

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 jednospaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracya „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Nowo-Zielna Nr. 47.

Adres Redaktora: Oboźna Nr. 5.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Przypadki zejścia śmiertelnego z powodu zaburzeń w narządzie krążenia na podstawie materyału w prosektoryum szpitala głównego we Lwowie w ciągu roku 1894, 1895 i 1896. Opracował d-r Antoni Krokiewicz. — Przyczynek kasuistyczny do patologii gałęzi szyjowej nerwu współczulnego podał d-r Maryan Piątkowski. (Ciąg dalszy). — **Streszczenia i wyciągi.** 139. Wyniki leczenia 20-stu przypadków złośliwych nowotworów zapomocą surowicy przeciwpałkowcowej. 140. O leczeniu wola zapomocą wstrzykiwań śródmiąższowych. 141. O leczeniu gruźlicy kwasem cynamonowym. 142. O leczeniu zwężeń rakowatych przełyku, odźwiernika i odbytnicy. 143. *Rhinitis neurosa*. — Sprawozdanie z XII zjazdu międzynarodowego w Moskwie. — **Odcinek.** W sprawie urządzeń bezpłatnej pomocy lekarskiej. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Ugłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r A. Krokiewicz—Sur de troubles dans les organes circulatoires à issue mortelle. Considérations basées sur les autopsies de l'hôpital principal de Lemberg pendant les années 1894, 1895 et 1896. 2) D-r M. Piątkowski—Contribution à la casuistique de la pathologie de la branche cervicale du grand sympathique.

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

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r A. Krokiewicz—Ueber Todesfälle in Folge von Circulationsstörungen auf Grund des Sectionsmaterials des städtischen Krankenhauses zu Lemberg in den Jahren 1894, 1895 und 1896. 2) D-r M. Piątkowski—Ein kasuistischer Beitrag zur Pathologie des Halsastes des Sympathicus.

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

Przypadki zejścia śmiertelnego z powodu zaburzeń w narządzie krążenia na podstawie materyału

w prosektoryum szpitala głównego we Lwowie
w ciągu roku 1894, 1895, 1896.

Opracował D-r ANTONI KROKIEWICZ,

b. prosektor szpitala we Lwowie, obecnie prymaryusz szpitala Św. Łazarza w Krakowie.

Zejście śmiertelne z powodu zaburzeń w narządzie krążenia stwierdzono na stole sekcyjnym w 147 przypadkach (72 m., 74 k., 2 dz.) t. j. w 5,3% ogólnej ilości zwłok dostawionych do prosektoryum. We wszystkich tych przypadkach sprawa chorobowa była nabyta w życiu pozapłodowem; tylko u dziecka 13-miesięcznego płci żeńskiej spotkano się na stole sekcyjnym z wadą rozwojową w postaci wrodzonego braku górnej i tylnej części przegrody przedsionkowo-komorowej i utrzymanego przewodu Bothal'a (*Defectus congenitus partis superioris septi atrioventricularis. Ductus Bothali*

apertus). W przypadku tym serce ważyło 45 gm., zachowało stosunki właściwe życiu płodowemu; była bardzo znaczna ogólna sinica i wszelkie objawy t. zw. kacheksyi ANDRAL'a, a zejście śmiertelne spowodował ostatecznie ostry niezbyt kiszek.

Zmiany nabyte w zakresie narządu krążenia, które spowodowały zejście śmiertelne, przedstawiają się następująco:

I. Zmiany zapalne ostre na wsierdziu zastawkowym, Zmiany ostre zakaźne, wywołane obecnością pasorzyta ropotwórczego (*staphylococcus pyogenes aureus*), stwierdzono na stole sekcyjnym w 17 przypadkach (9 m. 8 k.) t. j. 11,6% ogólnej liczby zmarłych na zaburzenia w narządzie krążenia, a mianowicie: na wsierdziu zastawkowym aorty (*endocarditis ulcerosa aortica*) w 12 przypadkach (8,5%), t. j. u 8 mężczyzn w wieku 17, 24, 35, 38, 40, 41, 53, 65 lat i u 4 kobiet w wieku 30, 53, 55, 60 lat; na wsierdziu zastawkowym aorty i ujścia żylnego lewego (*e. ulcerosa aortica et mitralis*) w 2 przypadkach (1,3%) t. j. u kobiety 30 i 33-letniej; na wsierdziu zastawki dwudzielnej (*e. ulcerosa mitralis*) w 2 przypadkach (1,3%) u kobiety 46 i 47-letniej; na wsierdziu zastawki aorty, dwudzielnej i trójdzielnej (*e. ulcerosa aortica, mitralis, tricuspidalis*) w jednym przypadku (0,7%) u mężczyzny 27-letniego. We wszystkich tych przypadkach zastawki okazywały dawne zgrubienia.

W przebiegu zapalenia ostrego zakaźnego wsierdza zastawkowego w 11 przypadkach (6 m. 5 k.), t. j. 64,6% zauważono świeże przedziurawienie zastawek (*perforatio valvul.*); w jednym tylko przypadku u mężczyzny 27-letniego w przebiegu zajęcia sprawą niszczącą ujścia tętniczego i żylnego lewego tudzież żylnego prawego (*e. ulcerosa aortica, mitralis, tricuspidalis*) znajdował się na środkowej zastawce aorty otwór, przebijający ją na wylot, o brzegach zgrubiałych, zabliźnionych, gdy na wsierdziu zastawki dwudzielnej i trójdzielnej znajdowały się owrzodzenia świeże.

Serce dochodziło zawsze znacznych rozmiarów, gdyż ważyło od 423—735 gm., zwłaszcza w przypadkach umiejscowienia sprawy chorobowej w ujściu tętniczym lewym. Tętnica główna okazywała w 9 przypadkach (5 m. 4 k.) t. j. 52,9% znacznego stopnia niedokształt. (*hypoplasia aortae*).

Śledziona dochodziła znacznych rozmiarów, od 355—950 gm.; przeciętnie ważyła 450 gm.

W jednym przypadku u kobiety 53-letniej zapalenie zakaźne wsierdza zastawkowego aorty z przedziurawieniem tejże wystąpiło w przebiegu zapalenia przewlekłego nerek (*nephritis chronica*); w 4 przypadkach (2 m. 2 k.) zauważono zmiany podostre zapalne nerek (*nephritis subacuta*).

W jednym przypadku u mężczyzny 65-letniego zakaźne zapalenie wsierdza zastawkowego aorty wystąpiło w przebiegu zwyrodnienia włóknistego rozsianego mięśnia sercowego i miażdżycy tętnicy głównej i wieńcowej przedniej (*myocarditis fibrosa dissem. atheroma aortae ac arteriae coronariae cordis ant.*), a w drugim u mężczyzny 41-letniego w przebiegu zwyrodnienia rozsianego włóknistego mięśnia sercowego (*myocarditis fibrosa*); w jednym przypadku u kobiety 53-letniej w przebiegu zmian przewlekłych na zastawce dwudzielnej, zwyrodnienia włóknistego szczytów mięśni brodawkowych komory lewej i zrostów między

blaszkami osierdzia, (*endoc. mitralis chron., myocard. papill. sin., concretiones epicardii cum pericardio*).

Obecność wysięku krwawego pośród worka sercowego (*exsudatum haemorrhagicum pericardiacum*) w przebiegu zapalenia zakaźnego zastawki aorty i dwudzielnej zauważono w jednym przypadku u kobiety 30-letniej. Liczne wynaczynienia w skórze (*ecchymoses cutaneae*) stwierdzono na stole sekcyjnym w 3 przypadkach (1 m. 2 k.), a w jednym przypadku u mężczyzny 41-letniego zauważono obok wynaczynień w skórze i ropnie przerzutowe (*abscessus embolici cutis*).

Ropnie w nerkach (*abscessus renum*) i w śledzionie (*abscessus lienis*) stwierdzono u mężczyzny 28-letniego i u kobiety 33-letniej w przebiegu zapalenia wsierdzia zastawkowego lewego tętniczego.

Zapalenie płuc włóknikowe (*pneumonia crouposa*) stwierdzono w 2 przypadkach (2 m.); zapalenie płuc opadowe (*pneumonia hypostatica*) w jednym przypadku (1 k.); w jednym przypadku u kobiety 62 letniej w przebiegu zapalenia zastawki dwudzielnej wystąpiło zapalenie ropne opon mózgoworzędnikowych (*leptomeningitis cerebrospinalis*). Żółtaczkę (*icterus*) zauważono w 2 przypadkach (1 m. 1 k.), a puchlinę (*anasarca*) w 15 przypadkach (8 m. 7 k.).

II. Zmiany zapalne podostre na wsierdzu zastawkowym aorty (*endocarditis subacuta recens aortica*) zauważono na stole sekcyjnym w jednym przypadku u kobiety 50-letniej jako przyczynę zejścia śmiertelnego. W 4 przypadkach (2 m. 2 k.) stwierdzono jako przyczynę śmierci podostre zmiany zapalne na wsierdzu zastawki dwudzielnej (*e. subacuta recens mitralis*) t. j. u chłopca 9 i 11-letniego i u 18 i 19-letniej kobiety. U chłopca 11-letniego wystąpiło zapalenie podostre zastawki dwudzielnej w przebiegu nieznacznego poparzenia (*combustio*), przy czym chory w ostatnich dniach życia miewał napady padaczki (*epilepsia*); u chłopca 9-letniego w przebiegu ostrego zapalenia mięśnia sercowego (*myocarditis acuta*); u kobiety 18-letniej w okresie połogowym, a u kobiety 19-letniej w okresie zdrowienia po przebytych dawniej durze brzuszny.

W dwóch przypadkach t. j. u mężczyzny 23-letniego i kobiety 70-letniej zauważono świeże zmiany zapalne na wsierdzu zastawki dwudzielnej obok zwyrodnienia rozsianego włóknistego mięśnia komory lewej (*endocarditis verrucosa recens, myocarditis fibrosa diss.*).

III. α) Zmiany przewlekłe na wsierdzu zastawkowym aorty (*endocarditis aortica chron.*) bez charakteru zakaźnego stwierdzono w 12 przypadkach (9 m. 3 k.) t. j. 8,5% — i to u mężczyzny 32, 36, 47, 54, 58, 60, 70, 75, 80-letniego i u kobiety 37, 38, 59-letniej. U mężczyzny 54-letniego obok zniekształcenia znacznego zastawek półksiężycowych aorty dołączyły się i rozległe zrosty pomiędzy blaszkami osierdzia (*end. aortica chron., concretiones pericardii cum epicardio diff.*). Serce przeciętnie ważyło 500 gm.

(D n.).

IV.

Przyczynek kazuistyczny do patologii gałęzi szyjowej nerwu współczulnego

podał D-r Maryan Piątkowski, I-szy asystent tejże kliniki.

(Ciąg dalszy—Zob. N. 37).

Przypadek II. *Ptyalismus et hyperhydrosis. Hyperaciditas ventriculi.*

M. B., lat 40, dziedzicznie nie obciążony. Do roku 34 czuł się zupełnie zdrowym. W tym roku zapadł na dur brzuszny trwający około 4 tygodni. Przed rokiem zauważył obrzęk gruczołów pachwinowych bez wiadomej przyczyny, który pod wpływem leczenia ustąpił. Przed miesiącem po zjedzeniu niezupełnie świeżego mięsa uczył w okolicy żołądka pieczenie, wzmożone pragnienie, często pojawiające się nudności bez wymiotów i zaparcie stolca, przy utrzymaniu łaknienia, a obok tego nadmierne pocenie się na twarzy i pod pachami i wzmożone wydzielanie śliny. Do tych objawów dołączył się ból w okolicy łopatek. Nie widząc poprawy, zgłosił się w dniu 27 stycznia 1892 do kliniki lekarskiej.

Stan obecny. Wzrost mały, budowa i odżywianie mierne, twarz wychudła wraz z szyją żywo zaczerwieniona, obok tego na policzkach i na nosie siatka porozszerzanych naczyń włosowatych; twarz pokryta kroplistym potem, szpary powiekowe po obu stronach jednakowe, gałki oczne należycie ruchome, nieco jednak wysadzone, źrenice miernie szerokie, równe, na światło dobrze oddziałują. W zakresie nerwu twarzowego i trójdzielnego zmian nie ma. Błona śluzowa jamy ust i gardła zaczerwieniona, język czysty z zaczerwienionymi brodawkami. Ślinianki podszczękowe powiększone, miękkie, niebolesne. Szyja miernie długa i szeroka. Gruczoły chłonne nieznacznie powiększone. Pnie nerwowe przy ucisku niebolesne.

W narządzie oddechowym z wyjątkiem rozedmy płuc niewielkiego stopnia nie ma nic nieprawidłowego. Mięśnie międzyżebrowe okazują nadczułość. Drugi ton nad tętnicą główną nieco dźwięczniejszy, czynność serca prawidłowa, tętnice stosunkowo wąskie, skroniowe okazują miażdżycę w stopniu umiarkowanym. Brzuch lekko wzdęty. Mięśnie brzuszne nadczułe. Śledziona namacalna, o brzegu miękkim i bolesnym, stłumienie jej sięga od 8 żebra do łuku żebrowego. Wymiar podłużny wynosi 12 cm., poprzeczny 8 cm. Granica dolna żołądka sięga do pępka, kończyny górne nie okazują żadnych zmian odżywczych, tylko palce są sinawe zabarwione i zimne, dłonie spoczone. Ruchy czynne i bierne kończyn dolnych utrzymane, odruchy ścięgniste i odruchy skórne tamże wzmożone. Sfera zmysłowa i umysłowa prawidłowa.

Mocz w ilości dobowej 700 cm. sz. o barwie pomarańczowej, o ciężarze właściwym 1,022, przezroczysty, zawiera ślad białka, ilość chlorków prawidłową; w osadzie umiarkowana ilość wałeczków ziarnistych, ciała czerwone krwi i ciała śluzowe.

W przeciągu 18 godzin chory wypłuł 900 cm. sz. śliny płynnej, wodnistej, zasadowej, słabo ciągnącej się, o ciężarze gatunkowym 1.005; pod drobnowidzem znaleziono komórki nabłonka płaskiego i ciała śluzowe.

Badanie żołądka wykazało na czczo brak treści; po właniu 100 cm. sz. wody wyciągnięto 40 cm. sz. treści mętnej o przesączu jasnym, z kwasnością 3, ze śladem kwasu solnego; przy próbie lodowej po właniu 100 cm. sz. wody wydobyto 50 cm. sz. płynu wodnistej ze strzępkami śluzu; przesącz wodnisto-jasny o kwasności 2, ze śladem kwasu solnego; pod drobnowidzem stwierdzono jąderka ciałek śluzowych; przy próbie białkowej po 3 kwadransach wydobyto 80 cm. sz. treści mętnej bez resztek białka, po przesączeniu jasnej, o kwasności 10 z oddziaływaniem na kwas solny i pepton. Treść ta trawi krążek białka bez dodania kwasu solnego po trzech godzinach.

Nadmierne pocenie się osobliwie natwarzy i pod pachami zmniejsza się pod wpływem atropiny, powiększa się znacznie po zastrzyknięciu pilokarpiny, a następne zastrzyknięcie atropiny usuwa pocenie na kilka godzin.

We krwi przeważają ciała neutrofilowe wielojądrowe nad limfocytami w sposób prawidłowy, które to ostatnie są rozmiarów bardzo małych; ciałek czerwonych 6500000, stosunek białych do czerwonych 1 : 733

W czasie spostrzegania w klinice zwrócono uwagę przeważnie na wydzielanie moczu, śliny i na trawienie.

Ilość wydzielanego na dobę m o c z u nie przekraczała nigdy 1000 cm. sz., często w miarę większych potów zmniejszała się do 700 cm. sz., a nawet 600 cm. sz. Odpowiednio do ilości moczu ciężar gatunkowy wahał się między 1,020 a 1,034, oddziaływanie było zawsze kwaśne; wałeczki ziarniste, ciała krwi czerwone i ciała śluzowe znikły z moczu w ciągu lutego 1893; wśród dalszego spostrzegania pojawiało się białko tylko od czasu do czasu.

C o d o w y d z i e l a n i a ś l i n y, to ani bromek sodu, ani kokaina, kodeina, pilokarpina zastrzyknięte nie miały wybitnego wpływu. Wśród podawania bromku sodu ilość dobową wahała między 200, a 1330 cm. sz., zwiększając się lub zmniejszając nagle z jednego dnia na drugi. To szczególne, że atropina zamiast zmniejszać ilość śliny, jak to zazwyczaj bywa, prawie że powiększała ją. I tak ilość śliny przed następniem podawaniem atropiny wynosiła 500 cm. sz., zaś wśród podawania tejże, począwszy od 3—20 mg. na dobę, ilość śliny wahała się pomiędzy 600—1000 cm. sz. W dalszym ciągu spostrzegania ilość śliny bez podawania jakichkolwiek leków wahała się między 550 a 1400 cm. sz. Najlepiej działały codzienne zastrzykiwania pilokarpiny, które u innych chorych ilość śliny zazwyczaj powiększają. Podczas codziennych zastrzykiwań po 1—2 cm., począwszy od 13 marca aż do wyjścia chorego z kliniki w dniu 11 kwietnia 1892, ilość dobową śliny wahała się między 600—700 cm. sz., zaś od 23. 3. 1892 wynosiła 200—300 cm. sz. na dobę.

W żołądku czczym napotymano prawie zawsze pewną ilość (30—100 cm. sz.) treści wodnisto-jasnej, mętnej lub żółtawo zabarwionej, co niewątpliwie było następstwem polykania śliny podczas nocy. Stopień kwasności i zawartość kwasu solnego zachowywały się bardzo rozmaicie. Jąderka ciałek śluzowych znajdowały się stale, śluz często, czasami resztki pokarmów z dnia poprzedniego.

W dniu 11 kwietnia chory opuścił klinikę w stanie o tyle lepszym, że ilość śliny wydzielanej na dobę zmniejszyła się do 300 cm. sz. W dniu tym stopień kwasności w żołądku czczym wynosił 3. Pocenie się pozostało w stopniu jednokowym.

Ponownie zgłosił się do kliniki w miesiąc później t. j. 11. 5. 1893. Przez cały czas pobytu w domu stan chorego nie uległ znaczniejszej zmianie. W dniu ponownego przyjęcia chorego z nowych objawów zauważono tylko nieżyt spojówek, znaczniejsze powiększenie ślinianek podszczękowych, które teraz były przy ucisku bolesne, słabsze oddziaływanie żrenic, mierną bolesność stosu pacierzowego, wreszcie większe wzmoczenie odruchów tak na kończynach górnych, jakoteż dolnych. Mocz w ilości 1700 cm. sz., o ciężarze gatunkowym 1,020, białka nie zawierał. Chory żalił się tym razem na swędzenie skóry, osobiście na twarzy i na dokuczliwe bóle w żołądku. Badanie treści żołądkowej wykazywało tym razem stale wzmoczoną kwaśność od HCl pochodzącą, która nawet na czczo bez poprzedniego wiania wody przekroplonej dochodziła do 40 i nie zmniejszała się pomimo używania wody karlsbadzkiej. Język poprzednio obłożony również się nie oczyścił.

Wśród podawania jodku potasu po 1 gm. dziennie nastąpiło natomiast znaczne polepszenie odnośnie do ślinienia i pocenia się. W tym czasie bowiem ilość śliny wahała między 200—600 gr., a poty pojawiały się zazwyczaj tylko podczas snu i to tylko na twarzy i pod pachami. Ciężar ciała pozostał niezmienny. Chory żalił się mniej na bolesność stosu pacierzowego i na bóle mięśniowe, jak nie mniej na dolegliwości żołądkowe. Opuścił klinikę w dniu 14. 7. 1893.

Poprawa ta nie trwała jednak długo. Wkrótce pogorszyły się wszystkie przypadłości tak co do pocenia się, ślinienia i dolegliwości żołądkowych. To zniechęciło chorego do udania się w listopadzie 1893 po raz trzeci do kliniki. Przez czas dwumiesięcznego pobytu w klinice stwierdzono istotnie pogorszenie się po wyżej wymienionych objawów.

Później chory nie zgłaszał się do kliniki, a nawet nie można go było odszukać dla przekonania się o dalszym przebiegu choroby.

W przypadku tym najważniejszym objawem jest ślinotok, który, ogólnie rzecz biorąc, pochodzić może albo od zaburzeń w nerwie trójdzielnym, albo w nerwie bębenkowo-językowym, albo też od zajęcia nerwu twarzowego, który oddaje gałązki do *chorda tympani*, wreszcie od nerwu współczulnego. Chcąc rozstrzygnąć, który z nerwów jest przyczyną ślinotoku w tym przypadku, należy podnieść, że w ciągu tak długiego spostrzegania nie znaleziono żadnych objawów nieprawidłowych ze strony nerwu trójdzielnego. Nie zauważano również zmian ruchowych w twarzy, przyczyna więc ślinienia polegać musiała na zajęciu nerwu współczulnego. Twierdzeniu temu odpowiada także pocenie się przeważnie twarzy i szyi i słabsze oddziaływanie żrenic.

Etyologia w tym przypadku nie jest jasna. Ponieważ choroba rozpoczęła się wkrótce po spożyciu niezupełnie świeżego mięsa, podejrzewać można zatrucie ustroju ptomainami a to tembardziej, że jeszcze w początkach spostrzegania klinicznego można było stwierdzić objawy zapalnego podrażnienia nerek. O przebytej płonicy chory nic nie wspominał, a łuszczenia się naskórka nie zauważano.

Przypadek III. *Hemihydrosis et hemiatrophia facialis sinistra.*

B. K., lat 38, maszynista, zatrudniony w drukarni. Matka chorego zmarła z powodu suchot. W dzieciństwie przebył zolży, w 18 r. dur brzuszny, w 22 r. zapalenie płuc; w 23 pojawiały się objawy zmian gruźliczych w szczycie prawym. Od tego czasu, po każdym zaziębeniu zauważał suchy kaszel, dreszcze i gorączkę szczególnie wieczorem. W 28 roku życia przebył zapalenie ślepej кишки. Obecna choroba datuje się od 7 lat, a rozpoczęła się nadmiernem poceniem się po lewej

stronie głowy, szyi i klatki piersiowej. Jako drukarz uległ lekkiemu zatruciu łożowianemu. Okresowo nadużywał napojów wysokowych.

St a n o b e c n y w dniu 6 grudnia 1894 r.: wzrost średni, budowa kośćca dobra, skóra blada, mięśnie wiotkie. Spojówki nastrzyknięte, źrenice równe. Na zębach czarna obwódka od siarczaniu łożowiu. W szczycie prawym znaleziono tak z przodu jak i z tyłu przytłumienie odgłosu na małej przestrzeni, bez rzeżeń. Narząd krążenia bez zmian. Wątroba rozmiarów prawidłowych, śledziona tylko w wymiarze poprzecznym powiększona. Granica dolna żołądka sięga do pępka. Stos pacierzowy, mięśnie lędźwiowe i pnie nerwowe, a szczególnie po wewnętrznej stronie mięśnia mostko-sutkowego lewego są przy ucisku bolesne. Chory po całej stronie lewej więcej się poci, niż po prawej, a najwięcej na twarzy, szyi i klatce piersiowej. Na czole widać duże krople potu zlewające się ze sobą. Czucie wogóle prawidłowe. W sferze ruchu prócz odruchów ścięgniastych nieco wzmożonych po stronie prawej i drżenia kończyn górnych w miernym stopniu nic nieprawidłowego wykazać nie można. Cała lewa strona twarzy w porównaniu z prawą okazuje mniejszą objętość, a najbardziej uderza w oczy węższa szpara powiekowa lewa, wyższe ustawienie skrzydła nosowego lewego, niż prawego i nierówna objętość szczęk górnych i dolnych. Zmian we włosach, pomarszczenia twarzy, odbarwienia skóry, lub zmian barwnikowych na niej, ani też zaniku języka nie zauważono.

Wśród spostrzeżeń klinicznych od 6 grudnia do 7 stycznia zauważono podniesienie wagi ciała o 2 kg. 200 gr. Ciepłota prawidłowa, tętno promieniowe trochę bardziej napięte. Mocz prawidłowy. We krwi ciałek czerwonych 4000000, stosunek białych do czerwonych 1 : 580, hemoglobiny 80%. Zachowanie się ciałek czerwonych wogóle zupełnie prawidłowe. Stosunek pojedynczych ciałek białych do siebie wynosi: neutrofilowych 67%, eozynofilowych 3%, limfocytów 30%. Badanie żołądka dokonane trzykrotnie naczczo wykazuje zaleganie treści w ilości około 50 cm. sz. ze strzępkami pokarmowymi z dnia poprzedniego; oddziaływanie zasadowe. Kwasu solnego naczczo nigdy nie zauważono, czasami ślad kwasu mlecznego, częściej zaś śluz, białko rozpuszczalne, a raz jeden pepton. Pod drobnowidzem—włókna mięsne niestrawione i nadtrawione, włókna roślinne i igiełki kwasów tłuszczowych. Przy próbie białkowej wydobyto po 3 kwadransach 30 cm. sz. płynu, po przesączeniu jasnego, ciągnącego się, oddziaływającego zasadowo z wyraźnym śladem śluzu, bez peptonu; w osadzie stwierdzono okruchy białka, ciałka śluzowe i śluz. Równie nie wykazano kwasu solnego wolnego przy próbie lodowej, po krócej treść żołądkowa wydobyta okazywała stopień kwaśności 0, natomiast wybitny ślad śluzu. Po próbie LEUBE'go po 4 godzinach wyciągnięto raz 115 cm. sz. treści słabo zasadowej, nie zawierającej kwasu solnego wolnego i peptonu, drugim razem 10 cm. sz. o kwaśności 24 z wyraźnym kwasem mlecznym z brakiem jednak zupełnie kwasu solnego wolnego. Bez dodania kwasu solnego krążek białka strawieniu nie ulega, po dodaniu kwasu solnego — tylko nadtrawieniu.

Bystrość wzroku okazała się prawidłowa, natomiast wykazano zwięźenie pola widzenia po obydwu stronach dla barwy zielonej, po prawej zaś—dla czerwonej i żółtej. Prócz tego przeprowadzono szereg badań odnoszących się do czucia i ruchu. Barestezyometr nie wykazuje większej różnicy nad 10 gr. między stroną prawą a lewą. Czucie dotyku badane estezyometrem jest jednakowe po obydwu stronach i nieupośledzone. Największe różnice w odchyleniu cyrkla wynoszą $1\frac{1}{2}$ cm. Badanie czucia skórno-prądem indukcyjnym okazuje liczby jednakowe,

tylko w okolicy czołowej po stronie lewej wynosi odchylenie cewek 18,2 cm., gdy po stronie prawej 19,5 cm.; przeciwnie w okolicy nosowej, po stronie lewej 17,6 cm., po stronie prawej 12,7 cm. Badania czucia bólu elektrycznego po obydwu stronach mniej więcej jednakowe; różnice dochodzą do $1\frac{1}{2}$ cm. W zakresie badania najmniejszej pobudliwości nerwów wykazano największą różnicę $\frac{1}{2}$ cm. między stroną prawą a lewą. Badanie prądem galwanicznym wykazuje stosunki prawidłowe.

Badanie jam nowych wykazuje wygięcie przegrody nosowej ku stronie lewej, wskutek tego przewód nosowy lewy jest węższy od prawego ale drożny. W wydzielaniu śliny nie może wykazać żadnej różnicy między jedną a drugą stroną. Ucisk nerwu błędnego powoduje obniżenie liczby tętna ze 104 na 96, przyczem żrenica po stronie uciśniętej nieco się rozszerza.

Na podstawie tego badania, dla braku innych objawów charakterystycznych wyłączono *hemiatrophia facialis progressiva* a jako przyczynę nadmiernego pocenia się lewej górnej połowy ciała, zwiększającego się wrazie pracy fizycznej, zmniejszenia lewej połowy twarzy i szpary powiekowej lewej, wreszcie bolesności gałązki szyjowej nerwu współczulnego lewego rozpoznano nerwicę tegoż nerwu u osobnika z zagaśszczeniem szczytu prawego i nieżytem śluzowym żołądka.

Poprawę w zakresie pocenia się osiągnięto wyłącznie przez podawanie atropiny, li tylko podczas stosowania tego przetworu. Prąd galwaniczny okazał się całkiem nieskuteczny.

Z przypadków opisanych w literaturze, przypadek spostrzegany przez DALLY'ego i przypadek POKROFFSKY'ego najbardziej zbliżone są do naszego. DALLY podnosi asymetrię polegającą na zmniejszeniu połowy twarzy, pojawienie się potu po stronie lewej i zmniejszenie ciepłoty po tejże stronie. Co do wzmożonego pocenia się miejscowego nasuwa się przypadek GRABOWSKIEGO, gdzie wśród jedzenia pojawiało się zaczerwienienie jednej połowy twarzy i pokrycie perlistym potem. Wprawdzie GRABOWSKI odnosi tę zmianę do skaleczenia podczas wojny gałązek nerwu twarzowego, które działają hamująco na ośrodki rozszerzające naczynia, jednak, zdaniem mojem, łatwiej to wytłumaczyć nerwicą nerwu współczulnego tembardziej, że o zmianach ruchowych po tej stronie twarzy GRABOWSKI nie wspomina. BERGER przytacza dwa przypadki. Jeden z nich dotyczy tkacza, oddającego się samogwałtowi, który wśród jakiegokolwiek wysiłku fizycznego zauważał pojawienie się kroplistego potu po lewej stronie twarzy, drugi zaś—krawca chorego na zadumę, który okazywał podwyższoną ciepłotę i wzmożone wydzielanie potu na skroni i częściowo na czaszce. Przyczyny autor nie podaje, można jednak i te przypadki odnieść do nerwicy nerwu współczulnego.

Etyologia naszego przypadku nie jest zupełnie jasna. Wywiady nie podnoszą żadnego momentu, któryby powstanie nerwicy tłómaczył. Można by chyba domyslać się pewnego związku z zatruciem ołowianem lub wyskowem.

(D. n.).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

139. ZIEMACKI J. **Wyniki leczenia 20-stu przypadków złośliwych nowotworów zapomocą surowicy przeciwpaciorkowcowej.** Zachęcające wyniki, jakie mieli otrzymać EMMERICH i SCHOLL oraz lekarz amerykański COLEY ze stosowania powyższej metody, zachęciły autora do przeprowadzenia szeregu badań nad działaniem surowicy przeciwpaciorkowcowej w nowotworach złośliwych. Aczkolwiek powyżsi badacze stosowali odmienny rodzaj surowic, pomimo tego otrzymane przez nich wyniki były jednakowo zadawalające, rzec można świetne (*eclatant*). Badania swe prowadził autor w instytucie klinicznym w Petersburgu, surowica zaś była przygotowywana w pracowni prof. M. NENCKIEGO, w Instytucie medycyny doświadczalnej.

Opisawszy szczegółowo technikę przygotowywania surowicy, zaznacza autor, iż zastrzykiwał jej dwa rodzaje, mianowicie: t. zw. *serum equinum arsenicale* i *serum antistreptococcicum*. Oba te rodzaje surowic, zdaniem Z., działają jednakowo, wywołując skutki jedne i też same.

Przypuszczenie, iż w surowicy koni, którym podawano wielkie dawki arsenu, mogą się wytwarzać antytoksyny dopomagające ustrojowi do skutecznej walki z nowotworem, skłoniły Z. do zastosowania jej w kilku przypadkach.

Co się tyczy surowicy przeciwpaciorkowcowej, to, jak wiadomo, jest ich kilka odmian, dość znacznie między sobą się różniących, mianowicie: przeciwrakowa surowica EMMERICH'a i SCHOLL'a, t. zw. Krebsheilserum, surowica COLEY'a, surowica RICHER'a i HÉRICOURT'a i wreszcie MARMORKA. Surowica przeciwpaciorkowcowa autora zbliżała się w swych własnościach do surowicy MARMORKA, aczkolwiek pod względem własności uodporniających była od niej nieco słabsza.

Ta okoliczność, iż uodpornienie zwierząt przeciwko zakażeniu paciorkowcowemu daje się osiągnąć li tylko zastrzykowaniami żywych hodowli paciorkowców, gdy tymczasem filtrowane lub wyjałowione toksyny paciorkowcowe są w tym względzie całkiem bezskuteczne, nakazuje wielką ostrożność przy stosowaniu danej metody u ludzi. We krwi bowiem zwierząt uodpornionych jeszcze czas długi po zastrzyknięciu znajdujemy paciorkowce, a surowica z krwi takiej wydzielona i u ludzi stosowana może się stać śmiertelną. Należy więc przed rozpoczęciem zastrzykiwań, zrobić upust krwi próbny i krew należyście zbadać.

Dawka stosowana przez autora była rozmaita, stosownie do stanu i sił chorego. Zwykle rozpoczynano od 1 cm. sz. i z wolna dawkę tę co dni kilka zwiększano. Wszystkich przypadków spostrzeganych było 20, a prawie żaden z nich nie nadawał się do operacji. W tej liczbie było: 6 przypadków mięsaka, 14 zaś raka. Czas, w ciągu którego zastrzykiwania stosowano, wynosił od miesiąca do dwóch lat, przeważnie po 5—6 miesięcy.

Ogólny wynik da się streścić w jednym słowie: iż metoda ta okazała się całkiem bezskuteczną, a w niektórych przypadkach wprost szkodliwą, ani w jednym bowiem przypadku nie nastąpiło wyleczenie i ani w jednym przypadku nie dostrzeżono powstrzymania lub ograniczenia rozwoju nowotworu.

Z 20-stu osób leczonych tą metodą 12 zmarło, 3 były bliskie śmierci w chwili ogłoszenia obecnej pracy przez autora, wreszcie w 5-iu przypadkach zejście było niewiadome, niewątpliwie zdaniem Z. dla tego, że i tych 5 osób uległo temu samemu losowi. Nie mógł też autor dostrzedz, aby przy powyższych zastrzykiwaniach nowotwory ropijące, lub w stanie rozpadu będące oczyszczały się, lub ogra-

niczały. Przeciwnie, nie ulegało żadnej wątpliwości, że w jednym przypadku *lymphosarcoma*, z powodu drażnienia samemi zastrzykiwaniami wywołanego, nastąpiło rozsianie się nowotworu, gdyż obok guziczków dawnego pochodzenia, pojawiły się naokoło nowe, świeższej daty.

Zastrzyknięta surowica działa również pod względem stanu sił fizycznych jak i psychicznym bardzo pogłębiająco. Apatya i upadek ducha występują zwykle już po 2 lub 3 godzinach po zastrzyknięciu i trwają dwie lub trzy doby.

Inną ujemną stroną tej metody, jest kumulacyjne czyli zbiorowe działanie surowicy w niektórych przypadkach. W jednym mianowicie, szczegółowo przez autora opisanym, nie dostrzeżono z początku zbyt niepokojących objawów; wkrótce jednak nastąpiło nagle pogorszenie, stan kachektyczny stawał się coraz wybitniejszy, rak gwałtownie zaczął się powiększać, zajmując szybko coraz to nowe gruczoły chłonne, sił zaczęło ubywać. Po każdym nowem zastrzyknięciu występowały coraz poważniejsze objawy, jako to: silne zaczerwienienie łącznie i przyływ krwi do głowy, drżenie członków, tętno częste, nikle, liczba oddechów do 56 na minutę dochodząca, wreszcie zwięźnienie źrenic i słabe ich na światło oddziaływanie. Jedyłą korzyścią, jaką się z zastrzykiwań powyższych odnosi, jest zmniejszenie w niektórych przypadkach dotkliwego bólu prawie zawsze podobnym stanom towarzyszącego; to zapewne było powodem, iż niektórzy chorzy pomimo występowania po zastrzyknięciu surowicy wielce przykrych dla nich zjawisk, ponownych zastrzykiwań się domagali.

Czy zastrzykiwania surowicy przeciwpaciorkowcowej są szkodliwe? Takie pytanie zadaje sobie autor i jaknajkategoryczniej w sposób twierdzący na nie odpowiada. Są one niewątpliwie szkodliwe, a w szczególności osobom z podkopaniem odżywianiem, osobom osłabionym, wogóle osobom, jakimi są właśnie osoby dotknięte nowotworami złośliwymi. W takich razach zastrzykiwania te są raczej przeciwwskazane, aniżeli na polecenie zasługujące.

Słowem, usiłowania w tym kierunku, aby zapomocą zastrzykiwań surowicy przeciwpaciorkowcowej ograniczenie i unieszkodliwienie złośliwych nowotworów osiągnąć, wcale nie dały wyników dodatnich.

(*St. Petersb. Med. Wochenschrift*, Nr. 35. 1897.).

(W obec ścisłych i z całą dokładnością prowadzonych poszukiwań autora, trudno jest zrozumieć, dla czego np. **EMMERICH** i **SCHOLL** otrzymali niemal wręcz przeciwne wyniki. Byłoby rzeczą nader pożądaną i pouczającą w tej tak ważnej sprawie rozstrzygnąć, gdzie leży przyczyna niezgodności tych wyników. Ref.).

A.

140. **A. ROSENBERG. O leczeniu wola zapomocą wstrzykiwań śródmiażdżowych.** Leczenie wola zapomocą wstrzykiwań śródmiażdżowych uległo w ostatnich latach pewnemu zaniedbaniu, ku czemu w znacznej mierze przyczyniły się postępy techniki chirurgicznej w operowaniu wola oraz ogólnie rozpowszechnione stosowanie tyrcoidyny. Do wstrzykiwań śródmiażdżowych używano nalewki jodowej (*t-ra jodii*), alkoholu, ergotyny, arszeniku, chlorniku żelaza, kwasu osmowego, strychniny, sublimatu, kwasu chromnego, nadmanganianu potasu i t. p. Jednakże żaden z powyższych środków nie zyskał zupełnego uznania ze względu na wyniki bądź ujemne, bądź nawet bardzo szkodliwe. Np. przy stosowaniu najbardziej rozpowszechnionej jodyny zauważono niejednokrotnie stan zapalny (*strumitis*), zatrucie jodem, porażenie strun głosowych, a nawet wydarzyły się przypadki śmiertelne, których zebrano w literaturze około 28. Wobec tego **ROSENBERG** na zasadzie własnego doświadczenia zaleca wstrzykiwania jodoformu, które podjęto jeszcze przed laty 16-tu, a które w ostatnich czasach począł nanowo stosować z powodzeniem

GARRÉ. Do wstrzykiwań autor używa mieszaniny złożonej z 1,0 jodoformu oraz eteru i oliwy po 7,0, którą przechowywa w ciemnym naczyniu. Sam zabieg jest bardzo prosty; wskazującym i średnim palcem ręki lewej należy ująć część wola i włożyć weń igłę strzykawki. Ażeby się upewnić, że igła tkwi w miększym wolu, należy choremu kazać wykonać ruch połykowy; gdy igła jest w wolu, odchyła się ku górze. Wstrzykiwania rozpoczynać należy od 0,5 grm. na raz, a upewniwszy się, że chory zniósł zabieg dobrze, można przejść wówczas do 1,0 i zwiększać dawki stopniowo, czyniąc początkowo 3-dniowe, a następnie 2—1-dniowe przerwy.

Przy okolicznościach sprzyjających można z czasem wstrzykiwać więcej niż jedną strzykawkę naraz. Po wstrzyknięciu chorzy uskarżają się zazwyczaj na lekkie bóle i piekący w miejscu ukłucia; ból ten rozpościera się czasem dalej na ucho, głowę, szyję, ramiona. Ból ustępuje dość szybko i nie trwa nigdy dłużej nad dobę. W innych znowu razach występuje smak jodoformu w ustach, kaszel, rzadziej nudności i wymioty, a w jednym tylko przypadku miał autor do czynienia z szybko przemijającym, 2 minuty trwającym, porażeniem jednej struny głosowej. Ani autor, ani GARRÉ nie zauważyli nigdy ciężkich i niebezpiecznych powikłań, jakie zachodziły nieraz po wstrzyknięciach jodiny. Nigdy też wstrzykiwania jodoformu nie wywołują zrostów bliznowatych skóry z otoczką wola, a pomyślnie skutki działania leczniczego występują niekiedy już po 3—4 wstrzyknięciach. W jednym przypadku silnie rozwiniętego wola u 15-letniego chłopca po 3 wstrzyknięciach ustały objawy ucisku krtani, a po 15—rozmiary wola zmniejszyły się do *minimum*. W ogólności autor stosował zabieg powyższy w 30 przypadkach, z których w 18 nastąpiło wyleczenie zupełne, w 13 znaczne polepszenie, w jednym nie osiągnięto żadnego wyniku, a w 3 wynik był wątpliwy.

Nawrotów zauważono trzy. Najwyższa ilość wstrzyknięć nie przewyższała 25. Jeżeli porównamy działanie tyreoidyny z działaniem wstrzykiwań jodoformowych, to oddać musimy pierwszeństwo wstrzykiwaniom. Według bowiem obliczeń BRUNS'a po zaprzestaniu podawania tyreoidyny w 75% przypadków występują nawroty. Ze względu jednak na okoliczność, iż tyreoidyna bywa zazwyczaj znoszona dobrze, gdy zastrzykiwania jodoformu sprowadzać mogą aczkolwiek krótkotrwałe, lecz niemiłe następstwa, autor radzi stosować u osób wrażliwych z początku tyreoidynę, a jeśli użycie jej pozostaje bez skutku, przejść do wstrzykiwań jodoformu.

Co się tyczy leczniczego działania jodoformu, to na drodze doświadczalnej przekonano się, iż jodoform zastrzyknięty do wątroby i nerek wywołuje zwyrodnienie tłuszczowe nabłonka w obu narządach. Jednakże nie udało się dowieść do tychczas, czy podobna sprawa zachodzi również w miększym wolu po zastrzyknięciu mieszaniny jodoformowej.

(*Berliner. klin. Wochschr.* Nr. 37. 1897).

L. Zembrzuski.

141. HEUSSER. O leczeniu gruźlicy kwasem cynamonowym. Autor, praktykujący w Davos, rozpoczął przed 3 laty stosowanie kwasu cynamonowego u suchotników. Środek ten, zastrzyknięty do żył lub mięśni, ma, według LANDERER'a, sprowadzać ogólną leukocytozę oraz wytwarzać naokoło ognisk gruźliczych zapalenie aseptyczne, prowadzące do bliznowatego kurczenia się tych ognisk.

Materyał HEUSSER'a stanowią 22 przypadki suchot płucnych, z których otrzymano wyleczenie zupełne w 6-iu, a poprawę w 12-u przypadkach. Jeden przypadek ukończył się śmiercią, a 3 leczone były bezskutecznie. Z pomiędzy 6-iu przypadków wyleczonych 3 należały do postaci lżejszej (zgęszczenia bez jam z umiarkowaną gorączką wieczorną), 3 zaś do postaci cięższej (jamy, bez znaczniejszych wahań ciepłoty). Z 12 chorych, którzy doznali poprawy, 3-ch należało do kategorii

1-ej, 9-iu do drugiej; u 7-iu z tych chorych poprawa jest stała, 2-ch umarło po upływie $\frac{1}{2}$ —1 roku, o 3-ch wiadomości późniejszych niema. Z wyleczonych, 2-ch cieszy się zupełnem zdrowiem od lat dwóch, 3-ch od roku, a jeden od 5-u miesięcy.

Porównyując wyniki otrzymane u chorych, leczonych kwasem cynamonowym z nieleczonymi, autor dochodzi do wniosku, że u drugich poprawa szła daleko wolniej, a rzeżenia, jakoteż laseczники i włókna sprężyste znikaly daleko powolniej i rzadziej, niż u pierwszych. Wynik ostateczny też zawsze był pomyślniejszy u leczonych kwasem cynamonowym. Jako rzecz godną uwagi nadmieniam autor, że przy stosowaniu pomienionego środka widywał powroty choroby daleko rzadziej, niż u innych chorych.

Co się tyczy metody, używanej przez HEUSSER'a, wstrzykiwał on kwas cynamonowy nie do żył, jak to pierwiastkowo robił LANDERER, lecz do mięśni mianowicie w pośladki, naturalnie przy zachowaniu wszelkich zasad aseptyki. Do wstrzykiwań używa HEUSSER 5% zawiesiny, z której na początek bierze 0,1, powiększając dawkę co drugi dzień o 0,1; największa dawka wynosi 1,0. Po ustąpieniu wszystkich objawów radzi jeszcze H. leczenie przez miesiąc. W ogólności czas trwania leczenia wynosi 5—6 miesięcy. W razie powrotu choroby leczenie powinno być rozpoczęte nanowo.

Po wstrzyknięciu zwykle bólu nie bywa, rzadko chorzy czują przez kilkanaście godzin palenie w miejscu ukłucia. Podmiotowo czują chorzy pewne zmęczenie, w rzadkich razach doznają uderzenia krwi do głowy; raz spostrzegali H. zawroty głowy.

Zgodnie z zapatrywaniami LANDERER'a wyprowadza H. ze spostrzeżeń swoich następujące wnioski: 1) w kwasie cynamonowym posiadamy środek działający silnie na tkanki gruczłowe; 2) wstrzykiwania kwasu cynamonowego w pośladki jest zupełnie przy zachowaniu pewnych ostrożności nieszkodliwe; 3) wstrzykiwania kwasu cynamonowego w pośladki mogą w wielu razach wyleczyć gruczłowe płuca; 4) środkiem swoistym przeciwko gruczłom kwas cynamonowy nie jest.

(*Therap. Monatshefte* Nr. 9. 1897).

Z. Srebrny.

142. CZERNY. O leczeniu zwężeń rakowatych przełyku, odźwiernika i odbytnicy. Dopóki przyczyna powstawania nowotworów złośliwych nie zostanie należycie wyświetlona, leczenie zwężeń niektórych odcinków jelita pochodzących z nowotworowego może być wyłącznie tylko operacyjne.

Wycięcie przełyku w części szyjowej z powodu raka wykonano dotychczas 10 razy. Trzej tylko chorzy przeżyli szczęśliwie operację, umarli jednakże z powodu nawrotu po 11, 13 i 8 miesiącach. Trudno orzec, czy sam charakter raka przełyku przyczynia się do zejścia niepomyślnego, czy też niemożność doszczętnego wycięcia nowotworu z powodu mało dostępnego położenia samego narządu. Część piersiowa przełyku jeszcze mniej jest dostępna i dla zabiegu operacyjnego tembardziej się nie nadaje. Dostęp od strony śródpiersia tylnego po wycięciu kilku żeber jest za trudny i zanadto ryzykowny. Daleko więc ważniejsze są rękożyny mające na celu nie doszczętne usunięcie nowotworu, lecz ulżenie choremu, mianowicie: wprowadzenie zgłębnika przełykowego, oesophagotomia, gastrostomia i jejunostomia.

Zgłębnik przełykowy oddaje niekiedy dobre usługi przy zwężeniach z powodu raka nabłonkowego, przy rakach zaś miękkich wprowadzanie zgłębnika może się przyczynić do szybszego rozpadu nowotworu; należy się więc uciec do zgłębników w wyjątkowych tylko razach, jeżeli chory na żaden zabieg operacyjny zgodzić się nie chce.

Oesophagotomia może być wykonana tylko przy nowotworach wysoko leżących. Że takie przecięcie przełyku poniżej miejsca zwężenia ma swą rację bytu, pokazuje przypadek ZELLER'a, w którym chory po operacji zyskał na wadze 17 kg. Skombinowaną oesophagotomię t. j. przecięcie przełyku powyżej zwężenia z następczem wprowadzeniem zgłębnika na dłuższy czas wykonał CZERNY 2 razy bez pomyślnego wyniku, gdyż nastąpił rozpad nowotworu wskutek ucisku.

Jeżeli pomimo sztucznego odżywiania przez wprowadzony zgłębnik i przez odbytnicę chory coraz więcej traci na wadze, jeżeli ilość dzienna moczu do połowy się zmniejsza, przystępujemy do gastrostomii. Ze wszystkich metod najczęściej w ostatnich czasach są w użyciu metoda WITZEL'a i MARWEDEL'a; tę ostatnią autor za najlepszą uważa i nią się przeważnie posilkuje. Robi on cięcie skośne 7 cm. długości i zeszywa otrzewną ścienną ze skórą zapomocą katgutów. Następnie wyciąga się żołądek, przymocowuje go zapomocą kilku szwów katgutowych do rany i przez środek prowadzi cięcie długości 5 cm przez otrzewną i warstwę mięśniową, w dolnym kącie rany robi mały otwór w błonie śluzowej, wprowadza rurkę gumową grubości 5 mm. do żołądka i po nad nią zaszywa ranę żołądkową 4—5 szwami węzłkowymi. Karmienie może się odbywać natychmiast po operacji. Po 5—8 dniach rurkę się usuwa i zastępuje się ją przy każdym karmieniu cewnikiem NÉLATON'a odpowiedniej grubości. W chwilach wolnych od karmienia na ranę nakładamy zwykły opatrunek przeciwnieślny. W ten sposób autor wykonał operację u 14-tu chorych, z których jeden umarł we 30 godzin po operacji z powodu wycieczenia, jeden po 5-tu dniach z powodu zapalenia płuc, jeden po 18-tu dniach z powodu przejścia nowotworu na tchawicę; 11 chorych natychmiast po operacji odżywiało się znakomicie i wiele zyskało na wadze. We wszystkich tych przypadkach sprawność przetoki była znakomita, przetoka zamykała się szczelnie po usunięciu rurki, niedostateczności przetoki nigdy nie spostrzegano, ani też zwężenia. Z początku po usunięciu rurki wydostaje się cokolwiek zawartości żołądka przez przetokę; dostateczne jest wtedy położyć kawałek muslinu na przetokę i kazać choremu raz lub dwa razy kaszlnąć, wtedy przednia jej ściana przylega do tylnej i przetoka szczelnie się zamyka.

Co się tyczy duodenostomii i jejunostomii, to CZERNY nie przypuszcza, aby odżywianie przez podobne przetoki mogło się odbywać w dostatecznym stopniu, i aby one gastrostomię wogóle zastępować mogły.

Wycięcie odźwiernika z powodu raka coraz więcej w ostatnich czasach ustępuje miejsce mniej niebezpiecznej operacji—gastroenterostomii. Od 1881 roku do lutego 1893 r. CZERNY 19 razy wykonał wycięcie odźwiernika a 20 razy gastroenterostomię, a od 1893 do 1897 roku tylko 10 razy wykonał wycięcie odźwiernika a 70 razy gastroenterostomię. Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że przez doszczętne wycięcie odźwiernika zapewnimy choremu daleko dłuższe i trwalsze wyleczenie. Nie należy tylko czekać z operacją, jak to słusznie zaznaczyli RYDYGIER, KRESKE, DOYER i inni, póki wyraźnie wyczuć się dający guz, zapaść, brak wolnego kwasu solnego lub nawet przerzuty utrwały rozpoznanie: wtedy już prawie zawsze za późno. W jednym przypadku, w którym autor 6 i pół roku temu wyciął odźwiernik, guza wyczuć nie można było wcale, a znaleziono go dopiero przy próbnej laparotomii. Z dwóch innych chorych, którym wycięto odźwiernik z powodu raka i mięsaka, jeden żyje już trzy lata i miesiąc, a drugi siedm lat i trzy miesiące. W obu przypadkach guzy wyczuć było można, lecz były ruchome i zupełnie ograniczone. Tam, gdzie istnieją już rozległe zrosty z innymi narządami, gdzie spostrzegać się dają liczne przerzuty nowotworu, ograniczyć się należy na wykonaniu gastroenterostomii.

Aczkolwiek na zasadzie poszukiwań ROSENHEIM'a i MINTZA wiadomo, że chemizm żołądka po gastroenterostomii zwykle do stanu prawidłowego nie wraca, jednakże chorzy znakomicie się poprawiają i po kilku tygodniach zyskują na wadze od 30 do 40 funtów. Operacja ta chorych w zupełności zadawała, są oni w stanie przyjmować pokarmy bez wszelkich dolegliwości i czują się jakoby zupełnie zdrowymi.

Co się tyczy techniki operacji, to CZERNY posiłkuje się w swojej klinice sposobem HACKER'a, mianowicie wytwarza przetokę między kiszka czczą, a tylną ścianą żołądka, zapomocą guzików MURPHY'ego. Z 66 osób w ten sposób operowanych z powodu raka 20 umarło w połowie miesiąca po operacji.

Wycięcie odźwiernika z powodu nowotworów złośliwych autor wykonał 22 razy — 21 razy z powodu raka, a 1 raz z powodu mięsaka. 9 chorych umarło w 1-yim miesiącu, 1 po 2 miesiącach, 3 po 7 miesiącach, po 1 umarło po 9, 10, 15, 20 i 33 miesiącach.

Co się tyczy techniki wycięcia odźwiernika, to autor jest zdania, że najodpowiedniej jest po wycięciu nowotworu oba otwory żołądka i dwunastnicy zaszyć i wykonać następnie gastroenterostomię.

Wycięcie odbytnicy z powodu raka CZERNY wykonał u 109 chorych od roku 1878 do 1891, z których 99 wyzdrowiało. Z tych żyje lub żyło bez nawrotu 12 mniej niż 2 lata, 21 żyło 2 lata i dłużej, 15—3 lata i dłużej, 13—4 lata, 8—5 lat i dłużej. Najdłużej żyją lub żyli bez nawrotu 1 chory $6\frac{3}{4}$ roku, 1— $8\frac{3}{4}$ roku, 1—8 lat, 1—10 lat, 1— $13\frac{3}{4}$ roku, 1—16 lat, 1—18 lat. Tak świetne wyniki zniewalają bez wątpienia każdego chirurga do przedsięwzięcia operacji przy raku odbytnicy, a tylko wtedy do zastosowania innych rękoczynów, jak kolostomii, wyłyżeczkowania, jeżeli doszczętne wycięcie całego nowotworu okazuje się niemożliwe. Ze 152 przypadków, przyjętych do kliniki od 1878 do 1891 roku, 109 podlegało doszczętnej operacji, 8 kolostomii, 21 wyłyżeczkowań, a 12 nie operowano wcale. Wyłyżeczkowania autor w ostatnich czasach wcale nie robi, gdyż 2 razy spostrzegł zapalenie otrzewny z powodu przedziurawienia kiszki; rękoczyn ten obecnie zastępuje kolostomią, którą od 1885 do 1895 r. wykonał 45 razy z 3 zejściami niepomyślnymi wskutek operacji.

Wogóle od roku 1878 do 1896 wykonał CZERNY doszczętne wycięcie odbytnicy z powodu raka u 149 chorych, z których 12 zmarło—8% śmiertelności. U 66 chorych stosował metodę KRASKE'go i miał 9 przypadków śmierci (13,64%). Z 83 chorych operowanych przy zastosowaniu cięcia kroczonego umarło tylko 3 (3,6%). Różnica ta pochodzi stąd, że metoda KRASKE'go stosowana była w przypadkach ciężkich z daleko posuniętem cierpieniem, w których żadna inna metoda nie byłaby dostateczna dla doszczętnego usunięcia całego nowotworu. Jest to metoda daleko niebezpieczniejsza dla chorego, lecz prędzej niż każda inna zabezpiecza go od nawrotu choroby, gdyż każda tkanka przedstawiająca jakieś cechy nieprawidłowe może być z łatwością usunięta. Czy chory po operacji zatrzymuje dobrze działający zwieracz, zależy od miejsca, gdzie się nowotwór znajduje; jeżeli można go w zupełności lub przynajmniej częściowo zachować, to po pewnym czasie wraca zupełna lub też częściowa (dla twardego kału) sprawność jego, w przeciwnym razie niedostateczność zwieracza pozostaje na zawsze.

U kobiet, które kilka razy rodziły i mają szeroką miednicę, operacja jest łatwiejsza niż u mężczyzn, u których niekiedy pole operacyjne jest tak ograniczone, że jest się zmuszonym operację zakończyć przez laparotomię. W ostatnich czasach MAUNSELL, SONNENBURG, TRENDLENBURG i HOFMEISTER zalecają tę skombinowaną metodę.

W przypadkach, w których operacji dla jakichkolwiekby powodów wykonać nie można, a wypróżnienia połączone są z ogromnemi trudnościami lub są wcale niemożliwe, jedyną ulgę choremu przynieść może kolostomia. CZERNY wykonał ją w swojej klinice 40 razy z powodu raka odbytnicy. Trzech operowanych zmarło w pierwszym tygodniu po operacji, dwóch po 30 dniach, inni żyli od 40 dni do 3 i pół roku. Przecięciowo chory żył po operacji 9 miesięcy. Stosownie do okoliczności operację wykonać można odrazu, lub też w dwóch odstępach czasu.

(*Berlin klin. Wochenschr.* 1897. Nr. 34, 35, 36).

L. Krause.

143. SEIFERT. *Rhinitis nervosa*. Do powyższej kategorii zalicza autor tylko te postaci nieżyty nerwowego, które spostrzegają się u osób dorosłych. Zwykle chorzy skarżą się na niezwykłą skłonność do nieżyty nosa, który mogą spowodować najsłabsze przyczyny. Podczas napadu skłonność do kichania jest stosunkowo nieznaczna, wydzielina surowicza, brak uczucia zatykania nosa, brak objawów ogólnych, słowem przebieg różni się znacznie od nieżyty pochodzenia zakaźnego. Czasem nadmierne łzawienie. Nawroty są bardzo częste. FINK nazywa to *hydror-rhoea nasalis*. Autor nie mógł wykazać związku tego cierpienia z kolką wątrobową, wrzodem żołądka i ciążą. Przebyta zimnica, zdaje się, ma znaczenie czynnika uspasabiającego. Rozpoznanie jest dosyć trudne, bo chociaż to cierpienie spotyka się najczęściej u osobników nerwowych, neurasteników i t. d., lecz chorzy częstokroć dają sprzeczne odpowiedzi. Przedmiotowo podczas przerwy między napadami stwierdzono: błona śluzowa biała, wyraźnie rozpulchniona, jak przy *rhinitis hypersecretoria* u dzieci zółzowatych, objętość muszle zmniejszona. Podczas napadu jedna lub obydwie muszle dolne obrzmiałe, dolne przewody nosowe wypełnione rzadką surowiczą wydzieliną, błona śluzowa jak podczas przerwy.

Autor czyni uwagę, że kokaina nie wpływa dodatnio na przebieg cierpienia, stąd wysnuwa przypuszczenie, czy w tego rodzaju przypadkach nie mamy do czynienia z napadowem porażeniem nerwów zwężających naczyń, czy też może chodzi tu o cierpienie *n. sphenopalatini*.

K. Zaleski.

(*Münch. med. Woch. N.* 36. 1897).

Sprawozdanie

z XII zjazdu międzynarodowego w Moskwie.

I. Posiedzenie inauguracyjne.

Przemówienia prelegentów można streścić w sposób następujący:

Prof. LAUDER BRUNTON. (Londyn). **O stosunkach zachodzących między fizyologią, farmakologią, patologią i medycyną praktyczną.**

Potrzeba zmusiła ludzi do szukania środków na rozmaite cierpienia, czego dowody możemy znaleźć w życiu dzikich ludów i zwierząt. Trudno jest wykazać, kiedy te pierwotne wiadomości empiryczne nabrały charakteru wiedzy ściślej. Możemy tylko powiedzieć, że od kiedy to nastąpiło, wyżej wyszczególnione gałęzie wiedzy lekarskiej z biegiem czasu dosięgły wysokiego stopnia rozwoju i obecnie tak nawzajem łączą się z sobą, że prawie niepodobna przeprowadzić ściślej granicy między dziedzinami tych nauk. W samej rzeczy, jeżeli np. jednym z przedmiotów badania patologii będzie natura i działanie toksyn, to w tem miej-

scu patologia wkracza w dziedzinę farmakologii, która dziś nie zadawała się już rozstrzyganiem wpływu na ustrój związków ze świata kopalnego i roślinnego, lecz za przedmiot swych dociekań wzięła i wytwory życia drobnoustrojów. Łatwo wykazać taką samą łączność między metodami farmakologicznymi i wpływem ich na liczne odkrycia w obrębie patologii i fizjologii. Poza tem wszystkie te nauki łącznie dają nam dokładniejsze pojęcie o rozmaitych sprawach zachodzących w naszym ustroju. Weźmy za przykład sprawę trawienia. Ciała białkowe, jako takie, nie ulegają wessaniu; tymczasem w postaci albumoz łatwo zostają, przyswajane przez ustrój. Przemiany te dokonywają się zapomocą wydzielin ścian żołądka i kiszek, a czynność wątroby wpływa nawet na zmniejszenie jadowitości, wytwarzających się pośrednio związków chemicznych. Wszak te zdobycze osiągnęliśmy dzięki pracom przedstawicieli wszystkich gałęzi nauk, o których mówimy. Dalej badania SCHMIDT'a, MUEHLHEIM'a i WOOLDRIDGE'a dowiodły, że związki, niezbędne do powetowania utrat ustroju, stają się dlań szkodliwe, jeżeli w celu doświadczalnym wprowadzić je nie przez drogi naturalne. Zamiana trujących, a co zatem idzie, szkodliwych enzymów na zymogeny odbywa się zapomocą takich gruczołów, jak trzustka, a zapewne gruczoł tarczowy i nadnercza.

Sprawy życiowe drobnoustrojów podlegają prawdopodobnie tym samym prawom, co i zwierząt wyższych. Badanie warunków życia drobnoustrojów przekonało nas, że wytwory życia tych tworów posiadają własności zabójcze dla jestestw wyżej uorganizowanych. Prawdopodobnie w sferze świata roślinnego mają miejsce zjawiska podobne. Na zasadzie badań van HELMONT'a możemy wnosić, że wszelkie sprawy życiowe zawdzięczają swe powstawanie bliżej nieznanym postaciom fermentacji. Alkaloidy, otrzymane ze świata roślinnego, pewne pozostałości z trawienia zwierzęcego, wytwory życia drobnoustrojów, jako też związki, otrzymane przy rozkładzie ciał roślinnych i zwierzęcych działają na ustrój ludzki w sposób prawie jednaki. Bardzo ciekawem zjawiskiem w chemii komórkowej istot niższych jest ta okoliczność, że jednocześnie wytwarzają one pewne związki, działające na ustrój ludzki jak trucizny i ich odtrutki. Jako przykład weźmy bób kalabarski. To samo wi dzimy w ustroju zwierzęcym: wstrzykując do żyły pewne toksyny, powodujemy wytworzenie antytoksyn.

W rzeczywistości medycyna praktyczna powinna opierać się na fizjologii, patologii i farmakologii, ponieważ dokładna znajomość zasad tych nauk może ułatwić nam postępowanie lecznicze.

Prof. LANNELONGUE (Paryż). **O leczeniu gruźlicy chirurgicznej w ogólności ze szczególnem uwzględnieniem gruźlicy kości i stawów.**

Dawniejsze chirurgiczne sposoby leczenia cierpień gruźliczych, polegające na wykonaniu resekcji stawów bez względu na to, czy sprawa gruźlicza umiejscowiła się w kości lub błonie maziowej, znajdują obecnie coraz mniej zwolenników. Taka metoda, zwłaszcza u osobników niedorosłych, bywała przyczyną ciężkiego kalectwa, to też w naszych czasach znajduje zastosowanie tylko w razach wyjątkowych i przeważnie u dorosłych. Lecz nawet i przy metodzie wyczekującej nie należy zwlekać z leczeniem miejscowem dla zapobieżenia z jednej strony kalectwu, z drugiej zaś w celu uchronienia chorego od zakażenia ogólnego gruźlicą. Dla chirurgicznego leczenia gruźlicy ważne ma znaczenie doświadczenie kliniczne na zasadzie którego możemy stanowczo mówić o uleczalności gruźlicy. Niestety, metody chirurgiczne nie zawsze mogą być stosowane. Zdarza się to wtedy, gdy mamy do czynienia z ogniskiem gruźliczem umiejscowionem w okolicy niedostępnej dla chirurga, jak np. trzony kręgow. W takich razach należy zalecić zu-

pełny spokój zajętej okolicy. Takie unieruchomienie w połączeniu z wyciąganiem stosowane bywa z wielkim pożytkiem w chorobie POTT'a, w cierpieniach stawu biodrowego, kolanowego i skokowego.

Cel postępowania chirurgicznego: uwolnić ustrój jednocześnie od laseczników i od ich wytworów można osiągnąć w sposób dwojaki, albo zapomocą rękoczynów krwawych (*arthro-sequestrotomia* i wyłyżeczkowanie), albo zapomocą wstrzykiwania płynu przeciwnilnego do ogniska gruźliczego w celu przeistoczenia zajętej tkanki. Ani wczesna rezekcja, ani zalecana zastępczo rezekcja częściowa nie dały dobrych wyników, ponieważ laseczniki gnieźdzą się nie tylko w samej ranie, lecz częstokroć i w części członka, uznanej za zdrową. Dlatego należy operować wczesnie, gdyż wtedy łatwiej zapobiedz rozszerzenie się zakażenia, co zresztą potwierdza i statystyka.

Wstrzykiwanie płynów przeciwnilnych daje znaczną odsetkę wyzdrowień. Wypada jednak dodać, że ta metoda ma bardzo ograniczone zastosowanie, a rękoczyn krwawy okazuje się później najczęściej nieuniknionym. Pozostaje jeszcze jedna metoda, która polega na przeistoczeniu tkanki gruźliczej na włóknistą.

Wszystkie powyższe metody są niewystarczające. Dążeniem naszym powinny być wytworzenie dla laseczników takiego środowiska, w którym one nie mogłyby istnieć. W tym celu próbowano tuberkuliny, surowicy zwierząt odpornych przeciw gruźlicy i t. d., stosowano również i zabiegi fizyczne, jak oziębianie lub silne ogrzewanie, poddawano ogniska gruźlicze działaniu promieni pozafoletowych i Röntgenowskich, lecz wszystkie te próby nie dały wyników dodatnich.

Prof. VIRCHOW. O ciągłości życia jako podstawie pojęć biologicznych.

Prelegent zastanawia się nad obecnym stanem wiedzy lekarskiej. Zaznacza, że do niedawna panujący kierunek, polegający na rozprawianiu i rozważaniu nie doprowadził do rozwiązania i uświadomienia sobie wielu zagadnień, natomiast rozwinął się szarlatanizm i wytworzył się zamęt pojęć. Autor zawsze pragnie, by patologia stała się gałęzią biologii i przeprowadzeniu tej idei poświęcił już część swego życia. Sądzi, że sprawa ta, pomimo swej problematyczności, da się załatwić pomyślnie, lecz dla rozstrzygnięcia problemu nie należy zagłębiać się w specjalnościach, lecz obejmując szersze kręgi wiedzy, dążyć do uniwersalności.

Był czas, że w medycynie panował prąd, skierowany do tworzenia systematów i klasyfikacji. Były to niejako zabytki przypominające sposób rozumowania średniowiecznych uczonych. Nastąpił wiek odrodzenia i widzimy już znaczne wyzwolenie umysłów z ciasnych formulek. Pierwszy PASACELsus wygłasza dosyć śmiało poglądy o życiu. Podejrzał on dwie jego postaci: życie ustroju, pojętego jako całość i życie poszczególnych części składowych ustroju. Poglądy PARACELsus'a znalazły poparcie w odkryciach HARVEY'a (krążenie krwi) i MALPIGHi'ego (naczynia włosowate). Następcy tych badaczy szli w tym samym kierunku i dzięki temu biologia weszła jako część składowa do nauk lekarskich.

Rozpowszechnianie się pojęć chemicznych dało nowy impuls rozwojowi pojęć o życiu, a nowe dociekania od tej pory prócz histologii znalazły podporę i w chemii. Wogóle nauki biologiczne w ciągu kończącego się wieku często zmieniały swój stosunek do nauk lekarskich. Po poglądach mechaniczno-matematycznych przyszła kolej na chemiczne, w końcu nowoczesne leczenie surowicą zwraca nas do pojęć humoralnych. Prelegent sądzi, że obecnie posiadamy dosyć materiału do rozstrzygnięcia pytania: co to jest życie? Dawniej dla objaśnienia

wysuwano na pierwszy plan teorię samoródtwa, która wobec naszych metod badania nie wytrzymuje krytyki. Co się tyczy naszego ustroju, to wiemy, że pierwiastkiem jego jest niepodzielna komórka. Rozmnażanie się komórek jest nam znane, lecz skąd się biorą komórki? Na to pytanie nie posiadamy prostej odpowiedzi, natomiast wiemy napewno, że każda komórka powstaje z innej takiej samej. To też dla nas powinno pozostać dogmatem pojęć ciągłości życia. W podstawie wszystkich zmian, przeistoczeń i chorób znajdujemy zawsze ten sam pierwiastek organizowany.

Pozostaje nam w każdym razie nadzieja, że wiek przyszły utrwali budowę i podstawy naszych pojęć biologicznych. Systematy ludzkie są wątle i zmienne, lecz przetrwanie licznych rodzajów i gatunków pomimo wielu czynników niszczących, pozwala nam mieć pewność, że postawiony przez nas dogmat ciągłości życia przetrwa niezmiennie pomimo błędnych dróg, któremi kroczy duch ludzki.

II. Posiedzenie ogólne.

Prof. KRAFFT-EBING. **O etyologii bezwładu postępującego.**

Jeden z ważnych czynników etyologicznych rozprzestrzenienia bezwładu postępującego upatruje prelegent w naszym życiu codziennem. Walka o byt trzyma całą ludzkość w stanie silnego naprężenia sił fizycznych, moralnych i umysłowych. Praca umysłowa, życie polityczne z jego walkami stronnictw, dalej nadużycie tytoniu, wysokoku, kawy i herbaty, w końcu niedostatek, z którym walczy nieustannie znaczna część ludzkości — wszystko to prowadzi do pewnego stopnia zwyrodnienia nerwowego. Przejawia się ono coraz bardziej wśród młodego pokolenia pod postacią braku energii i małej wytrzymałości nerwowej. Życie tegoczesne porwało w swój wir i kobietę, wytwarzając dla niej takie warunki bytu, które niechybnie prowadzą do rozstroju układu nerwowego. Nic więc dziwnego, że pokolenie pochodzące z takich małżeństw łatwo ulega rozmaitego rodzaju cierpieniom nerwowym, a z pomiędzy nich bezwład postępujący z każdym rokiem coraz zabiera więcej ofiar. Obok tych czynników życiowych pod względem zgubnego oddziaływania na ustrój miejsce drugie zajmuje przymiot. Prelegent na zasadzie liczb udawadnia znaczenie przymiotu w etyologii bezwładu postępującego. Nie twierdzi, co prawda, żeby przebycie przymiotu było niezbędne dla następczego rozwoju bezwładu, lecz na zasadzie prac statystycznych siłuje dowieść, że te same warstwy społeczne, w pośród których można spostrzegać największą liczbę syfilityków, dostarczają największą ilość przypadków bezwładu. Zresztą doświadczalnie wykazano, że przymiot utajony stale towarzyszy porażeniu, a na 9 szczepień chorym paralitykom ani razu nie otrzymano wyniku dodatniego. Poza przymiotem istnieje jeszcze wiele innych czynników uspasabiających, które sprowadzić można do orzeczenia: „cywilizacya i syfilizacya“.

Prof. MIECZNIKOW. **O dżumie.**

Po krótkim szkicu historycznym o odkryciu lasecznika swoistego, o wynalezieniu surowicy i stosowaniu jej na ludziach mówca przedstawia wyniki dotychczasowego stosowania surowicy przeciwdżumowej. Z tego sprawozdania można wyciągnąć wniosek, że w tym roku działanie surowicy było mniej pewne, niż w roku zeszłym. Od czego zależy ta zmiana w działaniu, można nabrać niejakiego pojęcia z prac ROUX'a, który wykazał, że skuteczność surowicy jest ściśle zależna od sposobu jej przyrządzania. Tak np. surowica, ortrzymana przy pomocy hodowli ży-

wych, jest o wiele skuteczniejsza i silniejsza od surowicy, przygotowanej przy pomocy hodowli nieżywych lub osłabionych zapomocą ogrzewania. W końcu prelegent oświadczył, że ponieważ sprawa leczenia dżumy jest dostatecznie wyjaśniona, starać się przeto należy o wytwarzanie surowicy, posiadającej możliwie wysoką wartość antytoksyczną.

(C. d. n.).

K. Zaleski.

ODCINEK.

W sprawie urządzeń bezpłatnej pomocy lekarskiej.

Statystyka sanitarna, jako więcej złożona sprawa, i na Zachodzie przedstawia nieuniknione braki, tem nie mniej istnieje i oddaje społeczeństwu wielkie usługi. U nas dane statystyczne są nader skąpe i, powiedzmy szczerze, nader niedokładne. Niedokładnymi zaś będą dotąd, dopóki trwać będzie porządek obecnie istniejący. Wszak od księdza, wójta, lub pisarza gminnego trudno wymagać, by znał się na różniczkowaniu chorób, by do rubryki płonicy nie zapisywał tych chorych, którzy mają ospę i *vice versa*. Dotąd przeto, dopóki akt zejścia, rubryka zachorowań i t. p. działy statystyki sanitarnej nie będą spoczywały w ręku lekarzy gminnych, nie będziemy posiadali ścisłych danych co do zdrowotnego stanu kraju. Na zasadzie obecnie istniejącej statystyki sanitarnej można jedno tylko napewno powiedzieć, że w tej lub w owej okolicy śmiertelność od chorób zaraźliwych jest większa lub mniejsza, niż w innych, że dana okolica odznacza się nader złym stanem zdrowia mieszkańców, lecz co do ścisłości poszczególnych kategorii chorób można i nawet należy mieć pewne wątpliwości. Dane statystyki sanitarnej Królestwa Polskiego znajdujemy w ostatnim zeszycie prac Komitetu Statystycznego, które pod redakcją prof. SIMONIENKI w pewnych odstępach czasu zjawiają się na półkach księgarskich. Jeżeli dotąd grono ludzi dobrej woli nawoływało do utworzenia w Królestwie Polskiem posad t. zw. lekarzy gminnych, to zdaje nam się, że instytucja ta wobec statystyki, którą poniżej przytaczam, okaże się wprost niezbędną. W tablicy (patrz str. 973) uwzględniłem tylko te okolice Cesarstwa, które są więcej do kraju naszego zbliżone i dla tego pominąłem dane statystyczne z Syberyi, Kaukazu i t. d., które muszą być gorsze, niż nasze.

Z zestawienia liczb powyższych wynika, że w Królestwie Polskiem choroby zaraźliwe więcej niż gdzieindziej panują i zabie rażą niepomiernie wielką ilość ofiar i że śmiertelność wogóle od cierpień ostatniej kategorii jest w ścisłym związku z uprzystępnieniem pomocy lekarskiej. Tam, gdzie pomoc ta jest zorganizowana należycie, jak np. w guberniach Cesarstwa, cieszących się samorządem, liczba zejść śmiertelnych wskutek chorób zaraźliwych jest najmniejsza.

Królestwo Polskie, zamieszkałe przez lud biedny, no i ciemny, nie umiejący cenić zdrowia i życia jednostek, przedstawia się z punktu widzenia zdrowotności nader ujemnie. Zastanawiając się nad przyczynami opieszałości na punkcie ulepszeń sanitarnych, przychodzimy do wniosku, że sami poczęści winni jesteśmy, gdyż zwlekamy z wygotowaniem projektu urządzeń pomocy lekarskiej po wsiach. Projekt taki, jak sądzić można po mającej się zorganizować pomocy lekarskiej w gub. Płockiej, przez władzę widziany byłby chętnem okiem i kto wie, czyby

Od r. 1887 do 1891 na 1000 osób, zgłaszających się o poradę lekarską, chorowało średnio na:

Z których	Ospe		Płonicę		Błonicę		Krup		Odre		Krzuslec		Dur		Biegunkę krwawą		Choroby weneryczne		Zapalenie płuc włóknikowe		Suchoty		Malaria		Inne choroby zaraźliwe		Ogółem	
	Wyzdrowiało	Zmarło	Wyzdrowiało	Zmarło	Wyzdrowiało	Zmarło	Wyzdrowiało	Zmarło	Wyzdrowiało	Zmarło	Wyzdrowiało	Zmarło	Wyzdrowiało	Zmarło	Wyzdrowiało	Zmarło	Wyzdrowiało	Zmarło	Wyzdrowiało	Zmarło	Wyzdrowiało	Zmarło	Wyzdrowiało	Zmarło	Wyzdrowiało	Zmarło	Wyzdrowiało	Zmarło
1) W Królestwie Pol-kim	25,8	5,69	18,1	2,46	13,2	3,13	5,4	2,01	18,6	1,79	1,35	0,95	24,8	2,82	10,0	1,07	46,1	0,11	18,4	2,12	19,1	6,71	25,2	0,13	28,4	1,55	296,5	30,86
2) W guberniach Nadbałtyckich	4,6	0,77	7,1	1,09	7,2	1,41	2,0	0,58	13,6	0,38	11,3	0,28	9,6	0,61	4,3	0,34	27,2	0,05	12,4	1,22	16,4	2,92	5,0	0,01	29,2	0,70	213,1	10,74
3) W ziemi wojska Dońskiego	6,5	1,20	8,5	2,97	18,7	9,51	0,7	0,06	5,2	0,30	7,9	0,11	13,6	0,65	9,2	0,36	43,3	0,06	3,3	0,18	5,8	0,76	93,6	0,12	20,1	0,24	268,6	16,55
4) W guberniach nieposiadających samorządu	13,2	2,94	13,0	2,92	11,4	4,19	4,6	1,70	10,6	1,37	10,8	0,76	29,0	2,35	13,8	1,86	17,1	0,07	11,9	1,62	10,3	2,95	51,3	0,29	49,6	0,95	297,3	24,27
5) W guberniach posiadających samorząd	3,3	0,49	5,4	0,75	4,2	1,29	0,5	0,13	5,5	0,42	8,5	0,18	16,7	0,74	7,9	0,31	39,2	0,05	5,4	0,34	5,7	0,82	66,8	0,03	20,1	0,18	270,9	5,78

nie przyspieszył rozstrzygnięcia w zrozumieniu twierdzącem tak ważnej dla naszego kraju sprawy. Wypracowanie ogólnego projektu tem pilniejsze i ważniejsze jest, że wszelkie próby poronione mogą się nader dotkliwie odbić na działalności przyszłej instytucji. Wprowadzając tak ważną reformę stosunków obecnych, jakim jest bez zaprzeczenia zaprowadzenie bezpłatnej pomocy lekarskiej dla szerokich mas ludowych, społeczeństwo oczekiwać będzie od lekarzy, by dbali o to, aby nowa instytucja odrazu stanęła na pewnych nogach, by prąd świeżego powietrza, jaki lekarz ma zanieść do brudnej i dusznej chaty wieśniaczej, był ożywczy, by wreszcie nowy krok, który lekarze czynić będą, robiony był nie o kulach kaleki, lecz zdrową stopą zdrowego ustroju.

Gdy rozmyślałam nad ważnością upaństwowienia pomocy lekarskiej odnośnie do mieszkańców wsi i osad, pomimo woli ciśnie się do głowy pytanie, czy koledzy z guberni Płockiej, którzy obejmą od Nowego Roku nowe stanowiska, będą mogli utrzymać się na wysokości zadania, czy w razie nieudanej próby, zaprojektowana reforma wyda świadectwo, że u nas bezpłatna pomoc lekarska niechętnie jest widziana przez ogół wiejskiej i małomiasteczkowej ludności?

By odpowiedzieć na pierwsze pytanie, sięgnęliśmy do urzędowej statystyki i przekonaliśmy się, że gub. Płocka pod względem zdrowotności mieszkańców zajmuje niemal ostatnie miejsce, że tyfus, zimnica, ospa, płonica i błonica żyją sobie za „panbrat“ z wieśniaczą ludnością tej części Królestwa.

Następnie zwróciło uwagę naszą poniższe zestawienie: gubernia Płocka w roku 1893 posiadała 633,607 mieszkańców, z których 506,189 mieszkało po wsiach i 127,418 w miastach i osadach. Gubernia ta ma 8 powiatów o 108 gminach (w powiecie 10—17 gmin), a w każdej gminie mieszkało 9469—3141 osób. Dla tej więc 501,189 głów wynoszącej ludności wiejskiej (miast i osad nie biorę w rachubę) ma 8-iu lekarzy, każdy z płacą 900 rs. rocznie, nieść pomoc bezpłatną. Nie chcąc się wdawać w wielkie wyliczenia, zatrzymaliśmy uwagę swą nad przypuszczalną działalnością kolegów, któremu wypadnie nieść pomoc lekarską w powiecie Mławskim na przykład i przysłaliśmy do następujących wniosków: ponieważ powiat Mławski, mający 1291,3 wiorst kwadratowych, posiada 80,623 mieszkańców, z których po wsiach mieszka 65,426, biorąc więc najmniejszą liczbę zachorowań 32 na 1000 mieszkańców, wypadnie, że w powiecie tym będzie mniej więcej 2100 chorych. W gubernii Płockiej, według urzędowej statystyki, na 1000 osób, zgłaszających się o poradę lekarską, wypada 420 osób z chorobami zaraźliwymi, z pomiędzy których tyfus (46,8), zimnica (66,3), choroby weneryczne (39,5), ospa (23,2) i t. p. cierpienia nader pokązną odsetkę stanowią. W powiecie Mławskim przeto chorych na cierpienia zaraźliwe będzie *minimum* 882 osoby. Licząc, że każdego chorego przynajmniej 3 razy w ciągu całej choroby kolega ów zechce odwiedzić, wypadnie, że przecięciowo $7\frac{1}{2}$ wizyt dziennie w mieszkaniach chorych robić będzie zmuszony. Poza tymi jednak chorymi, kolega ów obowiązany będzie udzielać rady bezpłatnej w ambulanсах, które, sądzimy, przy urzędach gminnych założone zostaną. Powiat Mławski posiada 14 gmin, chcąc więc przynajmniej raz na tydzień przyjmować ambulantowych chorych, wypadnie owemu koledze codziennie 2 gminy odwiedzać. I myślę sobie: za 900 rs. rocznej pensji, które bytu lekarza zabezpieczyć nie mogą, nie byle kto podjąć się takich obowiązków może; być poza domem przez cały rok, bez chwili wytchnienia, w czasie słoty i zawiei pędzić z jednej gminy do drugiej, to nielada rzecz i na nasz rozum rzecz wprost niemożliwa. Inaczej przeto musi być urządzona nowa instytucja lekarska. Być może, lekarz, który się podejmie udzielania bezpłatnej pomocy, udzielać ją będzie tylko tym, którzy

się doń zgłoszą. Ale i ta myśl nie wytrzymuje krytyki, gdyż reforma nie wywarła by żadnego, a przynajmniej mały skutek. Bartek z pod Szczepkowa, a nawet Kosiny, ciężko chorej swej baby do zamieszkałego w Mławie, a nawet w Szreńsku lekarza zawieść nie zechce, gdyż „bydlaka“ szkoda mu pędzić; po dawnemu Mordce—felczerowi każe babie pijawki postawić, lub zawezwie słynnego „Adamka“, by odczytnił urok, który krosty na babę sprowadził. I tak źle i tak niedobrze, więc myślę, że na próbę w gubernii Płockiej wprowadzona instytucja nie ma na celu szerszej działalności, a powołana będzie do życia po to, by jak pikiet przewąchiwała tylko dym z nieprzyjacielskiego obozu, przez wiatr unoszony.

Ponieważ z porządku rzeczy wypada, że zakres działalności nowej instytucji w Płockiem musi być nader ograniczony, więc niepowodzenie, które musi spotkać w tak ciasne ramki ujętą szeroką myśl uprzystępnienia pomocy lekarskiej dla mieszkańców nawet ziemnych lepiątek, nie powinno by świadczyć źle o tem szerokiem zastosowaniu leczenia, jakie u nas musi być wprowadzone na wzór powiatów Cesarstwa, które samorządem się cieszą. I jeżeli czego obawiać się należy, to, sądzę, tego, by nasz wieśniak z Płockiego, który od Nowego Roku podatek nowy płacić zacznie, nie otrzymując sumiennej opieki lekarskiej w razie choroby, nie zraził się do nowej instytucji i nie chciał niedowierzająco patrzeć na czynność lekarzy wtedy, gdy rozwinąć będą mogli oni prawdziwie płodną działalność. Aby zaś ostatnia w czyn wprowadzona być mogła, na to potrzeba szerokiego rozstrząsania sprawy przez szerokie koła nie tylko lekarskie lecz i tych, którzy lud nasz bliżej znają.

Warunki zdrowotne Królestwa Polskiego, naogół opłakane, nie są jednakowe w poszczególnych guberniach. Czynniki ujemne, wypływające z jakości gleby, wzniesienia nad poziom morza, zależne od wahań atmosferycznych, tylko w pewnej mierze usunięte być mogą i dla tego przy obsadzaniu urzędów lekarskich w miejscowościach podobnych w rachubę brane być winny. Na barki lekarza gminnego z gub. Łomżyńskiej, gdzie chorych na tyfus bywa 52,2‰, nie można wkładać tak wielkiego rewiru, jak np. w gubernii Warszawskiej, gdzie zdrowotność jest względnie większa i gdzie stosowna odsetka wynosi tylko 19,8‰. Wytwarzając nową dla naszych warunków instytucję, zapominać nie powinniśmy, że nie może ona posiadać nawet tych braków, jakie posiada „ziemską medycyną“ w Cesarstwie.

Upaństwowienie pomocy lekarskiej, to wielki krok na drodze kultury społecznej, powinien być przeto z naszej strony nader oględnie czyniony, gdyż zapominać nie powinniśmy, że tylko sumiennem spełnianiem ciężkich obowiązków godnie odpowiedzieć będziemy mogli szczytnemu zawodowi, który prawodawca zechce powołać do szlachetnego czynu.

Od naszego ogółu lekarskiego przedewszystkiem powinna wyjść inicjatywa co do projektu nowych urządzeń; koledzy na prowincyi zamieszka li powinni zająć się tą sprawą i na zasadzie wielce prawdopodobnych liczb wykazać potrzeby zamieszkałej przez się okolicy. Na liczbach tylko, popartych istotnymi wymogami wiedzy lekarskiej, powstać może dzieło, które odrazu zaświadczy o swym pożytku, szerząc zdrowie naokół siebie. Wszelka tandeta zedrze się prędko, świecić będzie płamami, których na urządzeniach lekarskich być wszak nie powinno.

Świat nasz lekarski jest tak liczny i, zdaje się, dosyć przygotowany, że nie potrzebuje wysyłać pikiet, które do prowadzenia walki z chorobą mogłyby demoralizować własne szeregi, które wzbudzałyby mogły obawę i niedowierzanie wśród własnych współobywateli.

Q.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= BERGH twierdzi, że pogląd jakoby *acne rosacea* powstawała na tle chórób żołądka lub narządów płciowych jest mylny. Zależna jest ona jedynie od przewlekłego nieżytu nosa, który, przechodząc bezpośrednio na zewnętrzne powłoki, wywołuje zapalenie skóry i zaostrenie nieżytu, powodują go zażywanie tabaki i alkoholu, wobec czego choroba występuje silniej u mężczyzn. Leczy B. *acne* mięsieniem wewnętrznem i zewnętrznem nosa, zalecając jednocześnie wystrzeganie się tabaki i spirytualii. Leczenie 10—12 tygodniowe wystarcza zazwyczaj, by cierpienie zupełnie usunąć. (Noork. Mag. f. Laegeord. VI. 97).

= GOLDBERG stosuje w zapaleniu przyjądrza rzeżączkowem codzienne pędzlowania odpowiedniej części moszny 10—20 następującej maści: *guajacoli* 10,0 *lanolini*, *resorbinii aa* 15,0, poczem stosuje maść ichtyolową. Przebieg choroby jest łagodny, niebolesny i bezgorączkowy. (Dtsch. med. Woch. Nr. 32. 97).

= THORN stosował w klinice BERGMANN'a w zapaleniu gruczołów pachwinowych spowodowanem przez rzeżączkę, szankier, lub zakażenie rany zalecany przez NYLANDER'a 20% roztwór *hydrarg. benzoic. oxyd.* Po wyciągnięciu z ropnia zapomocą strzykawki ropy zastrzykiwano weń tą samą strzykawką 2,0—4,0 wyż. wsp. roztworu. Bolesność i napężenie zniknęły już następnego dnia; po 3—4 zastrzyknięciach ślady ropnia zniknęły, po następnych zaś 2—3 powiększenie gruczołów. Z trzydziestu leczonych przypadków, w pięciu musiano się uciec do operacyi; leczenie trwało *minimum* sześć dni, *maximum* siedmi tygodni. (Verhandl. d. Chir. Berlin 1897).

= Naftalana przedstawia ciemno-brunatną maść, bez zapachu, o bardzo wysokim stopniu topliwości, nie pozostawia plam na bieliźnie. PEZZOLLI stosował ją w klinice FINGER'a w 92-ch przypadkach różnych chorób skornych, głównie w pryszczycy we wszelkich jej okresach, i dochodzi do wniosku, że przewyższa ona wszelkie inne środki. (Therap. Woch. Nr. 27. 97).

= TOMMASOLI zaleca leczenie ciężkich przypadków oparzenia zastrzykiwaniami sztucznej surowicy przy jednoczesnem stosowaniu miejscowego leczenia. Autor opisuje wyleczony przezeń przypadek, gdzie oparzeliny wszystkich

trzech stopni obejmowały prawą połówkę piersi, prawą pachę, całe ramię, część przedramienia, plecy i prawy pośladek. Zastrzykiwania 250,0—500,0 sztucznej surowicy były stosowane codziennie przez dwa i pół miesiąca; choroby wyzdrowiał. (Monatsh. f. prakt. Derm. B. 25 Nr. 2).

= BRADSBURG stosował erythrol tetrani trat w dusznicy bolesnej; dawka 0,05 bardzo szybko przerywa napady. Najlepsza jest postać roztworu alkoholowego; ponieważ niekiedy źledziała na żołądek, radzi R. stosować tabliczki. (Brit. med. Journ. 10. IV. 97).

= Prof. BIER stosował przekrwienie zastoinowe w celu leczniczym w przeszło czterystu przypadkach i otrzymał następujące wyniki: 1) wrzodu i dwa mięsaki—znaczne pogorszenie; 2) zapalenie stawów rzeżączkowe (wszelkie sposoby leczenia zawiodły)—ból i objawy zapalne znikły nader szybko, ruchy niebolesne, zupełne wyzdrowienie; 3) przewlekły gościec stawowy — znaczne zmniejszenie bolesności i ułatwienie ruchów. Wywoływał B. przekrwienie, bandażując kończyny poniżej i powyżej chorego stawu, lub też stosując gorące (70—100°) powietrze (w gruzlicy stawów) i wodę, wreszcie suche banki (wilk). (Münch. med. Woch. Nr. 32, 97).

= WEISS i KLINGETHÖFFER spostrzegali u dozorczy szpitalnego, któremu wydzielina rzeżączkowa dostała się do zdrowej łącznicy oka, naprzód rzeżączkowe jej zapalenie, a w następstwie zapalenie stawu kolanowego i skokowego. (Klin. Monatsbl f. Augenh. Luty. 1897).

= T. PROSKAUER poleca pędzlowanie chorej na jaglicę spojówki 1% roztworem formaldehydu. Bezpośrednio po zastosowaniu tego leku występuje bardzo silny ból, którego nawet kokainą zmniejszyć nie można, ale przechodzi po kilku minutach. Poprawa znaczna występuje bardzo szybko, choć do wyleczenia potrzeba dłuższego czasu. Dodaniem strony tego sposobu leczenia są następujące: znaczne skrócenie przebiegu choroby, możliwość leczenia ambulatoryjnego oraz brak blizn łącznicy. (Centralblatt f. Augeneheilkunde. Maj. 1897).

= STERN opisuje przypadek mięszoowego zapalenia rogówki (*Keratitis parenchymatosa*) z przemijającymi wybroczynami krwawymi w mięszu rogówki u

ośmnastoletniej osoby bez żadnych objawów przymiotu, która po powtórnej szczepieniu ospy od lat 6 chora jest na pokrzywkę krwotoczną (*urticaria haemorrhagica*). Sprawę rogówkową S. stawia w zależności od tej choroby. (Klin. Mon. f. Augenheilkunde. Styczeń. 1897).

— W ostatnich czasach w pismach okulistycznych ogłoszono bardzo wiele spostrzeżeń nad holokokainą, środkiem znieczulającym (patrz referat w N-rze 13 „Medycyny”), której autorzy jednogłośnie przyznają wysoką wartość. Jest tania, działa szybko i pewnie, nie poraża akomodacji, nie wysusza nabłonka rogówki, a w dodatku ma własności przeciwnie, przez co jest wyższa od kokainy. Rozczyn 1% wywołuje znieczulenie trwające do 10 minut, a więc dostateczne do wykonania większości operacji na oku. W Instytucie Oftalmicznym tutejszym używam stale holokokainy przy wydobywaniu ciała obcych z rogówki z zupełnym zadowoleniem. B. R. G.

— SUTER stosował trzykrotnie surowicę przeciwtężcową i otrzymał wynik ujemny. Wobec wyników innych klinicystów autor nie oświadcza się przeciw stosowaniu surowicy, sądzi jednak, że obok niej należy stosować i nadal leczenie przyczynowe, zapomocą bowiem miejscowego leczenia zabezpieczamy ustrój od dalszego zatrucia jadem tężcowym, a za pomocą środków nasennych

od skutków tegoż zatrucia. (Corpbl. f. Schw. Aerzte 1. IX. 97).

— SCHALLEHN, stosując przez lat dziewięć sposób CREDE'go zapobiegający *blenorhoeae neonatorum*, spostrzegał chorobę jedynie u dwóch z 917-u dzieci. Objawy zapalne wystąpiły tu zaledwie na 8-y dzień, wobec czego należy przypuścić, że zarazek dostał się do oczu już po porodzie. (Archiv f. Gynaek. B. 54).

— WIRZ twierdzi, że ty oł w zupełności może zastąpić ichtyol, zaleca się zaś swoją taniością. Autor stosował *thiolum liquidum purum* w kilkuset przypadkach rozmaitych chorób (zapalenia skóry, karbunkul, róża, zapalenie ślepej kiszki, zapalenia przydatków macicy i okolicznych, bóle w boku przy zapaleniu opłucny, lub płuc) w postaci wcierań lub tamponów i zawsze otrzymywał świetne wyniki. (Dtsch. med. Woch. I. VII. 97).

— ELSAESSER stosował glicerynowy wyciąg szpiku kostnego zwierząt rogatych („myelen”) w krzywicy, u dzieci zolizowanych i blednicy i jest nader zadowolony z otrzymanego wyniku. Dawka wynosiła łyżeczkę dziennie. (Cntrbl. f. Kinderhkl. VIII. 97).

— JOUSSET zwraca uwagę na częstość nerwobólu nerwu przeponowego usuchotników. Stały punkt bolesny znajduje się na środkowej linii mostka na wysokości 4-go lub 5-go żebra. (Presse méd. 31. VII. 97). M. B.

Wiadomości bieżące.

— Długoletni prosekator przy katedrze Anatomii patologicznej w Uniwersytecie Warszawskim, d-r med. Edward PRZEWOSKI mianowany został profesorem nadzwyczajnym na tejże katedrze.

— Na posiedzeniu komitetu, zarządzającego kasą pomocy dla osób pracujących na polu naukowym, imienia Józefa MIANOWSKIEGO w dniu 2 b. m. przyznano nagrody pieniężne dwom autorom dzieł naukowych, jakie ukazały się w przeciągu ostatniego trzylecia, a mianowicie koledze Edmundowi BIERNACKIEMU za prace: 1) Badania nad składem chemicznym krwi w stanach chorobowych, w szczególności anemicznych; 2) O stosunku osocza do ciałek czerwonych we krwi krążącej; 3) Ilościowe

zachowanie się żelaza i azotu w ciałkach czerwonych patologicznych; 4) W kwestyi badania krwi; 5) Przyczynki do pneumatologii krwi ludzkiej w stanach chorobowych, oraz prof. Henrykowi STRUWEMU za dzieło p. t. Wstęp krytyczny do filozofii, czyli rozbiór zasadniczych pojęć o filozofii. Nagrody te, przyznane z zapisu J. NATANSONA, wynoszą w r. b. po rs. 2897 kop. 60.

— Prof. zwyczajnym oraz dyrektorem kliniki chirurgicznej w Krakowie został mianowany prof. d-r OBALIŃSKI.

— Termin VIII Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu przełożony został na pierwsze dni lipca roku przyszłego.