywołanego przez wyniszczającą chorobę. Wskutek tejże przyczyny nie było w moim przypadku obniżenia ciepłoty, jakie się zwykle spostrzega po zadaniu większych dawek atropiny, a przeciwnie, podniesienie zależne od zatrzymania nagromadzonej w oskrzelach wydzieliny ropnej.

Przypominam sobie przed z 10—11 laty ciężki przypadek otrucia makowcem, zakończony wyzdrowieniem, w którym obok objawów głębokiego porażenia mózgu i ośrodków oddechania i krążenia, wystąpiły jeszcze sinica (wskutek nagromadzenia się bezwodnika węglanego) i kilkakrotne drgawki toniczne; w tym przypadku zapomniawszy o atropinie, użyłem zwykłych środków ratunku: sztucznego oddechania, drażnienia skóry, potem, gdy można było posadzić chorego, zastosowałem kilkakrotne przeplókanie żołądka, ławatywy z garbnika i zmuszałem chorego do chodzenia przy obcej pomocy. Sądę, że użycie atropiny choćby w umiarkowanej dawce mogłoby w tym przypadku przyspieszyć tylko zgon chorego.

Streszczając wszystko, com dotąd powiedział, przychodzę do wniosku: 1) że w ciężkich przypadkach otrucia morfiną zastosowanie atropiny w większych daw-

kach może się stać niebezpiecznym dla życia otrutego; 2) w ostrem otruciu atropiną ze względu na szybkość jej działania niema czasu na zastosowanie morfiny; 3) zamiast samej atropiny przy otruciu morfiną lepiej stosować połączenie atropiny ze strychniną w dawkach umiarkowanych i 4) że sprawa przeciwieństwa między działaniem atropiny i morfiny nie jest dotąd bynajmniej rozstrzygnięta.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

105. **ABADIE. O operacyjnym leczeniu choroby Basedow'a.** Na posiedzeniu Akademii Lekarskiej w dniu 6 lipca r. b. d-r ABADIE zastanawiał się nad istotą i leczeniem choroby BASEDOW'a. Na ostatnim zjeździe internistów w Berlinie d-r EULENBURG rozróżniał trzy źródła pochodzenia choroby BASEDOW'a a mianowicie postać chorobową zależną od zmian w krwiobiegu, postać chorobową pochodzenia nerwowego i postać zależną od zmian w gruczole tarczowym. Wobec istnienia trzech różnorodnych teorii powstawania jednej i tej samej choroby należy przypuszczać, że żadna nie jest prawdziwa. Teorya najpóźniejsza, odnosząca chorobę BASEDOW'a do zmian w gruczole tarczowym, a mająca najwięcej zwolenników, była najzgubniejsza odnośnie wyników leczniczych. Wyniki zabiegów chirurgicznych stosowanych na gruczole tarczowym nie są pomyślne, przypadki operowane kończyły się zwykle śmiercią i jest już czas, aby zupełnie zostały zaniechane. Już na ostatnim zjeździe chirurgów A. starał się dowieść, że choroba BASEDOW'a nie zależy od przerostu gruczołu tarczowego i opierał się głównie na tem, że największe tętnienie naczyń ogranicza się do okolicy unerwionej przez nerw współczulny szyjowy. Gdybyśmy mieli do czynienia z zatruciem ogólnem ustroju przez nadmiernie wydzielający się sok gruczołu tarczowego, wtedy musiałyby wszystkie tętnice ciała, a mianowicie tętnice biodrowe, brzuszne i szyjowe również wykazywać wzmożone tętnienie, co nie ma jednak miejsca.

Niema prócz tego zależności pomiędzy wielkością wola a wypukleniem gałki ocznej. *Exophthalmus* może być bardzo znaczny, gdy powiększenie gruczołu tarczowego jest prawie niewidoczne i naodwrot. Autor zamiast teorii, odnoszącej powstawanie choroby BASEDOW'a do gruczołu tarczowego, stawia inną a mianowicie czyni ją zależną od stałego podrażnienia nerwów rozszerzających naczynia, nerwu współczulnego szyjowego.

Z takiego poglądu wynika, że należy zaniechać wszelkich operacji na gruczole tarczowym i oddziaływać na nerw współczulny przez przecięcie tegoż pomiędzy zwojem szyjowym górnym a zwojem szyjowym średnim. Fakty późniejsze stwierdziły słuszność poglądu autora. We wszystkich przypadkach choroby BASEDOW'a, w których wykonano przecięcie nerwu współczulnego, zmniejszyło się wole i *exophthalmus*.

JABAULAY, który pierwszy dokonał tej operacji, widział w 5 przypadkach wyniki dodatnie. Takie same wyniki otrzymali i inni chirurgowie, gdy dalsze doświadczenia odnośnie operacji na gruczole tarczowym dawały stale wyniki ujemne.

Przypadki z zejściem śmiertelnem po częściowym wycięciu gruczołu tarczowego (*thyroidectomy*) lub po obnażeniu gruczołu tarczowego w celu osiągnięcia zaniku (*exothyropezia*) coraz są częstsze. Przytem przypadki nagłej śmierci podczas samej operacji lub też bardzo prędko po operacji nie zostały dostatecznie wyjaśnione. Hipoteza, jakoby w tych razach występowało ostre zatrucie przez wprowadzenie wprost do krwiobiegu soku gruczołu tarczowego, nie wytrzymuje kryty-

ki. Gruczoł tarczowy nie jest zbiornikiem, w którym gromadzi się istota trująca, lecz gruczołem wydzielającym sok stosownie do potrzeby ustroju.

Usuwać gruczoł mniej lub więcej doszczętnie, możemy tylko zmniejszyć wytwory wydzielnicze—dowodem kretynizm i obrzęk śluzowy, występujący po rozległym wycięciu gruczołu. Dowodem wreszcie niezbitym, że śmierć w tych przypadkach nie zależy od ostrego zatrucia przez przenikanie do krwiobiegu soku gruczołu tarczowego, są przypadki, w których dokonano *exothyropexiam*, przy której obnaża się tylko gruczoł i odciąga go się ku przodowi.

Zapomocą teorii autora wszystkie powikłania łatwo sobie można wytłomaczyć. Przy częściowej tyreoidektomii z konieczności szarpie się gałązki nerwowe nerwu współczulnego; przez pozostawione w ranie przewiązki są one podrażnione, wskutek zaś odruchowego działania zwiększa się pobudliwość nerwów rozszerzających naczynia, objawy się potęgują i mogą ostatecznie wywołać zejście śmiertelne.

Prócz tego większość chirurgów spostrzegła przy częściowej tyreoidektomii, bardzo obfite krwotoki, trudne do zatamowania i nie odpowiadające małej względnie wielkości usuniętego guza.

Przy chorobie BASEDOW'a powiększenie gruczołu tarczowego nie jest pierwotne lecz następce wskutek rozszerzenia tętnic tarczowych, *exophthalmus* zaś występuje wskutek rozszerzenia naczyń pozagałkowych. Przez przecięcie nerwu współczulnego pomiędzy zwojem górnym i zwojem średnim znosimy rozszerzenie naczyń pozagałkowych i przez to usuwamy *exophthalmus* a przez zniesienie rozszerzenia tętnicy tarczowej górnej, będącej główną tętnicą odżywczą gruczołu tarczowego, zmniejszamy wole. Tętnica tarczowa dolna odchodząca od tętnicy podobojczykowej i otrzymująca unerwienie z innego źródła nie ma w tym razie znaczenia.

Zasadnicze leczenie choroby BASEDOW'a powinno zatem polegać nie na mniej lub więcej doszczętnem usunięciu gruczołu tarczowego, lecz na przecięciu lub wycięciu małego odcinka nerwu współczulnego szyi owego. Po takim przecięciu naczynia się kurczą i wracają do stanu prawidłowego a wskutek tego objawy chorobowe, zależne od tego rozszerzenia, powoli ustępują.

Chociaż A. nie może przedstawić przypadków zupełnego wyleczenia, to jednakże we wszystkich przypadkach operowanych metodą autora występowała znaczna poprawa szczególnie wybitna odnośnie wola. Nieznaczny *exophthalmus* zawsze pozostanie. Tachykardia również się zmniejsza, lecz nie ustępuje zupełnie, gdyż przecięcie nerwu współczulnego na tej wysokości nie może mieć wpływu na gałązki sercowe, wychodzące od zwoju dolnego.

We wszystkich więc przypadkach choroby BASEDOW'a, w których rozpoznanie jest pewne, należy operację wykonać, w przypadkach zaś wątpliwych należy przepisać na próbę wyciąg gruczołu tarczowego, który w razie istnienia choroby BASEDOW'a wywoła pogorszenie objawów, zaś przy zwykłym wolu poprawę. Operacje na gruczole tarczowym powinny być dokonywane wyłącznie przy nowotworach.

(*Progrés medical. Nr. 28. 1897.*)

L. G.

106. SCHECH. **O kaszlu nerwowym.** Obecnie powszechnie wiadomo, że przy cierpieniach narządów oddechowych kaszlu może nie być i że występować on może z całą gwałtownością w braku jakichkolwiek zmian w tych narządach. Zjawia się on w tych razach zarówno w cierpieniach całego układu nerwowego, przy neurastenii i histeryi, jak też w stanach neurastenii miejscowej lub nadczułości pewnych błon śluzowych i narządów. Tego rodzaju kaszel nazywamy nerwowym lub odruchowym.

Postaci, pod jakimi kaszel ten się przejawia, są bardzo różne. Często bardzo kaszel nerwowy nie różni się niczem od kaszlu towarzyszącego cierpieniom dróg oddechowych, nie rzadko też przejawia się w postaci ciężkich, długotrwałych napadów lub też ciągłego krótkiego pokasływania; niekiedy posiada szczególne właściwości dźwiękowe, — jest szczekający, piszczący, drapiący i t. p. Często bardzo towarzyszą mu i inne objawy nerwowe: chrypka, bezgłos, kurcze gardła i przełyku, drgawki kloniczne i toniczne w mięśniach twarzy, drgawki oddechowe i t. p.

Cechą znaną kaszlu nerwowego czyli oddechowego jest ustawianie jego podczas snu i zjawianie się po przebudzeniu. Przypadki kaszlu nerwowego trwającego bezustannie dniem i nocą są niezmierną rzadkością.

Drugą cechą kaszlu nerwowego jest brak wydzieliny. Po długotrwałych napadach wydziela się niekiedy trochę śluzu ślinowego i zauważyć można zaczerwienienie tylnej ściany krtani; jest to następstwo kaszlu, a nie przyczyna. Siłą woli chorzy kaszel ten przez czas pewien powstrzymać mogą, lecz następnie występuje on ze zdwojoną gwałtownością. W samotności i przy niezwracaniu uwagi na chorego kaszel ten niekiedy ustaje, nasila się zaś, gdy chorzy spostrzegą, że się im przypatruje, lub też gdy ulegną pobudzeniom nerwowym.

Rozpatrując narządy, z których kaszel powstawać może, na pierwszym miejscu postawić należy ośrodkowy narząd nerwowy — mózg i rdzeń. Bezspornie pochodzenia ośrodkowego jest kaszel, towarzyszący wadom rdzenia, płasawicy, padaczce, uszkodzeniom części szyjowej rdzenia i kręgów szyjowych. Tu też zalicza się i kaszel histeryczny, jakkolwiek może on zależeć i od podrażnienia obwodowego. Najczęściej występuje kaszel nerwowy w okresie dojrzewania płciowego i wywołany jest zazwyczaj przez pobudzenia płciowe i onanizm. Ważną też przyczyną jest naśladownictwo.

Z narządów obwodowych na pierwszym miejscu stoi ucho. U wielu ludzi za dotknięciem dolnej ściany przewodu słuchowego lusterkiem metalowym, przy przemywaniu, oczyszczaniu, wkładaniu do ucha wacika, obecności w niem ciała obcych pojawia się kaszel. U mężczyzn „kaszel uszny“ występuje częściej niż u kobiet. Powstaje on przez podrażnienie gałązki usznej nerwu błędnego, przechodzącej na nerw krtaniowy górny a stąd na ośrodki.

Drugim narządem, którego podrażnienie wyłącznie stanami chorobowymi (nadczułość błony śluzowej, nieżyt przerostowy, ciała obce i t. p.) kaszel wywoływać może, jest nos i jama noso-gardzielowa.

Oddawna już jest wiadome, że kaszel odruchowy powstaje przy podrażnieniu nerwu krtaniowego górnego lub pnia nerwu błędnego przez sprawy zapalne, guzy, wole, tętniaki.

Istnienie kaszlu żołądkowego wielokrotnie było podawane i zaprzeczane. Według SCHECH'a ze wszystkich opisanych w ostatnich czasach przypadków kaszlu żołądkowego tylko przypadek WARD'a przemawia najwięcej za istnieniem takiego kaszlu. W przypadku tym kaszel powodowany był przez ścięty sernik zalegający w żołądku; po wydaleniu sernika kaszel ustał.

Kaszel wątrobowy i śledzionowy spostrzegał NAUNYN. Przy wymacywaniu śledziony prawidłowej lub powiększonej często udaje się kaszel wywołać. Spostrzegano też ustanie kaszlu po odejściu kamieni żółciowych. Kaszel maciczny rzadko występuje jako jedyny objaw, a najczęściej towarzyszy on innym zaburzeniom nerwowym. Niekiedy pojawia się on podczas miesiączkowania, częściej podczas ciąży, najczęściej przy stanach zapalnych: zdarza się też w okresie przekwitowym, później — rzadko bardzo. Kaszel ten jest bardzo męczący, wywołuje bóle i może powodować poronienia.

Cierpienia męskich narządów płciowych też mogą wywołać kaszel odruchowy. Wreszcie spowodowany on być może przez podrażnienie skóry.

Rozpoznanie kaszlu nerwowego, który zwłaszcza u kobiet zjawia się daleko częściej, niż to zazwyczaj przyjmują, w niektórych razach bardzo jest trudne. Przedewszystkiem przez staranne badanie należy wyłączyć cierpienia dróg oddechowych, co nie zawsze jest łatwe, gdyż nieznacznych zmian wykryć nie można. Kierować też się należy podaną powyżej charakterystyką kaszlu nerwowego.

Trudniejsze niekiedy niż rozpoznanie jest wskazanie przyczyny, t. j. miejsca, z którego kaszel jest wywołany. Należy zwrócić uwagę na najmniejsze zmiany w uchu, nosie, gardzieli i t. d., podejrzane miejsce zgłębnikiem zbadać, przez co się udaje niekiedy kaszel wywołać. Nie mniej cenne jest znieczulenie kokainą miejsc podejrzanych, dzięki czemu kaszel na czas pewien zniknąć może. Samo przez się rozumie się, że nigdy zaniedbać nie należy starannego zbadania narządów wewnętrznych, układu nerwowego i t. p.

Rokowanie z powodu uporczywości cierpienia i nie poddawania się leczeniu w niektórych razach jest niepomyślne.

Leczenie przedewszystkiem powinno być przyczynowe. Dlatego też leczenie wyłącznie miejscowe w wielu razach prowadzi do celu (usunięcie polipa, ciał obcych, guza i t. p.). W innych znowu przypadkach należy stosować leczenie ogólne. W przypadkach uporczywych, zwłaszcza u dzieci rozpieszczonych i rozgrymaszonych duże usługi oddaje leczenie w zakładach przy stosowaniu wodolecznictwa, gimnastyki, arseniku, żelaza i t. p. Środki narkotyczne powinny być zarzucone. Niektórzy autorzy (ROSENBACH, GOTSTEIN) dużą wagę przykładają do leczenia psychicznego w połączeniu ze specjalną gimnastyką oddechową (możliwie długie zatrzymanie wdechanego powietrza pomimo napadów kaszlu). I ta metoda też w wielu razach zawodzi.

(*Münch. med. Woch. N.26. 1897*).

W. B.

107. L. BRAUN. **O strachu nocnym u dzieci.** Autorowie rozmaicie zapatrują się na istotę tego cierpienia; dla jednych (STEINER, HENOCH) strach nocny jest to choroba samodzielna, a mianowicie pierwotne podrażnienie mózgu u dzieci, przeważnie dotkniętych już innemi chorobami (krzywica, niedokrewność) lub dziecinnie nerwowo obarczonych; dla innych (WEST, SYDNEY—RINGER, BOUCHUT etc.) jest to zwyczajny akt odruchowy, jako skutek podrażnienia mózgu, spowodowanego przez zaburzenia w przewodzie pokarmowym. SILBERMANN przyznaje dwie postaci: samodzielną i objawową, przyczem tę ostatnią uważa on za nerwicę odruchową nerwu błędnego, wywołaną przez jego zakończenia żołądkowe, wskutek czego powstaje duszność oraz spowodowane przez nią uczucie strachu; teoria ta znalazła najwięcej zwolenników. Dla SOLTSMANN'a jest to *cerebrale Opticusparästhesie*, podług HERSE'go—zбочzenie psychiczne, mające wiele wspólnego z *mania transitoria* dorosłych, EMMINGHAUS stawia strach nocny w rzędzie objawów psychopatycznych. Autor jest zdania, że strach nocny należy wykreślić z rzędu chorób samoistnych, a natomiast zalicza go do objawów neurastenii wieku dziecięcego.

Istota neurastenii polega na niepomiernie wzmożonej pobudliwości całego układu nerwowego wraz z małą odpornością na czynniki zewnętrzne, ęco pociąga za sobą prędkie zmęczenie i wyczerpanie. Prawie wszyscy zgadzają się, że dzieci tego rodzaju, dotknięte strachem nocnym, są to osobniki ze słabym układem nerwowym, często dziedzicznie obciążone. Przeciw neurastenii nie powinien przemawiać kwitnący stan zdrowia niektórych dzieci, gdyż i u dorosłych chorych spotykamy się z tem samem zjawiskiem. Sen dzieci neurastenicznych oraz cierpiących na strach nocny, jest niespokojny, lekki, powierzchowny; sny nocne są

odbiciem wrażeń przeżytych i we śnie kora mózgowa jest czynna. Pobudzona zaś być może przez bodźce ze świata zewnętrznego pochodzące oraz przez bodźce wewnętrzne, tak ośrodkowe, mające swe siedlisko w narządach nerwowych, jak i obwodowe, pochodzące z pozostałych części ciała. Że bodźce zewnętrzne są w stanie sen wywołać, jest rzeczą wiadomą, wobec tego zaś, że sen dzieci neurastenicznych jest zwykle słaby, bodźce więc te z łatwością są w stanie spowodować senne marzenie, a wraz z tem i strach nocny.

Gdy wyłączymy zupełnie bodźce zewnętrzne, pozostają w ustroju żyjącym bodźce, działające zarówno na narządy nerwowe ośrodkowe, jak i obwodowe, a mianowicie sprawy chemiczne, których wytwory mogą działać pobudzająco na układ nerwowy, znajdujący się zawsze w stanie pewnego napięcia dzięki tym właśnie sprawom. Choć bodźce te u osobników ze zdrowym układem nerwowym nie wywołują odczynu, ale o wiele łatwiej mogą pobudzić do czynności mózg osobników neurastenicznych. Tem łatwiej zaś powstać mogą sny, gdy prócz tych spraw najprostszych mamy do czynienia z podrażnieniem nerwów obwodowych przez bodźce powstałe w samym ciele, jak np. uczucie ucisku, bólu, robaki. Otóż według autora samodzielny strach nocny powstaje wyłącznie dzięki bodźcom ośrodkowym, przy objawowym prócz tego wchodzi w grę i bodźce obwodowe. Treść snów jest zawsze straszna, z doświadczenia zaś wiadomo, że osobniki neurasteniczne są skłonne do takich właśnie snów; prócz tego spotykamy się przy strachu nocnym z innymi objawami, cechującymi neurastenię, jak bicie serca, ból głowy, prędkie zmęczenie się. Zarówno tłem jednego jak i drugiego cierpienia jest niedokrwistość.

Są znane przypadki strachu dziennego; zaliczają się one do bardzo rzadkich; HENOCH opisał dwa tego rodzaju przypadki.

Zwykle napad występuje w godzinę do trzech po zaśnięciu; dwa napady w ciągu jednej nocy należą już do rzadkich, STEINER opisał przypadek z trzema napadami w ciągu jednej nocy. Napady dzielą się na ciężkie oraz lekkie, w których powrót do przytomności następuje później oraz sam napad się przeciąga. Według SILBERMANN'a ciężkie postaci są tylko samodzielne, lekkie zaś objawowe; autor słusznie odrzuca ten pogląd, gdyż siła napadu zależy wyłącznie od treści snu i od stanu pobudliwości dziecka. Budzenie się ssawców ze snu w połączeniu z płaczem niepowinniśmy uważać za najniższy choćby szczebel strachu nocnego, gdyż rozwój umysłowy dziecka wyłącza powstawanie tego cierpienia przed drugim rokiem życia.

Przyczyna cierpienia jest ta sama co i etyologia neurastenii; ważną rolę odgrywa dziedziczność i wychowanie, gdyż przez wychowanie nieodpowiednie u dzieci najzdrowszych wywołać możemy neurastenię. Rozwój umysłowy dziecka szybko postępuje w ciągu pierwszych czterech lat, mózg w ciągu tego czasu rośnie szybciej, niż w ciągu następnych lat szesnastu, gdyż waga mózgu noworodka w ciągu pierwszych dwóch lat wzrasta z 300 do 900, w ciągu trzeciego zaś i czwartego do 1000, w 14 roku wynosi 1200; w ciągu pierwszych więc czterech lat waga powiększa się o 800 gr., w ciągu następnych szesnastu ledwie o 200 gr.

W etyologii cierpienia odgrywa ważną rolę brak snu, nadużycia napojów alkoholowych zarówno ze strony rodziców jak dzieci; wszystkie dłużej trwające cierpienia jak krzywica, żolzy, niedokrwistość, gruźlica i t. d. wywołać je mogą; cierpienia przewodu pokarmowego odgrywają rolę czynnika uspasabiającego *).

*) Spozstrzegałem przypadek strachu nocnego u dziecka z kwitnącym stanem zdrowia, pochodzącego od rodziców zupełnie zdrowych, w którym rolę czynnika przyczynowego odgrywał częste bicie dziecka. (przyp. refer.).

Według niektórych autorów jest to cierpienie niewinne, według innych jest ono zwiastunem chorób mózgowych; niekiedy przejść może w padaczkę, ale trudno orzec, czy w tych właśnie przypadkach niema wprost zbiegu okoliczności.

Leczenie cierpienia wypływa z powyższego; dbać należy o odpowiednie pożywienie dziecka, nie budzić go ze snu (przez pocałunki np.), leczyć cierpienia podstawowe, nie zabierać małych dzieci do teatrów, cyrków i t. d. Stosować można brom, chloral, chininę w ciągu czasu dłuższego 0,05—0,10 *pro die*; kąpiele letnie (24--27° R.) przynoszą nieraz pożytek, gdy zimne są przeciwwskazane, przy niedokrwistości wskazane jest żelazo.

(*Jahrbuch für Kinderheilkunde*, XLIII, Str. 407—456). St. Gutentag.

108. G. KLEMPERER. **O sztucznych przetworach odżywczych.** Z dnia na dzień mnożąca się ilość przeróżnych sztucznych przetworów odżywczych skłania do szczegółowego ocenienia ich wartości i przekonania się, o ile one odpowiadają celowi, tembardziej że postępy, jakie uczyniła nauka o przemianie materii, odżywianiu i trawieniu, też zmieniły nasze poglądy na ich znaczenie.

Sztuczne przetwory odżywcze przygotowywane bywają z jednego z trzech głównych ciał odżywczych, z ciał białkowych, węglowodanów lub tłuszczów.

W poglądach na ilość potrzebnego dla ustroju białka zaszły dwie zmiany. Dowiedzione jest, że ustrój przez czas dłuższy pozostawać może w równowadze azotowej przy przyjmowaniu niewielkiej stosunkowo ilości białka, jeżeli dostarczona mu będzie dostateczna ilość pokarmów bezazotowych. Co się tyczy jakości, to przekonano się, że nie zależy nam wcale na wprowadzeniu do żołądka peptonu, którego żołądek często nie znosi, lecz albumozy. To też i sztuczne białkowe przetwory odżywcze obecnie przygotowują się z tej ostatniej. Zresztą przetwory pod nazwą peptonowych sprzedawane zazwyczaj mało bardzo peptonu zawierają.

Zachodzi jednak wogóle pytanie, czy dostarczanie ustrojowi przerobionych pokarmów białkowych jest potrzebne? Żołądek względnie kiszki zawsze są w stanie przerobić te małe ilości białka, jakie dla krótkotwałego odżywiania są niezbędne. Wszystkie zatem drobno podzielone lub rozpuszczone ciała białkowe są również cenne dla odżywiania, jak taka sama ilość albumozy. Zauważyć przytem należy, że zawarta w sztucznych przetworach płynnych (KOCH, KEMMERICH, LIEBIG) ilość ciał białkowych jest bardzo nieznaczna, tak np. jedna łyżeczka syropowatego peptonu zawiera 3—4 gr. białka rozpuszczonego. Cenniejsze niż te płynne przetwory są przetwory w postaci proszków (somatoza i albumozo-pepton AUTWEILER'a). Łyżeczka somatozy zawiera 8,0 białka, co równa się 33 kaloryom. Zważywszy jednak, że jajko lub 100 cm. sz. mleka zawierają 70 kaloryi i przyjąwszy pod uwagę wysoką cenę tych przetworów, łatwo przejść do wniosku, że racjonalniej jest posiłkować się środkami naturalnymi, mięsem sproszkowanym, mlekiem zgęszczonem, jajkami, somatoza zaś, jako nie zawierająca ciał wyciągowych może być z pożytkiem stosowana do odżywiania chorych z cierpieniami nerek.

Płynne przetwory odżywcze, nutroza (sernik sodowy) i eukazyne (sernik amonowy) dzięki małej zawartości nukleiny są pożyteczne przy dnie.

Wyciągi mięsne dla odżywiania znaczenia nie mają; są to doskonałe środki pobudzające. Sok mięsny B e e f - t e a w ilości, w jakiej chorem może być podawany, zawiera 5—6 gm. białka. Rozreklamowany *meat juice* Valentin'a zawiera w łyżeczce 1½ gm. białka. Są to więc ilości bardzo niedostateczne.

Ze sztucznych przetworów odżywczych węglowodanowych na pierwszym miejscu postawić należy w rozmaity sposób przygotowywane kaszki (KNOW'a i HARTENSTEIN'a), z których przyrządzają się zupy dla chorych. Nie ulega wątpliwości, że

rozmiekczone i rozdrobiony w tych kaszkach drzewnik ułatwia ich strawność. Co się tyczy przygotowywania przetworów węglowodanowych już przerobionych w de-kstrynę, to dla dorosłych jest to zupełnie zbyteczne. Nigdy nie zdarza się, ażeby działalność ślinianek i trzustki była tak upośledzona, by owe przemiany w u-stroju nie zachodziły. Lepiej zatem i tu zwrócić się do przetworów naturalnych—cukru mlecznego i miodu. Piwa słodowe zawierają też daleko mniej części odżyw-czych, aniżeli piwa bawarskie.

I sztuczne przetwory tłuszczowe są dla odżywiania zbyteczne, gdyż z więk-szą nawet korzyścią naturalnymi zastąpione być mogą. Najlepszy z tych prze-tworów, lipanina, zawierająca 6% kwasu oleinowego, nie lepiej jest znoszona niż tłuszcz obojętny, gdy są świeże i nierozłożone.

Nie ulega wątpliwości, że w niektórych przypadkach, gdy chorzy nie już jeść nie chcą, zwrócić się należy do sztucznych przetworów odżywczych, nie należy tylko stosować ich bezcelowo i trzeba racjonalniej na ich znaczenie i wartość się zapatrywać.

(Berl. klin. Wochenschr. N. 26. 1897).

W. B.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 18 maja r. b.

TREŚĆ. 1) J. FRENKEL — Przedstawienie nadmiernie otyłego dziecka. 2) CETNAROWICZ — Przedstawienie przypadku guza złośliwego oczodołu. 3) STANKIEWICZ — Przedstawienie trzech przypadków stopy szpotawej. 4) MEYERSON I PRZEWOSKI — Przypadek: a) niezwykłego guza gardzieli, b) pęcherza kostnego w nosle. 5) PRZEWOSKI — a) *Valvula venae cavae superioris*; b) Z dziedziczny etiologii tętniaków.

1) Przedstawione przez kol. FRENKLA roczne dziecko, pochodzące z rodzi-ców zdrowych, karmione przez matkę, z prawidłowem uzębieniem i nie zdradzają-ce żadnych zaburzeń ani w budowie ani też w stanie narządów wewnętrznych, od-znacza się niezwykle obfitym rozrostem tkanki tłuszczowej podskórnej, skutkiem czego przy długości ciała wynoszącej 74 cm., waży 53 funty i mimo leczenia od-tłuszczającego, zyskuje około funta na wadze tygodniowo.

2) U ośmioletniej chorej kol. CETNAROWICZA lewa gałka oczna zaczęła się przed trzema laty stopniowo wypuklać ku przodowi; przed sześciu jakoby tygo-dniami chora zaniewidziała. Obecnie lewa gałka wypukłona jest ku przodowi i na-zewnątrz, na dnie oka zauważyć można zanik tarczy i siatkówki oraz liczne wy-broczyny; w prawem oku żadnych zmian niema. Kol. CETNAROWICZ sądzi, że obja-wy te zależą od nowotworu złośliwego lewego oczodołu, nowotworu, który wziął początek z tkanki łącznej pochewki nerwu wzrokowego lewego i przeszedł już i na prawy nerw wzrokowy.

3) Kol. STANKIEWICZ przedstawił troje dzieci z różnymi stopniami stopy szpotawej. O ile stopnie lżejsze, zależne tylko od skurczenia ścięgien i powięzi, dają się usunąć przez przecięcie ścięgna ACHILLESA z następczą gimnastyką i mię-sieniem, o tyle w stopniach wyższych, gdzie obok wzmiankowanego skurczenia istnieją jeszcze zmiany zależne od współudziału układu kostnego, należy wykony-wać operację BRODHURST'a, polegającą na przecięciu ścięgien ACHILLESA oraz *mm. tibialis antici i postici*. W przypadkach zaś, w których stopa szpotawa zależy nie tylko od skurczenia ścięgien i powięzi ale przeważnie od zmian w kościach, tylko wycięcie klina kostnego może sprowadzić wynik pożądaný.

4) a) Kol. MEYERSON spostrzegł przypadek następujący. Mężczyzna 26-letni od lat kilku uczuwał trudności przy łykaniu, od kilku zaś tygodni zjawiła się chryp-ka. Przy badaniu wziernikiem krtaniowym widać guz ruchomy na szerokiej szypule

z lewej strony ponad krtanią, z jądrem chrzęstnym, uwidoczniający się w gardzieli podczas krztuszenia się. Kol. M. usunął go zapomocą pętli galwanokaustycznej; powierzchnia powstała w ten sposób wynosiła około 1 cm. kwadratowego, z niewielkim pośrodku otworkiem, wydzielającym w okresie gojenia się nieco ropy; w następstwie pozostało niewielkie wciągnięcie błony śluzowej. Prelegent uważa guz za echondrozę, biorącą początek z chrząstki międzykręgowej.

Prof. PRZEWOSKI przytacza szczegóły budowy anatomicznej opisanego guza. Budowa ta bardzo jest złożona. Idąc od powierzchni wgląd spotykamy: nabłonek wielowarstwowy płaski, tkankę łączną, chrząstkę szklistawą z rodzajem chrzęstnej, nadto kilka chrząstek o budowie chrząstki sprężystej; przestrzenie pomiędzy chrząstkami wypełnia tkanka tłuszczowa, głównie zaś — grona gruczołów surowiczych (EBNER) z przewodami, wysłanymi nabłonkiem słupkowym i rzęskowym; oprócz tego gdzieniegdziesia włókna i pęczki nerwowe oraz gładkie włókna mięsne, nadto obfite bardzo naczynia krwionośne. Prof. PRZEWOSKI zalicza guz do rzędu potworniaków, przyczem przypuszcza pochodzenie chrząstki albo ze strony grzbietowej, albo też z łuków skrzelowych z metaplastazą chrząstki szklistawej na sprężystą.

b) W dalszym ciągu kol. MEYERSON przytoczył opis przypadku pęcherza kostnego w nosie. Kobieta 20-letnia od kilku lat doświadczała zatkania nosa. Badanie wykazało guz całkowicie wypełniający jamę nosową; guz ten okazał się pęcherzem kostnym, wypełnionym ropą, o ścianach grubości skorupy jaja, biorącym początek z muszli średniej. Analogiczny przypadek opisał prelegent w „Medycynie” w roku 1893.

Prof. PRZEWOSKI uzupełnia opis powyższy wynikami badania drobnowidzowego. Ściana guza przedstawia na przekroju następujące warstwy w kierunku od wewnątrz: nabłonek słupkowy jednowarstwowy z rzęskami, błona szklistawa, tkanka włóknista nacieczona leukocytami, zawierająca komórki łącznotkankowe i w miarę zbliżania się do blaszki kostnej zgęszczająca się w rodzaj okostnej; dalej ścieńczała kość z osteoblastami i z t. zw. *lacunae Howshipii*; od zewnątrz ku wewnątrz utkanie jest analogiczne; gruczołów nigdzie nie znaleziono. Ponieważ obie powierzchnie ścian guza pokryte są błoną śluzową, właściwą drogą oddechowym, przeto prof. PRZEWOSKI pochodzenie guza upatruje w przestrzeniach powietrznych, w znacznej ilości istniejących w muszli średniej i dolnej i połączonych z jamą nosową zapomocą drobnych otworków; przy sprawach nieżytych na błonie śluzowej nosa otworki te ulegają zamknięciu a skutkiem zatrzymania się wydzieliny pomieniowych przestrzeni następuje stopniowe ich rozszerzenie, sprawa analogiczna z *hydrops antri Highmori*.

W dyskusji prof. BRODOWSKI nie zgadza się z kol. MEYERSONEM na to, aby opisany przez niego guz mógł być w związku z chrząstką międzykręgową ze względu choćby na różnicę w ich utkaniu, przychyła się za to do poglądu prof. PRZEWOSKIEGO i na równi z nim uważa guz z powodu złożoności jego budowy za potworniak, pochodzący z łuków skrzelowych z udziałem pierwiastków ślinianki przyusznej, i z metaplastazą chrząstki szklistej (łuki skrzelowe) na sprężystą.

5) a) Prof. PRZEWOSKI wygłosił swe spostrzeżenia nad zastawką żyły głównej górnej. Z trzech żył, wpadających do prawego przedsionka: żyły głównej górnej, dolnej i żyły wieńcowej tylko dwie ostatnie mają znane dziś w anatomii zastawki: *valvula Eustachii* i *valvula Thebesii*. Otóż prof. PRZEWOSKI przekonał się, że przy ujściu żyły głównej górnej stale spotyka się rodzaj sierpa, który uważać należy przeto za jej zastawkę i który nazywa *valvula venae cavae superioris*; twór to szczątkowy i bez znaczenia, zarówno jak i dwie tamte zastawki.

b) Następnie prof. PRZEWOSKI opisał dwa przypadki tętniaków. Przypadek 1-szy. Na trupie 40-letniej kobiety, zmarłej niemal nagle, przy objawach utraty przytomności z drgawkami ogólnymi i rozszerzeniem źrenic, a za życia zdradzącej cały szereg zbroczeń właściwych histeryi, znaleziono oprócz wylewu krwi *in ponte Varolii* rozległą sprawę miażdżycową, nadto zaś w tętnicach na podstawie mózgu rozlane mocne rozszerzenia i żyłakowate wygięcia — *aneurysma cirsoideum arteriarum baseos cerebri*. Badanie drobnowidzowe wykazało zmiany miażdżycowe błony wewnętrznej tętnic, zanik błony średniej ze zcieńczeniem *laminae elasticae internae* oraz nacieczenie drobnokomórkowe błony zewnętrznej. Przypadek 2-gi. Na trupie 22-letniego zmarłego nagle syfilityka znaleziono na pniu tętnicy lewej szczeliny SYLWIUSZA pęknięty tętniak wielkości dużego ziarnka grochu, o ścianach grubości $1-1\frac{1}{2}$ mm., z niewielkimi zmianami *intimae*, drobnokomórkowem nacieczeniem *mediae* oraz ze znacznie zmienioną w rodzaj tkanki ziarninowej błoną zewnętrzną tętnicy. Oprócz dwu tych przypadków prof. PRZEWOSKI okazał preparaty drobnowidzowe tętnicy szczeliny SYLWIUSZA, pochodzącego od innego młodego syfilityka, gdzie także środek ciężkości zmian polegał na znacznych zmianach błony zewnętrznej, które prelegent uważa za wyraz *periarteriitidis gummosae*. Z racji przytoczonych przypadków prof. PRZEWOSKI omawia obszerniej, etyologię tętniaków wogółności. Powstawanie tętniaków zależy od wszystkich tych zmian chorobowych, które osłabiają wytrzymałość błony średniej tętnic. Przyczyny te są następujące. I. Wrodzony niedorozwój ściany naczyńowej, dający początek tętniakom wrodzonym. II. Zmiany nabyte, zależne: 1) od przyczyn natury urazowej: a) uderzenia, naciągnięcia i t. p., wywołujące naderwanie składników sprężystych i mięśniowych tętnicy; b) ucisk, wywierany na ścianę wewnętrzną tętnic przez twardą zatyczkę, najczęściej zwapniałą część błony wewnętrznej (*aneurysma embolicum simplex* PONFICK'a); 2) sprawy chorobowe: a) miażdżyca tętnic (1 - szy przypadek prelegenta), b) t. zw. *mesoarteriitis* (KOESTNER'a), c) zapalenia ścian naczyńowych pochodzenia pasorzytniczego; tu odnieść należy: α) t. zw. *aneurysma vermicosum* ROLLINGER'a w tętnicach krezkowych koni, wywołane przez oblicę olbrzymią (*eustrongylus gigas*), która uszkadza błonę wewnętrzną i średnią; β) *aneurysma embolicum infectiosum* PONFICK'a, powodowane przez zatyczki zakażone; γ) zapalenie gruźlicze, przechodzące z tkanek otaczających (najczęściej z jam płucnych) na błonę zewnętrzną i średnią tętnic; wreszcie δ) zapalenia przymiotowe (2-gi przypadek prelegenta), czyli t. zw. *periarteriitis gummosa*.

W dyskusyi prof. BRODOWSKI zaznacza, że przedewszystkiem najważniejszą rolę w powstawaniu tętniaków odgrywa wrodzona, odziedziczona lub nabyta watość ścian tętniczych, ujawniająca się pękaniem włókien sprężystych błony średniej przy podwyższeniu ciśnienia krwi; za takim pękaniem następuje rozwój nowych naczyń w kierunku do tych pęknięć, nacieczenie drobnokomórkowe i *degeneratio fibrosa mediae*; watość taka może być nawet następstwem całego szeregu urazów, czego dowodem mogą służyć tętniaki *a. popliteae* u woźniców. Co się tyczy spraw pasorzytniczych, to te mają najmniejsze znaczenie w powstawaniu tętniaków, zwłaszcza sprawy przymiotowe, które pociągają za sobą w olbrzymiej większości przypadków *endoarteriitis obliterans*.

Prof. KOSIŃSKI wypowiada przypuszczenie, że *aneurysma cirsoideum* w pierwszym przypadku prelegenta mogło być cierpieniem wrodzonym, kol. TRZCIŃSKI zaś nie zgadza się, aby tętniak z przypadku drugiego był zależny od przymiotu.

Prof. PRZEWOSKI odpowiada, że dowieść tego, iż tylko wrodzona watość ściany naczyniowej jest w danym przypadku przyczyną tętniaka, niezmiernie jest

trudno; w każdym razie nie ulega wątpliwości, że ostatecznym powodem powstawania tętniaków są pęknięcia części składowych błony średniej tętnic, a mianowicie też jej włókien sprężystych. Że przymiot najczęściej prowadzi do *endoarteriitis obliterans*, to fakt bezsporny, że jednak nieraz wywołuje on *periarteriitis gummosa s. nodosa*, przy czym zmiany błony zewnętrznej szerzą się i na średnią, wywołując w końcu tętniak, o tem świadczą prace KUSSMAUL'a, R. MAIER'a, P. MEYER'a, ZIEGLER'a i LETULLE'a. Co do poruszonego przez prof. KOSIŃSKIEGO pytania, czy zmian, spotykanych w pierwszym przypadku, nie można uważać za wrodzone, prof. PRZEWOSKI odpowiada, że przeczą temu stanowczo współistniejące zmiany miażdżycowe na błonie wewnętrznej tętnic.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

— EIERMANN twierdzi, że kolka wątrobową w okresie połogowym nie jest zjawiskiem bynajmniej rzadkiem. Etiologicznym momentem przyczynowym jest utrudnienie odpływu żółci wskutek ucisku macicy zwiększonej podczas ciąży oraz zaburzeń w krążeniu; dzięki zastojowi żółci wytwarza się żółtaczką lub też kamienie *resp.* piasek żółciowy. Po porodzie zmienia się ciśnienie w jamie brzusznej i pęcherzyk żółciowy stara się wydaląc zawarte w nim kamienie. Rozpoznanie jest o tyle trudne, że nie zawsze towarzyszy kolce żółtaczką. Rokowanie jest dobre, leczenie zaś zwykłe: morfina podskórnie, oliwa wewnątrz lub w ławatywach, gorące okłady na brzuch.

(Münch. med. Woch. Nr. 2. 97.).

— LOEWY przytoczył w Tow. Fizjol. Berl. doświadczenia swoje nad wpływem na ustrój powietrza rozrzedzonego oraz górskiego klimatu. Gdy w komorze pneumatycznej oddech pozostaje niezmienny przy ciśnieniu 450 mm., w górach spostrzega się znaczną, choć indywidualną zmianą już przy ciśnieniu 520 mm. = 2800 metrów. Z doświadczeń tych wynika, że pobudzający wpływ górskiego powietrza na przemianę materii nie zależy od zmniejszenia ciśnienia, ani też obniżonej ciepłoty oraz kierunku wiatrów. Co się tyczy zmian krwi, nie znalazł L. bezwzględnie powiększenia ilości ciałek krwi, natomiast ilość wody w niej była zwiększona. (Posiedz. 9. IV. 1897.).

— W celu ochronnym przed następującymi często po płonicy zapaleniami ucha stosowane bywa płókanie gardła kwasem bornym. Ponieważ pomimo tego zabiegu zapalenie ucha występuje

u 20% chorych, radzi COMBY postępować energiczniej, mianowicie pędzlować kilka razy dziennie gardło 10% roztworem rezorcyny, lub też następującą mieszaniną: *naphthol* β 10,0, *camphorae* 20,0, *glycerini* 30,0. DS. Przy używaniu rezorcyny autor spostrzegał zapalenia ucha zaledwie w 8,3% przypadkach, stosując zaś naftol w 12,5%. (Semaine méd. Nr. 31. 97.).

— Anilipiryna — związek antypiryny z acetanilidem — jest środkiem przeciwgorączkowym i znieczulającym. GILBERT i YVON stosują ją w ostrym gościecu stawowym, grypie, migrenie i nerwobólach. Dawka średnia wynosi 0,5 dwa do czterech razy dziennie. (Soc. de biologie par. S. 3. VII. 97.).

— Według SIDNEY'a przymiot serca jest chorobą o wiele częstszą, niż przypuszczają. Dotyka on głównie osobników młodych, przebiegając pod zwykłą postacią chorób mięśnia sercowego. U osób obarczonych przymiotem powolnie wzrastające osłabienie serca bez rozstrzeni, dusznica bolesna, przyspieszenie działalności serca dowodzą przymiotu lewej komory serca, zaś przerost serca bez zwiększenia siły tego narządu oraz niczem niepowodowane zaburzenia oddechowe wskazują przymiot komory prawej. (Lancet. 23. I. 97.).

— Swoiste drętwienie skóry oraz tkanki podskórnej pod wpływem znacznego spadku ciepłoty i większej utraty płynów występuje tylko u ssawców, a zależy, jak dowodzi KNOEPFELMACHER, od mniejszej wartości w tłuszczu ssawców kwasu oleinowego. U ssawców ilość kwasu tego wynosi 43%, poczem, zwiększając się, dochodzi w końcu pierwsze-

do roku życia do 65% i takąż pozostaje nadal. To jest powodem, że *sclerema* zdarza się zazwyczaj w pierwszych dwóch miesiącach życia; u dzieci starszych nad pół roku jest ona rzadkością, (Berl. klin. Woch. Nr. 20. 97.).

— BEUTTNER zaleca stosowanie ginekologicznego mięsienia jedynie przy wysokiem ułożeniu miednicy, a to z powodów następujących: mięśnie skośne brzucha wiotczą zupełnie, jelita podnoszą się ku przeponie brzusznej, dzięki czemu można mięsić nawet w razie obfitujących w tłuszcz powłok brzusznych, macica oraz przydatki jej opadają ku górze, stając się bardziej dostępnymi dla ręki, chora oraz lekarz męczą się o wiele mniej. (Ctrbl. f. Gynäkol. Nr. 19. 97.).

— JONNESCO dokonał siedm razy operacji wycięcia śledziony u 6-iu chorych na zimnicę i jednego ze zropiałym w śledzionie bąblowcem. Po szczęśliwym przebiegu operacji badał krew oraz mocz i znalazł zmniejszenie jadowitości moczu oraz zwykły stosunek między czerwonymi i białymi ciałkami krwi. (Progres méd. Nr. 12. 97.).

— KUMPF stosuje skutecznie przy krwotokach połogowych wskutek bezwładu macicy następujący zabieg t. zw. „Zitterdrückung“. Lekarz kładzie wyprężoną rękę pośrodku między spojeniem łonowem i pępkiem i przyciska macicę do kręgosłupa, wprowadzając zarazem rękę w możliwie szybkie drganie; po kilku sekundach, gdy kontury macicy są już widoczne, stosuje się takąż „Zitterdrückung“ na tylną powierzchnię macicy, przyciskając macicę do spojenia łonowego w przeciągu jakichś 10 sekund. Macica kurczy się znakomicie; w razie potrzeby zabieg może być kilkakrotnie powtórzony. (Ctrbl. f. Gynaek. Nr. 12. 97.).

— Ponieważ mięśniaki macicy powodują często poronienia, radzi MACKENRODT wczesną operację ich, nie wywołuje ona bowiem nigdy poronienia. ISRAEL i FALK podzielają to mniemanie. (Berl. med. Ges. S. 12. V. 97.).

— HERÉSCO spostrzegł pierwotny rak gruczołu krokowego u 90-cio letniego starca. Pęcherz moczowy, oraz wszystkie inne narządy były niezajęte. (Soc. anatom. de Paris S. 18. VI. 97.). M. B.

Wiadomości bieżące.

— Kol. DZIERŻAWSKI otrzymał pozwolenie na wydawanie miesięcznika p. t. „Przegląd dentystyczny“.

— Wyszedł z druku zeszyt drugi Ogólnego zbioru tom XCIII „Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego i zawiera: 1) R. RENCKI—O przyrodzie i rodzaju postaci półksiężycowatych pasorzyta zimnicy złośliwej (*haemosporeidum Laverani*). 2) W. POPIEL—Przyczynek do badań nad kastracją w ustroju kobiecym. 3) Fr. NEUGEBAUER—34 spostrzeżeń podwójności zewnętrznych organów płciowych. 4) M. PIĄTKOWSKI—O działaniu soli wapiennych wogóle a w szczególności wody krynickiej w niektórych przewlekłych chorobach żołądka. 5) Wł. TYRCHOWSKI—Instytut położniczy w Warszawie od roku 1802—1884 (ciąg dalszy). 6) Protokoły posiedzeń. 7) Rocznik Zarządu Tow. Lek. Warsz. 8) Ogłoszenia. 9) Przegląd piśmiennictwa lekarskiego polskiego za rok 1896.

— Za rok zbierze się IV zjazd badaczy gruźlicy w Paryżu. Główne sprawy, które na tym zjeździe mają być poruszone, są następujące: 1) Sanatoria jako środek zapobiegający i leczący gruźlicę. 2) Surowice i toksyny jako leki przeciw gruźlicy. 3) Zastosowanie promieni ROENTGEN'a do rozpoznawania gruźlicy. 4) Walka z gruźlicą zwierzęcą przez zarządzenie ochronne i zapobiegawcze.

— Zmarli. W Monachium prof. Max Józef OERTEL. Z licznych prac jego największy mu rozgłos zjednała praca p. t. „Leczenie zaburzeń krążenia“ pomieszczona w podręczniku ZIEMSEN'a.

W Wiesbaden prof. D-r Wilhelm PREYER w 56-roku życia.