

# PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

## I. Z kliniki prof. Dra Neussera.

### Przyczynki do kazuistyki syringomyelii.

Podał

Dr. M. Olejnik (Wiedeń).

Jamy w rdzeniu pacierzowym napotymano nierazko przy sekcji tak u noworodków, jak i u dorosłych, które za życia nie zdradzały się żadnymi objawami. Już Morgagni opisuje przypadek, gdzie w rdzeniu pewnego rybaka weneckiego napotymano jamy obok rozmięczenia i wybroczyn w rdzeniu pacierzowym. Lanceraux przytacza przypadek gliozy w rdzeniu; większość jednak przypadków uważano za życia za postępowy zanik mięśni. Clarke w r. 1862 opisał zanik mięśni, wraz z objawami zniesienia czucia dotykowego u 44-letniego mężczyzny, u którego po śmierci stwierdzono jamy w części szyjnej rdzenia. Hallopeau nie przypisuje żadnego wpływu nieprawidłowościom rozwoju i twierdzi, że jamy w rdzeniu powstają najczęściej wskutek sprawy zapalnej. Simon oddziela hidromyelię od później wytworzonych jam w istocie szarej rdzenia, które, wedle niego, nie pozostają w żadnym związku z przewodem środkowym. Leyden znalazł również, że jamy w części szyjnej często nie łączą się z przewodem środkowym i że ściany jam są często wysielone neuroglią; przychodzi jednak do przekonania (opisawszy dwa przypadki hydromyelii, gdzie zmiany były analogiczne, jak przy syringomyelii), — że początkiem syringomyelii jest wrodzona hidromyelia, nie zaprzecza jednak, że krwotoki, zapalenia rdzenia, nowotwory, mogą dać powód do rozpadu i następowego wytworzenia się jam. Schultze jednak, wyłączwszy hidromyelię, jest zdania, że jamy, napotymane przy syringomyelii, są zawsze następstwem rozpadu tkanki nowotworowej. Dalsze badania Hoffmana i Schlesingera wykazały, że między syringo- i hidromyelią zasadniczych różnic nie ma, że syringomyelia bierze początek z hidromyelii. W ścianach rozszerzonego przewodu przychodzi do rozrostu tkanki nowotworowej z następowym rozpadem. Tkanka ta buja najczęściej w okolicy spoidła tylnego w istocie szarej. Bujając, rozszerza się na rogi tylne, sznury tylne, zajmuje okolice piramid, przechodzi na rogi przednie, a w okolicy ostatniego kręgu szyjnego może zająć ośrodek rzęskowo-pacierzowy (*centrum ciliospinale*). Następstwem rozszerzenia się glii jest ucisk nerwów i komórek nerwowych, który powoduje utratę ich czynności. I tak: zajęcie piramidy wywołuje połowicze porażenie poniżej miejsca zajętego gliozą, podwyższenie odruchów ścięgnistych i objawy kurczowe. Zajęcie sznurów tylnych pociąga zniesienie czucia dotyku i czucia mięśniowego, w następstwie czego powstaje niezborność ruchów.

Ponieważ sznury tylne zawierają po części włókna dla czucia ciepłoty i bólu, następuje więc częściowe upośledzenie czucia bólu i ciepłoty. Zajęcie rogów przednich sprowadza zaniki mięśniowe, a ponieważ ośrodki odruchowe bywają zniszczone, następuje zniesienie odruchów. Ponieważ rogi przednie zawierają ośrodki naczyniowe, mamy nadto zmiany naczynioruchowe. Zaniki mięśniowe postępują szybko, jeśli komórki duże w rogach przednich ulegają rychłemu zwyrodnieniu. W mięśniach, dotkniętych zanikiem, występuje drganie włókienkowe. Ponieważ sprawa chorobowa w większej części przypadków zajmuje rogi tylne, dlatego tak weześnie pojawiają się upośledzenia w czuciu ciepłoty i bólu. Rwane bóle, podobne do wędrowych (tabetycznych), dadzą się wytłómaczyć prawdopodobnym podrażnieniem komórek rogów tylnych. Jeżeli sprawa rozszerza się na korzenie tylne, lub, jak to bywa, dołącza się zapalenie opon rdzeniowych, wtedy mogą się dołączyć rwące bóle lub uczucie pasa. Zajęcie przednich korzeni wywołuje porażenie odpowiednich gromad mięśniowych, zaniki często cechujące się odczynem zwyrodnienia. Zanim przystąpię do symptomatologii syringomyelii, pozwolę sobie opisać szereg przypadków, spostrzeganych w klinice prof. Neussera i w praktyce własnej.

I. J. P. 3/V 1891. Wywiady: Lat 42, pochodzi ze zdrowej rodziny. W młodości przebył ospę. W r. 1873. doznał uszkodzenia rogówki na lewym oku, poczem pozostała gruba blizna. Zgrubienie ostatniej falangi palca drugiego na ręce lewej istnieje od roku 1870. Wtenczas miało przyjść do zropienia tkanki podskórnej, połączonego z dotkliwym bólem. Pierwszym objawem, który zauważył chory przed 4 laty, było osłabienie w ręce prawej. Do tego przyłączyło się lekkie stężenie w dolnej kończynie prawej, pocenie się twarzy po stronie prawej, nawet podczas zimna. Od 2 lat chory cierpi na napadowy kaszel; głos od tego czasu jest lekko ochrypły. W zimie r. 1891. występuje osłabienie mięśni łopatek, również zniesienie czucia ciepłoty w górnej części klatki piersiowej. Od tego czasu datuje się ślinotok, wychudnienie ręki prawej, tudzież obniżenie barku prawego. Na ramieniu prawem znajduje się kilka blizn gwiazdkowatych, powstałych wskutek oparzenia się przy gorącym piecu, co choremu jednak nie sprawiło żadnego bólu. Kiły nie przebywał.

Stan obecny: Mężczyzna silnie zbudowany, dobrze odżywiony, trzyma się pochyło: kręgosłup wygięty w stronę prawą. W zakresie górnego przebiegu n. spółczulnego widać na twarzy i szyi, na jakie 5 cm poniżej prawego obojczyka, lekkie zaczerwienienie i obfite pocenie się. Gałka oczna lewa zanikła, na prawej grube blizny rogówkowe. Przy zwrocie oka w prawo występuje drżenie (*nystagmus*). W zakresie nerwu twarzonego i trójdzielnego, zmian żadnych. Prawa strona języka cieńsza, wyraźnie zanikła. Tu i ówdzie widać drgania włókienkowe. Przy wystawieniu języka wyraźne zbroczenie na prawo. Języczek zwisa głęboko. Obie łopatki nieprawidłowo ustawione. Mięśnie kapturowe po obu stronach, więcej po lewej, zanikłe. Po stronie prawej przy podniesieniu ramienia dadzą się jeszcze wykazać wiązki mięśnia kapturowego. Mięsień podnoszący łopatkę po stronie lewej zanikły. Mostko-obojożyko-sutkowy więcej zanikły po stronie lewej. Prawa ręka zgięta, szczególnie w dwóch ostatnich falangach palca trzeciego, czwartego i piątego. Pierwsze falangi tych palców wyprostowane (*main en griffe*). Między kośćmi śródreżca wyraźne zagłębienie. Mm. międzykostne zanikłe, również brzuszec i prze-

ciwbrzusiec dłoniowy (*thenar* i *antithenar*) w których spostrzega się wyraźne drgania włókienkowe.

Odruchy ścięgnowe kolanowe i skokowe wzmożone. Przy ruchach biernych wyczuć można wyraźnie napięcie mięśni. Po stronie lewej odruchy skórne i ścięgnowe wzmożone, ale nie w tym stopniu, co po prawej.

Badanie czucia. W całej kończynie górnej po stronie prawej, na piersiach do wysokości sutek, znaczne upośledzenie czucia bólu i ciepłoty, przy utrzymaniu czucia dotykowego. W kończynie prawej górnej i na piersiach nieco wyżej sutek przeczuł na ból.

Chory poci się po stronie prawej, szczególnie przy wzruszeniach psychicznych widzimy zaczerwienienie twarzy po tej stronie z obfitem wystąpieniem potu. W kończynie dolnej prawej, oprócz osłabienia siły mięśniowej, niema żadnych zmian w czuciu. Oddawanie moczu i kału nieupośledzone. Badanie krtani wykazuje porażenie prawego n. wstecznego.

Powtórne badanie w lipcu r. 1894: Podbródek dotyka prawie piersi. Znaczny garb (*kyphosis*) w części szyjnej i górnej piersiowej kręgosłupa; w dolnej części piersiowej skrzywienie boczne (*scoliois*). Łopatki odstają od klatki piersiowej. Mm. łopatkowe wyraźnie zanikłe. Naramienny po obu stronach, szczególnie po prawej, ścieńczały. Ramiona obwisłe i naprzód podane, szczególnie prawe. M. dwugłowy ramienia prawy zanikły. Na rękach wyraźny zanik mięśni małych, szczególnie po stronie prawej (*main en griffe*). Falangi ostatnich palców pałeczkowato zgrubiały. Skóra, szczególnie na palcach, zgrubiała.

Badanie czucia: Czucie dotyku wszędzie utrzymane, również i czucie mięśniowe. Czucie ciepłoty i bólu zupełnie upośledzone w zakresie górnej kończyny prawej, przechodzi na grzbiet i sięga do wysokości łopatek. W kończynie dolnej lewej upośledzenie czucia ciepłoty mniejsze, aniżeli w prawej.

Oslabienie siły mięśniowej po stronie lewej większe niż po prawej. Odruchy ścięgnowe w kończynie górnej po stronie prawej zniesione, po lewej odruchy skórne i ścięgnowe wzmożone. Odruchy kolanowe i skokowe wzmożone więcej po stronie prawej niż po lewej. Odruch brzuszny i mosznowy utrzymany, objaw Romberga wyraźny.

Upośledzenie z zakresu zmysłów: upośledzenie węchu po stronie prawej, również i smaku po stronie prawej języka. Uczucie bólu w zakresie prawego n. trójdzielnego zniesione, po lewej — upośledzone. Mięśnie języka po stronie prawej lekko zanikłe. Pocenie się po stronie prawej twarzy i szyi.

Syringomyelia: zaniki mięśniowe w kończynach górnych i łopatkach: rozprężenie (dysocjacja) czucia, właściwe syringomyelii. Pocenie się, niedowład n. podjęzykowego i twarzowego, porażenie n. wstecznego; bezwdech, nieudolność płciowa *agensis*. Garb, skrzywienie kręgosłupa boczne, chód kurczowo-porażenny, odruchy kolanowe wzmożone, zmiany odżywcze falang palców, — blizny.

II. F. II. 5/VI 1894. Wywiady: lat 29, nie przebywał w młodości żadnych chorób. Od 17 roku chodzi nieco pochylony w stronę prawą. Od lat trzech czuje osłabienie w ręce prawej, przy przeszukiwaniu kieszeni nie czuje przedmiotów tak dokładnie, jak poprzednio, a nadto na zimnie ręce jego b. prędko ziębną i trętwią. Ciepło i zimno słabo odczuwa. Od roku wystąpiło osłabienie w dolnej kończynie lewej. Na prawe ucho słyszy gorzej; od dzieciństwa płynie mu z ucha. Widzi dobrze, ale od czasu do czasu doznaje błysków, a przy obracaniu głową — zawrotów. Wychudnienie rąk, szczególnie prawej, datuje się od dwóch lat.

Stan obecny: Badany jest dobrze zbudowany i odżywiony. Kończyna górna lewa, szczególnie pięść, wychudła. Wychudnienie to ogranicza się do mięśni małych obu pięści, więcej po stronie lewej, niż po prawej. W mięśniach tych wyraźne drgania włókienkowe. Mięśnie wyprostne po stronie lewej lekko zanikłe, wskutek tego ramię lewe słabsze i cieńsze od prawego. Mięśnie: kapturowy, najdłuższy grzbietu, naramienny i piersiowy po stronie lewej cieńsze, wyraźnie zanikłe. Przy bliższym przypatrzeniu się twarzy chorego widzimy po stronie lewej lekki zanik mięśni, fałd policzkowy lewy wygładzony, a przy śmiechu kącik lewy ust pozostaje nieruchomy. Gałka oczna lewa więcej ku tyłowi cofnięta; powieka górna lekko opadła; źrenica lewa lekko zwężona, na światło jednak oddziaływała dobrze. Wiercenie oczyma kołujące (*Nystagmus rotatorius*). Język zbacza w stronę lewą, mięśnie po tej stronie w przedniej części zanikłe, okazują wyraźne drgania włókienkowe. W kończynach dolnych nie widać wyraźnego zaniku mięśni. Kończyna lewa słabsza. Odruchy kolanowe wzmożone, po stronie prawej wybitniejsze. Tak samo odruch ścięgna Achillesa. Odruchy skórne po obu stronach mniej wyraźne.

Badanie czucia bólu i ciepłoty wykazuje ważne zmiany. Najsilniejsze zmiany są w czuciu bólu, odpowiednio zmianom zanikowym w mięśniach. Idąc z góry, czucie bólu upośledzone w zakresie wszystkich gałęzi nerwu trójdzielnego, więcej po stronie lewej niż po prawej, dalej schodzi na ramię i przedramię lewe. Szczególnie całkowite zniesienie czucia bólu w ręce lewej. Lekkie upośledzenie czucia bólu zajmuje okolicę podżebrą lewą do grzebienia kości łonowej, schodzi na odnóża dolne i zajmuje zewnętrzną i wewnętrzną część przedudzia, szczególnie po stronie lewej. W parze z upośledzeniem czucia bólu idzie obniżenie czucia ciepłoty. Badany lepiej czuje ciepło, niż zimno. Czucie dotyku mało upośledzone. Chory podaje, że czuje dotknięcie igły, ale ukłócia nie czuje; jednak w zakresie zniesienia czucia bólu i ciepłoty, szczególnie w obu kończynach dolnych, chory nie czuje przesuwania pędzla. W lewej połowie języka wyraźne drgania włókienkowe, lekkie upośledzenie czucia bólu i ciepłoty, które po czuciu przenosi się na wewnętrzną, przednią część błony śluzowej jamy ustnej tej samej strony. Od czasu do czasu chory charakterystycznie chrząka i krztusi się. Odgłos podobny do chrupania świni. Objaw ten zależy od porażenia lewego nerwu wstecznego. Ze zmian wydzielnicznych napotykały pocenie się po stronie lewej twarzy; skóra w tem miejscu pod wpływem lekkiego prądu elektrycznego pasami się czerwieni.

Ze zmian odżywczych napotykały na grzbiecie ręki lewej pomiędzy pierwszą a drugą kością śródreza bliznę, która powstała po przecięciu ropnia. Operacja ta wcale go nie bolała. Ze strony pęcherza i odbytnicy zmian żadnych.

Syringomyelia: Zaniki mięśniowe w rękach i grzbiecie, objawy źreniczo-oczne (*oculo-pupilläre Symptome*), wiercenie oczyma kołujące (*nystagmus rotatorius*), porażenie n. podjęzykowego i twarzowego lewego. Odruchy kolanowe wzmożone.

Rozprężenie (dysocjacja) czucia bólu i ciepłoty; czucie dotyku zachowane. Porażenie lewego n. wstecznego. Pocenie się po stronie prawej twarzy, blizny po przecięciu ropnia.

III. W. M. 2/VI 1894. Lat 34, urzędnik z Przemyśla (spstrzeżenie własne). Wywiady: Chory zgłasza się w celu zmiany opatrunku. Dowiadując się przy tem, że chory ma od r. 1884 owrzodzenie na stopie prawej. Obecnie wraca z Wörishofen od Kneipa, gdzie przebywał w leczeniu 3 miesiące, jednakowoż wrzody pod wpływem zimnej wody nie tylko że się nie goiły, ale powiększyły; przytem czuje on w tej kończynie mocny ból, a kończyna sama za dotknięciem owrzodzeń „trzęsie się”. Cierpienie to rozpoczęło się w okolicy paznokcia palca dużego nogi prawej; najprzód powstał pęcherzyk niebolesny, który przysechł: rana pod strupem nie goiła się całymi latami. Przed trzema laty powstały ropnie na udzie prawem, które przecięto w klinice prof. Obalińskiego, poczem powstała 4 cm. długa, pół cm. szeroka blizna w okolicy wewnętrznej połowy uda prawego; 4 cm. poniżej, tuż nad stawem kolanowym, znajduje się druga blizna. Owrzodzenie jednak na palcu nie zagoiło się. Od tego czasu powstało jeszcze kilka pęcherzyków na stopie, które, przysychając, tworzą strupy, pokrywające owrzodzenia, drążące w głąb skóry i tkanki podskórnej. Owrzodzenia te, pomimo, że całymi latami się nie goiły, nie sprawiały choremu żadnego bólu i mógł on dalej chodzić z owiniętym palcem. Przed osmioma miesiącami powstały jednak duże zatokowate owrzodzenia na pięcie w okolicy ścięgna Achillesa. W klinice prof. Kaposiego rozpoznano „zwykły wyprysk“ i obiecano choremu szybko owrzodzenia te zagoić. Kończyna ta ciąży choremu: około drugiej w nocy ma szalone bóle, które rozpoczynają się w okolicy palca dużego „w kości“ i idą w górę do okolicy odleżyny, wielkości talara, na dużym krętarzu prawym. Dziwi się chory, że bóle te w okolicy owrzodzeń na zimnie stale się powiększają. Wszelkie dotknięcie tych owrzodzeń wywołuje kurczowe drgania tej kończyny. Od czasu, jak chory leży, kończyna ta jest słabsza i nieco wychudła. Od dwóch dni uskarża się na bóle rwące nad obojczykiem lewym, idące w dół, połączone z mrówieniem w palcach. Zgrubienia w okolicy prawego stawu kolanowego chory nie zauważył, musi być jednak następstwem „wiecznego przekurczenia“. W ostatnich czasach wychudł; przyczyną tego są bezsenne noce wskutek rwących bólów w tejże kończynie. Kily nie przebywał. Oddawanie moczu i kału prawidłowe.

Stan obecny. Po zdjęciu opatrunku widzimy owrzodzenia głębsze (3—8 mm.) na stopie w okolicy drugiej falangi śródstopia, po zewnętrznej stronie palca dużego; pomiędzy palcem drugim a dużym jest rodzaj szczeliny. Falanga palca drugiego, wrzionowato zgrubiała. Zgrubienie to dotyczy głównie kości (*Osteoarthropathie hypertrophiantic pneumique Marie*). Grzbiet palca czwartego, który jest również wrzionowato zgrubiały, jest wyarty. Owrzodzenie to, wielkości czworaka, sięga kości. Uderza to, że w otoczeniu tyłu owrzodzeń oprócz zasinienia brak żywszego odczynu, kończyna cała chłodniejsza niż lewa, szczególnie w dolnej części. Owrzodzenia te

w ciągu czterech tygodni wyraźnie się powiększyły, wielce to przypomina usuwanie się nasypów ziemnych. Dno tych lejkowatych owrzodzeń pokryte szarawą miazgą. Brzegi nierówne, schodkowate. Za dotknięciem się tych owrzodzeń kończyła drga kurczowo. W okolicy ścięgna Achillesa znajdują się trzy zlewające się owrzodzenia, wielkości centa. Wrzody te wyglądają, jakby je kto sztucznie wyciął. Dno pokryte wypociną ropną śluzką. Cała stopa na podszewie i grzbiecie sinawa, lekko obrznięta: skóra zgrubiała okazuje w górnej części grzbiotu stopy kilka blizn, które, wedle podania chorego, powstały po zagojeniu podobnych owrzodzeń jak obecne.

Badany jest średnio zbudowany i odżywiony. Szpara powiekowa prawa lekko zwężona, gałka oczna wyraźnie mniejsza i ku tyłowi cofnięta. Żrenice równe, prawa leniwo oddziaływa na światło. Dno oka prawidłowe. W zakresie nerwów mózgowych zmian żadnych. Wygięcie kręgosłupa w części piersiowej w stronę prawą, niebolesne. Mięśnie małe śródreżca lekko zanikłe, wskutek tego przestwory międzykostne bardziej wklęsłe. Odruchy skórne wyraźnie wzmożone. Odruch brzuszny i mosznowy wyraźny. Odruchy ścięgniste w kończynie górnej wyraźne po stronie prawej; w prawej kończynie dolnej odruch kolanowy bardzo wzmożony. Odruch ścięgna Achillesa bardzo wyraźny. Odruchy strony lewej wybitne, mniej jednak, niż po prawej.

Ważniejsze są zmiany w zakresie czucia bólu, ciepłoty. W okolicy łopatki prawej do dolnego kąta łopatki czucie bólu mniej, czucie zimna, a przeważnie ciepła, więcej upośledzone. Czucie dotyku wyraźne. Ramię prawe na rozległości dłoni powyżej stawu łokciowego w dół, jest mniej wrażliwe na ukłucie i na ciepło, w ręce prawej zaś, bardzo wyraźne. Czucie dotyku nieco upośledzone w kończynie dolnej prawej. Chory czuje dotyk jak przez papier. Upośledzenie to czucia sięga po zewnętrznej stronie podudzia prawego do stawu kolanowego. W górnej połowie podudzia czuje chory ukłucie igły lepiej, niż w dolnej. W granicach czucia bólu, czucie dla ciepła więcej jest upośledzone, niż dla zimna. Podudzie prawe o 3 ctm. cieńsze, niż lewe. Wyraźnego zaniku mięśni nie widać. Mięśnie strony prawej są wiotkie. Kończyna dolna prawa zimniejsza przy dotyku, niż lewa; stopa sinawa, zimniejsza, szczególnie w okolicy owrzodzeń. Innych zmian naczyniowych nie zauważono.

Chory twierdzi, że nie poci się; przy badaniu jednak widać żywsze zaczerwienienie twarzy po stronie prawej i lekkie pocenie się. Po zziębnięciu nogi występują gwałtowne rwące bóle w kończynie dolnej prawej i dlatego chory otula rany bardzo starannie grubym pokładem waty.

Po miesiącu chory zgłosił się do szpitala Franciszka Józefa w Wiedniu, gdzie mu kończynę prawą odjęto. Po amputacji wystąpiła róża, trwająca trzy tygodnie.

Zmiany w zakresie czucia bólu i ciepłoty te same, co poprzednio.

Syringomyelia. Choroba Morvana. Objawy żreniczno-oczne. Nieznaczny zanik mięśni. Zmiany w czuciu dotyku, bólu i ciepłoty w kończynie dolnej prawej. Odruchy ścięgniste po stronie prawej wzmożone. Zmiany odżywcze w postaci kraterowatych owrzodzeń (*mal du pied*). Zmiany odżywcze w kościach (*Osteoarthropathie hypertrophiantie pneumique Marie*). Zmiany naczynioruchowe w kończynie dolnej. Lekkie pocenie się po stronie prawej twarzy.

Zmiany, opisane w ostatnim przypadku, są tak cechujące, że wykluczając kilka chorób rdzenia z podobnymi objawami — w pierwszym rzędzie zapalenie twarówek rdzeniowej (*pachymeningitis cervicalis*), wiać rdzenia p. zapalenie istoty szarej rdzenia (*poliomyelitis*), trąd, przyjdziemy do przekonania, że mamy przed sobą syringomyelię wzoru Morvana. W przypadku tym mamy szereg zmian, które pozwalają prawie z całą stanowczością wskazać miejsce, zajęte sprawą chorobową. Zmiany te rozpoczynają się w części szyjnej, w wysokości ostatnich kręgów szyjnych i pierwszych piersiowych. W tej części leżą włókna nerwu spółczulnego. Różnica w szerokości żrenicy, szczególnie zwężenie przy dobrej akomodacji, wąskość szpary powiekowej, cofnięcie gałki ocznej (objawy zresztą napotykanne w połowiczem porażeniu Brown-Sequarda, jeśli uraz zadziałał w miejscu ośrodka rdzenowo-rdzeniowego (*centrum ciliospinale* Budge)), są wyrazem porażenia nerwu spółczulnego.

Déjérine-Klumpke wykazała doświadczalnie na psach, że zwężenie żrenicy, szpary powiekowej i cofnięcie

gałki ocznej występują po przecięciu gałązek spółniczących (*rami communicantes*) I. nerwu piersiowego tej samej strony. Na człowieku spostrzegł Franciszek Kraus te same objawy w próchnicy kręgów szyjnych. Ja widziałem w r. 1893 złamanie ostatniego kręgu szyjnego, przyczem wystąpiło zwężenie żrenicy oka prawego, wraz ze zmniejszeniem szpary powiekowej. Przypadek jeszcze jest cechujący i dla tego, że bezpośrednio po złamaniu wystąpiły naprzód objawy upośledzenia czucia dotyku na całym ciele do wysokości sutków, zniesienie odruchów ścięgnistych, porażenie pęcherza i odbytnicy, skutkiem tego zatrzymanie moczu i kału. W 4 dniu wystąpiło upośledzenie czucia ciepłoty w mniejszym, upośledzenie czucia bólu w większym stopniu. Odruchy kolanowe zniesione. Odleżyna ostra, zajmująca całą szerokość kości krzyżowej, spowodowała w drugim tygodniu śmierć chorej.

Przy przecięciu obwodowem splotu szyjnego (*plexus cervicalis*) braknie objawów ze strony oczu. Wprawdzie Charcot opisuje przypadek obrażenia I. nerwu piersiowego skutkiem postrzału, gdzie wystąpiły zanikowe zmiany w mięśniach małych pięści obok zmian czucia bólu i ciepłoty bez upośledzenia czucia dotyku, zatem podobnie, jak przy syringomyelii. Jestto jednak przypadek nader rzadki.

Objawy zatem ze strony nerwu spółczulnego (*oculopupilläre Symptome*) obok zmian w czuciu bólu i ciepłoty, przemawiają zatem w przeważnej części za syringomyelią.

Zwężenie szpary powiekowej jest następstwem porażenia mięśnia gładkiego w powiece; cofnięcie gałki ocznej następuje wskutek porażenia mięśnia Müllera, również zaoopatrywanego przez nerw spółczulny. Porażenie nerwu spółczulnego znajduje się zwyczajnie po stronie zaniku mięśniowego, a w przypadkach gliozy w części szyjnej pojawia się dosyć wczesnie.

Dalej mamy w opisanym przypadku objawy kurczowe (spastyczne), szczególnie w dolnej kończynie prawej. Wywołany odruch kolanowy przechodzi w kurczowe drganie całej kończyny, wedle wyrażenia chorego „noga się trzęsie“. Objawy te wskazują, że kanał w części szyjnej rdzenia pociężowego sięga do okolicy sznurów bocznych i uciska je.

Zaniki mięśni są bardzo nieznaczne, ograniczone do małych mięśni ręki prawej i występują wskutek zajęcia komórek nerwowych w rogach przednich. Zaniki mięśniowe są często pierwszym objawem syringomyelii. Przewroty międzykośćmi śródreżca zaznaczają się, a szczególnie w pierwszym przewrocie międzykostnym, potem następuje zanik brzuśca i przeciwbrzuśca dłoniowego (*thenar* i *antithenar*) oraz m. m. glistowatych (*lumbricales*). Często następuje porażenie nerwu łokciowego, wskutek tego mamy cechujące ustawienie ręki (*main en griffe, clasped hand*). W niektórych przypadkach ręka zwisa podobnie jak w porażeniu ołwiowem w razie zajęcia mięśni wyprostnych w zakresie nerwu sprychowego. Z zanikiem mięśni następuje utrata ich czynności i często zanik mięśni postępuje w górę, zajmuje m. naramienny, mięśnie łopatki i grzbietu (typ barkowo-łopatkowy (*humero-scapular*)). Niekiedy po zajęciu małych mięśni ręki przenosi się zanik na mięśnie dolnej kończyny, zwyczajnie po tej samej stronie. Zaniki mięśni powodują czasem ustawienie szpary stopy, wskutek przewagi antagonistów. Z mięśni szyi ulegają zanikowi mięsień kapturowy, mostko obojczyko-sutkowy, dźwignacz łopatki, w późniejszych okresach piersiowy i to najczęściej po obu stronach. Często zaniki mięśniowe

trudno rozpoznać z powodu dobrze rozwiniętej podściółki tłuszczowej. Schlesinger opisuje przypadek, gdzie jedna część mięśnia naramiennego była zanikła, a druga przerosła tak, że to przypomina przerost mięśni postępowy (*dystrophia muscularis progressiva*). W mięśniach zanikłych występuje drganie włókienkowe. Odczyn na mechaniczne podrażnienie mięśni jest często wzmożony. Uderzenie na przykład w m. dwugłowy wywołuje szybkie skurcze. Utrata siły mięśniowej postępuje równoległe z zanikiem; w razie jednak krwotoku w okolicy sznurów bocznych może niedowład zamienić się na zupełne porażenie i to nie tylko pojedynczych gromad mięśniowych, ale całej kończyny. Jeśli sprawa chorobowa w części szyjnej rdzenia rozwija się bardzo szybko i zajmuje sznury boczne, wtedy górują objawy kurczowe. W mięśniach występuje pewnego rodzaju stężenie, kończyna jest wyprostowana, z czasem dołączają się przykurczenia. Często występuje w kończynach pewnego rodzaju drżenie, podobne do drżenia przy stwardnieniu rozsianem rdzenia (*sclerosis disseminata*). Tu i owdzie występują kurcze w łydkach.

Do najważniejszych objawów — które Kahlerowi i Schultzemu niezależnie od siebie pozwoliły rozpoznać za życia syringomyelię, należą objawy w zakresie uczucia ciepłoty i bólu, przy zachowaniu najczęściej uczucia dotyku, gdyż i to, pominiawszy powikłania syringomyelii z wiałdem rdzenia, może być w późniejszych stanach chorobowych upośledzone.

Szczególnie Morvan opisał przypadki syringomyelii, gdzie uczucie dotyku było upośledzone lub zniesione i na tej podstawie odróżniał t. zw. chorobę Morvana od syringomyelii. Uczucie dotyku rzadko jest całkowicie upośledzone. W początkowych okresach chory zwyczajnie czuje dotknięcie dobrze, czasami nawet występuje przeczulica. Upośledzenie to uczucia dotyku ogranicza się przeważnie do niewielkich obszarów, najczęściej w granicach upośledzenia uczucia bólu i ciepłoty. Schüppel opisał przypadek syringomyelii ze zniesieniem uczucia dotyku na całym ciele.

Do głównych objawów syringomyelii należy upośledzenie uczucia bólu. Przed zupełnym zniesieniem występuje zwyczajnie okres przeczulicy, w którym chory przy najlżejszym ukłóciu czuje dotkliwy ból. Stan ten trwać może miesiącami i ustępuje miejsca zniesieniu uczucia bólu. Często chory nie oddziaływa na ból przy ukłóciu igłą, ale podmiotowo uczucie bólu jest długo zachowane. Chory podaje najczęściej, że ma rwące bóle wzdłuż pni nerwowych, podobnie jak w wiałdzie rdzenia.

Uczucie bólu, upośledzone w najrozmaitszym stopniu, nie ogranicza się tylko do skóry, ale zajmuje i głębsze części. Chory nie odczuwa złamań kości, zwichnięć, lub rękoczynów chirurgicznych. Upośledzenie uczucia bólu występuje również w błonach śluzowych ust, nosa, pęcherza, odbytnicy i t. d. Rozpoczyna się ono przeważnie od ręki, idzie w górę, zajmując po kolei jedną kończynę po drugiej. Czasem występuje, podobnie jak w macinnicy, porażenie uczucia połowicze i wtedy odróżnienie od syringomyelii jest trudne. Często macinnica dołącza się do syringomyelii. W rozpoznawaniu rozstrzygają tedy zaniki mięśni, objawy oczno-zreniczne, nieznaczne zwężenie pola widzenia, zmiany węchu i smaku, boczne skrzywienie kręgosłupa, szybkie przenoszenie się objawów zniesienia uczucia na inne części ciała.

Upośledzenie uczucia ciepłoty występuje najpóźniej. Jakikż czas chory zimna zniesić nie może; w czas upalny okrywa

kończyny ciepło. Po tym okresie przeczulicy następuje upośledzenie uczucia ciepłoty i chory odczuwa naprzykład więcej ciepło, niż zimno i na odwrót, a często podaje, że nie odróżnia zimna od ciepła.

Ciepłota musi być wysoka, by chory rozpoznał, lub też ciepło i zimno rozpoznaje jako ciepło. W późnych okresach ma tylko uczucie dotyku, a stopnia ciepłoty rozpoznać nie może. Najczęściej upośledzenie uczucia ciepłoty idzie w parze z upośledzeniem uczucia bólu. Badanie błony śluzowej ust wykazuje często zupełne znieczulenie na ciepło. Chory połyka gorące potrawy, parzy sobie usta i dopiero po połknięciu ma w żołądku uczucie ciepła.

Uczucie mięśniowe przy syringomyelii często nie ulega żadnym zmianom. Pomijając wiałd rdzenia, krwotoki lub zmiany w krążeniu, gdzie mogą wystąpić zmiany trwałe, zwyczajnie objawy ze strony uczucia mięśniowego są przemijające. Niezborność ruchów jest w syringomyelii nierzadkiem zjawiskiem. Niezborność ta może być następstwem rozwijania się sprawy chorobowej w mózdzku, w rdzeniu przedłużonym, lub w moście Varola.

Wspomnieć jeszcze należy, że jak w wiałdzie częstot bywają bóle rwące, które latami przed pojawieniem się objawów ze strony uczucia mogą wystąpić. Bóle te mogą istnieć w kończynach, pozbawionych uczucia bólu i ciepłoty.

Zmiany odżywcze są rozmaite, występują one jako przekrwienie czynne i bierne. Sinica palców rąk lub nóg jest często pierwszym objawem zmian Raynauda.

Do częstych objawów syringomyelii należy pocenie się i to najczęściej w miejscach, gdzie uczucie bólu i ciepłoty jest upośledzone. Często chorzy w zimnie się pocą, każde wzruszenie wywołuje pocenie się naprzykład w połowie twarzy. Po wstrzyknięciu pilokarpiny (Dejérine) występuje pocenie się w częściach ciała, dotkniętych upośledzeniem uczucia.

Często napotykamy rumień z przegrzania (*erythema calorificum*), pokrzywkę pęcherzykową i pęcherzową (*urticaria vesiculosa et bullosa*), które zajmują główne miejsca znieczulone. Półpasiec (*herpes Zoster*) jest zjawiskiem rzadszem.

Rany oparzelinowe rozmaitego stopnia stwierdzamy najczęściej na palcach rąk i na plecach. Zanogcieę bezbolesną (*panaris analgésique*) na palcach rąk i nóg znajdujemy przy syringomyelii wzoru Morvana. Nierozstrzygnięto, czy są to zmiany zależne od nerwów odżywczych, czy też tylko upośledzenie uczucia dotyku gra tutaj pewną rolę. Hoffmann, Schlesinger przyjmują pewne usposobienie, przy którym nieznaczny uraz wywołuje u chorego na syringomyelię zropienie tkanki podskórnej, oddzielenie się odłamków kostnych z następowem zniekształceniem całych kończyn. Zmiany martwicze (nekrotyczne) kości przy wiałdzie są rzadkie. Odleżyny także są rzadsze i to najczęściej w okolicy krętarzy. W rzadkich przypadkach przychodzi do odleżyn, które ostro się rozwijają (*decubitus acutus*). Napotykamy również symetryczną zgorzel Raynauda na uszach, palcach rąk i nóg. W miejscach znieczulonych wytwarzają się pęcherzyki i bąble (*pemphigus*). Kahler notuje przerost blizn (*keloid*).

Wrzód stopy dziurawiający (*mal perforant du pied*) jest rzadszem zjawiskiem w syringomyelii. Z początku wytwarza się nagniotek, w którym przychodzi do zropienia i pęknięcia tego wrzodu. Wrzody te zwyczajnie lejkowato drażą w głąb, często do kości. Dno takiego wrzodu pokryte bywa brudną tkanką ziarninującą. Wrzody te powstają w miejscach naj-

więcej ugniatanych, nierzadko jednak i na miejscach wolnych od ucisku. Zmiany w stawach zajmują przeważnie staw barkowy i łokciowy w przeciwstawieniu do wiądu rdzenia, gdzie zajęte są przeważnie kończyny dolne. Zmiany odżywcze mogą być pierwszym objawem syringomyelii. Staw sam zniekształcony, torebka zgrubiała, ruchy dowolne często upośledzone; czasem napotykaemy w takich stawach zwiechnięcie. Do złamania kości przychodzi bez bólu. Schultze notuje przypadek, w którym piekarz złamał rękę, bólu ręki nie czuł, a dopiero zwisanie kończyny zwróciło jego uwagę na złamanie.

Skrzywienie kręgosłupa ku tyłowi lub na bok w części szyjnej i piersiowej zdarza się w większej części przypadków syringomyelii. Pociągają one za sobą zniekształcenie klatki piersiowej. Morvan, Schlesinger, Brühl uważają skrzywienie kręgosłupa za zmianę odżywczą; Roth za następstwo zaniku krótkich mięśni kręgosłupa; Holesznikow opisuje przypadek akromegalii, Dejerine, Bamberger obrzmienie kolbowate ostatnich falang palców, podobne do spotykanych w rozstrzeniach oskrzeli (*bronchiectasis*). Marie nazwał te zgrubienia „osteopathie hypertrophique”.

Odruchy skórne są najczęściej wzmożone. Odruch brzuszny i mosznowy po największej części utrzymane lub wzmożone. Zachowanie się odruchów ścięgniętych w syringomyelii należy do rzędu najważniejszych objawów. Odruchy ścięgnięte w kończynach górnych z początku wzmożone, w razie wczesnego zaniku mięśni, mogą być upośledzone. Odruchy kolanowe są najczęściej wzmożone. W razie zajęcia przez sprawę chorobową rdzenia przedłużonego, szczególnie okolice piramid, oprócz pewnego stężenia w kończynach górnych, odruchy stają się mocno podwyższone. W kończynach dolnych w przeważnej części przypadków podwyższenie odruchu utrzymuje się stale. Zniesienie odruchów ścięgniętych występuje, jeśli do syringomyelii dołącza się wiąd, zapalenie opon rdzeniowych, lub jeśli jamy zajmują sznury tylne.

Zaburzenia czynności pęcherza pojawiają się zwyczajnie w późniejszych okresach, przy rozwoju sprawy chorobowej w części lędźwiowej. Występują te objawy pod postacią zatrzymania moczu, albo częstego moczenia. Kraus i inni spostrzegali polyurię. Zatrzymanie stolca jest bardzo uporezywe, szczególnie jeśli następuje zanik mięśni brzusznych.

Spostrzegano również kurcze żołądkowe (*crises gastriques*). Schlesinger widział często już w początkowych okresach zniesienie czucia bólu przy ucisku jądra, podobnie jak w wiądzie.

Objawy ze strony rdzenia przedłużonego, wywołane uciskiem rozszerzającej się gliozy, bądźto na ośrodki nerwowe, bądź na naczynia, znane były Kahlerowi i Schultzem. Z zaburzeń w zakresie n. słuchowego spostrzegano szum w uszach i dzwonienie. Schlesinger podaje upośledzenie smaku bądź w części, bądź w całym języku. Zanik nerwu wzrokowego jest rzadszy, natomiast spostrzegano częściej zwężenie pola widzenia, szczególnie dla barwy zielonej. Charcot uważa te przypadki za macinnicę, towarzyszącą syringomyelii. Schlesinger podaje, że w małej części przypadków widział zwężenie pola widzenia bez macinnicy.

Wiercenie oczyma (*nystagmus*) pojawia się często, jako objaw początkowy, szczególnie przy rozwoju gliozy w rdzeniu przedłużonym. Objaw ten, rzadki w wiądzie pacierzowym, występuje częściej w rozsianem stwardnieniu rdzenia, niż przy gliozie. Z nerwów ocznych spostrzegano najczęściej porażenie n. odwodzącego (*abducens*), często w początkach widzenie podwójne. Przy powikłaniu z wiądem i porażeniem postępującym występuje objawy Robertsona. Różnica szerokości źrenic należy do bardzo częstych objawów. Przy zajęciu nerwu trójdzielnego mamy znaczne upośledzenie czucia bólu i ciepłoty na twarzy i na języku. Spostrzegano również asymetryę twarzy. Upośledzenie zucia jest następstwem porażenia m. żwacza. Jeśli zajęty n. pojęzykowy, mamy połowiczy zanik języka. Wskutek znieczulenia gardła i krtani może nastąpić zachłystywanie się. Przy typie barkowo-łopatkowym (*humero-scapular*) są także zmiany w krtani. Występuje chrypka lub bezgłos, które są następstwem porażenia nerwu wstecznego. Porażenie to występuje zwyczajnie po jednej stronie. W razie rozszerzenia się sprawy chorobowej na ośrodku nerwu błędnego mogą wystąpić wymioty, bicie serca. Znane są przypadki padaczki w przebiegu syringomyelii.

Przypuśćmy, że początek zmian chorobowych, (co najczęściej się zdarza), znajduje się w okolicy zgrubienia szyjnego i rozciąga się, począwszy od tylnej ściany przewodu środkowego wzdłuż i w poprzek w istocie szarej i sięga rogów przednich; wtedy przychodzi do zaniku mięśni kończyn górnych, do zmian czucia bólu i ciepłoty. Jeśli gliozia ogranicza się do jednego rogu tylnego, wtedy mamy zniesienie czucia bólu i ciepłoty bez zmian zanikowych mięśni. Ale mogą istnieć zmiany odżywcze w skórze, stawach i kościach. Z rozwojem sprawy chorobowej i strefa zmian czuciowych rozszerza się w górę i w dół, czemu towarzyszy przez jakiś czas przeczulica. Trzeba dodać, że chorzy, niepytani, sami nie zwracają uwagi na zmiany czuciowe i dopiero badanie może wykazać daleko sięgające zaburzenia. Jeśli tkanka buja w rogu tylnym i sięga w górę do rdzenia przedłużonego, to mamy zmianę czucia w okolicy potylicy, podrażnienie, następnie porażenie gałęzi czuciowych nerwu trójdzielnego, porażenie i zanik języka, mięśni krtani, twarzy, w miarę tego, jak ośrodki odpowiednich nerwów w rdzeniu przedłużonym będą zajęte. Tarczy zastoinowej zwyczajnie nie ma, bo sprawa chorobowa nie łączy się z powiększeniem ucisku śródczaszkowego. Jeśli zmiany chorobowe nie ograniczają się do istoty szarej, ale zajmują i sznury boczne, a zatem istotę białą, wtedy mamy objawy kurczowe bez zmian zanikowych mięśni, jeśli naturalnie komórki duże rogów przednich są wolne. Przypuśćmy, że sprawa chorobowa zajęła lewy róg tylny w części szyjnej i w górnej piersiowej, tudzież sznury boczne tej samej strony, wtedy mamy objawy kurczowe po stronie lewej, oprócz zmian czucia w zakresie ramienia lewego, łopatki i górnej części klatki piersiowej, w kończynie dolnej lewej, podobnie jak w porażeniu połowiczem Brown-Sequarda, z tą odmianą, że znieczulenie występuje w ostatnim przypadku po stronie przeciwnej. Sprawa chorobowa, która zajmuje sznury tylne, powoduje zmiany dotyku, jak w wiądzie rdzeniowym.

Łatwo sobie będzie można wytłómaczyć, dlaczego objawy czucia tak ważne przy rozpoznaniu syringomyelii, naprzód występują, dlaczego objawy kurczowe, zmiany czucia dotyku i czucia mięśniowego należą do późniejszych, jeśli

ma się na oku, że sprawa chorobowa wychodzi najczęściej z okolicy tylnej przewodu środkowego, rozszerza się w istocie szarej rogów tylnych, a w miarę rozszerzenia się gniazd, przenosi się na rogi przednie i sznury boczne.

(Dokończenie nastąpi).

## II. O leczeniu krwisteku omacicznego (*Haematocele periuterina*).

Podał

Prof. Dr. A. Mars.

(Dokończenie).

Trzymając się tych zasad, leczyłem w krakowskiej szkole akuserek i w klinice lwowskiej razem 14 przypadków, z których w krótkości chcę zdać sprawę. Prócz tego widziałem w praktyce prywatnej kilkadziesiąt przypadków, które okazywały różnorodne obrazy chorobowe. Z pomiędzy nich zaledwie tylko dwanaście miałem od początku do końca w mojem leczeniu i obserwacji, resztę zaś widziałem doraźnie, lub chore usunęły się z pod mego nadzoru. Te, które dokładnie spostrzegać mogłem były wszystkie leczone zachowawczo. W jednym, leczonym przed laty 15, nastąpiło zejście śmiertelne skutkiem zakażenia otrzewnej po pęknięciu guza u chorej, która się zachowywała niespokojnie. Było to w czasach, kiedy przypadki takie nie bywały jeszcze operowane. —

Z pomiędzy przypadków, spostrzeganych klinicznie, było leczonych zachowawczo 9, *per laparotomiam* operowałem tylko jeden przypadek, w którym krwistek przeszedł w ropienie; przez pochwę zaś operowałem, w myśl zasad wyluszczonych, 4 przypadki, wszystkie z wynikiem pomyślnym.

Postępowanie moje było następujące: Po oczyszczeniu należytem sromu, międzykroczka i wewnętrznych powierzchni ud, następowało bardzo dokładne oczyszczenie przedstonka i pochwy, zakończone wprowadzeniem tamponu z waty wyjałowionej, napojonego roztworem sublimatu 1:1000 na kilka minut przed rozpoczęciem zabiegu. — Następnie odsłaniałem pochwę wziernikami łyżkowymi, chwyciłem kulociągiem tylną wargę części pochwowej i naciągałem ją ku dolnemu brzegowi spojenia kości łonowych. Gdy w ten sposób pole operacyjne zostało nastawione, wykonywałem na pół centymetra od przyczepu pochwy do części pochwowej poprzeczne cięcie na długość około 5—6 centymetrów przez całą grubość pochwy. Na mierne krwawienie nie zwracałem uwagi i gdy pomiędzy brzegami rany widziałem dolne wypuklenie guza, nacinałem je wprost nożykiem, tworząc otwór, do któregoby koniec palca swobodnie wprowadzić można. Następnie, włożywszy jeden palec dość głęboko, wprowadzałem koło niego drugi i na tępo na jedną i drugą stronę rozciągałem ranę tak, aby swobodnie dwa palce przejść mogły. — Nadmienić mi tu wypada, że niektórzy wykonują cięcie podłużne (*Fritsch*) i zeszywają torebkę krwiaka ze ścianą pochwy. — W miarę odpływu krwi, w guzie nagromadzonej, uciskałem lekko ręką, ułożoną od powłok brzusznych. Gdy już odpływ się zmniejszył, wprowadzałem dwa palce do jamy guza i zapomocą dwuręcznego badania, postępując palcami od wewnątrz bardzo ostrożnie, starałem się wewnątrz krwisteku zbadać. Wśród tego badania bardzo dokładnie od-

różnić mogłem jego zawartość, wybadać kształty tylnej ściany macicy, warstwy skrzepów różnej zbitości i zmienione przydatki (*adnexa*). Po takim zbadaniu i przekonaniu się o grubości, jakości i zbitości ścian krwisteku, wygarniałem palcami wiotkie skrzepy, o ile to bez trudu i obawy uczynić mogłem — nie tykałem zaś przydatków. Okolicę, gdzie były zmienione przydatki, pozostawiałem w spokoju, natomiast śmieiej usuwałem po stronie przeciwnej, co się ze skrzepów usunąć dawało. Po wypróżnieniu w ten sposób całej jamy, zakładałem do niej gruby pas gazy jodoformowej wyjałowionej, zamoczonej w roztworze kwasu karbolowego i starannie wyciśniętej. Wsuwałem szczypczykami *Chrobaka* pod kontrolą ręki od zewnątrz ułożonej tak, aby jamę wypełnić. — Gazy tak założonej nie wydobywałem, ale czekałem, aż się sama będzie do pochwy wysuwać, co zwykle po 8—14 dniach następowało. W jednym przypadku po wypadnięciu gazy założyłem po odsłonięciu rany pochwowej wziernikami świeżą gazę. — Po takim postępowaniu guz zmniejszał się bardzo szybko, macica leżała albo w tyłopochyleniu, albo w całości była ku tyłowi przesunięta. Przy badaniu zestawionem można było wykazać drobne reszty po za macicą w zatoce *Douglasa*, a obok tego zbity obrzęk w okolicy przydatków, jako pozostałości po ciąży zamacicznej, która była przyczyną powstania krwisteku — Wśród dalszego kilkotygodniowego leczenia, pobudzającego wessanie, pozostałości ustępowały dość szybko. Zaznaczyć tu jeszcze muszę, że nigdy się nie silłem, aby jamę guza zupełnie wypróżnić, że nigdy nie robiłem żadnych przestrzykiwań. Po tamponowaniu bywał lekki surowiczo-krwawy przesącz. Ropienia nie widziałem po tem postępowaniu, a gdyby do niego przyszło, starałbym się utrzymać otwór niezamkniętym i wcalebym się ropienia nie obawiał. Sączka nie zakładałem, gdyż ten nie daje się łatwo na stałe w jamie utrzymać, podczas gdy gaza zadaniu swemu bardzo dobrze odpowiada i trzyma się dobrze. — Sądzę, że dlatego nie miałem ropienia, że się tylko gazą do drenowania posługiwałem. —

Dla uzupełnienia podaję poniżej przypadki tym sposobem operowane:

I. M. K. wieloródka, 37 lat licząca, raz nie miała regularności, poczem wystąpił krwistek zamaciczny. Po 7-miotygodniowym krwawieniu, gdy guz w brzuchu wciąż wzrastał, przybyła d. 20 stycznia 1898 r. do Szkoły akuserek w Krakowie, — bardzo niedokrewna, w stanie oplakany. Rozpoznano krwistek zamaciczny; guz sięgał szyćtem niemal do pępka, tylne sklepienie zepchnięte do wychodu miednicy, macica przyparta do spojenia łonowego. Guz miejscami o ścianach cienkich, napięty, jakby chęłboczący. W czasie pobytu w szpitalu guz się nie powiększał, chora żali się na znaczne bardzo dolegliwości, — parcie na mocz, — oddawanie stolca utrudnione.

2. II. W uspieniu chloroformowem otwarto tylne sklepienie wypuszczono przeszło litr krwi płynnej i skrzepów starych. Tampomada jamy. Guz znacznie zmniejszył.

15. II. Usunięto gazę dobrowolnie do pochwy się wysuwającą. — Następnie mierny odpływ ciemnej krwi płynnej, starej.

24. II. Założono do jamy pasek gazy, gdyż otwór w tylnym sklepieniu się ścieśnił.

2. III. Guz koło macicy, ułożonej w tyłozgięciu, wielkości bardzo małej mandarynki.

12. III. Wypuszczono chorą z obrzękiem w okolicy trąbki lewej, wielkości orzecha włoskiego. — W czasie pobytu w leczeniu ciepłota zrazu bywała około 37.5, tętno 80; zresztą stan bezgorączkowy. Od zabiegu operacyjnego leczenie w szpitalu trwało 38 dni.

W kilka miesięcy później widziałem pacjentkę, u której ledwo ślad cierpienia przebytego wykazać było można.

II. A. M., żona wyrobnika, 28 lat licząca, rodziła raz przed rokiem. Po porodzie miesiączkowała 2 razy, potem 3 miesiące nie miała miesiączki, która powróciła w maju i trwała 5 dni. Od tej regularności poczęła chorować, gorączkowała, od czasu do czasu miała dreszcze, miesiączka nie powróciła. W ostatnich tygodniach spostrzegła guz w brzuchu.

Na klinikę przyjęta 3. X.

Badanie przedmiotowe wykazuje guz, wychodzący z miednicy małej, ułożony szeroko na stronie lewej nad talerzem biodrowym, sięgający do pępka, — przy dotyku bolesny, o powierzchni nierównej, gdzieśgdzie okazujący miejsca zbitze. pomiędzy którymi jakby zagłębienie. — Pod pępkiem powłoki brzuszne jakby z guzem zrosnięte. Macica przesunięta na lewo, lewy jej brzeg wybadalny. W tylnym sklepieniu na prawo, jak niemniej i w przednim sklepieniu, czuć guz, zostający w związku z guzem w brzuchu wybadanym, który obejmuje dno i prawą stronę macicy. Rozpoznano: *Emudatum perimetriticum suppurativum*.

3. XI. Ponieważ poniżej pępka guz był z powłokami brzuszniemi zrosnięty, — otwarto go przez warstwowe nacięcie powłok brzusznych i wypuszczono znaczną ilość ropy, a nadto i starych skrzepów krwi, co wskazało, że otwarty ropień powstał z krwisteku. — Tamponada. Z powodu przepełnienia na oddziale Szkoły akuserek przeniesiono chorą na oddział szpitalny, zkąd w kilka tygodni z przetoką wypuszczona została.

III. F. P. wieloródka, 30 lat licząca, w ostatnich miesiącach miesiączkowała regularnie, zmiany żadnej w miesiączkowaniu nie zauważyła. — Dnia 16. IV. nagle zachorowała, straciła przytomność, poczem bóle w dole brzucha, parcia na stolec, osłabienie, częste omdlenia. W 4 dni poczęły odchodzić z części rodnych strzępy i krew, krwawienie utrzymuje się do obecnej chwili. Do Szkoły akuserek w Krakowie przyjęta dnia 2. V.; rozpoznano krwistek zamaciczny, znacznych rozmiarów; szczyt guza sięga do pępka, sklepienie tylne wypukłone, bardzo nisko zepchnięte. Zbitość guza nie jednostajna, czuć jakby chębotanie w jednym miejscu. Po 10-ciu dniach mimo spokoju objawy dolegliwe trwają.

12. V. *Coeliotomia vaginalis posterior*.

Mierne krwawienie z cięcia pochwowego. Wydobyto około pół litra starych skrzepów. Tamponada. 16. V. wyjęto gazę z pochwy. — Gaza z jamy wysuwa się, usunięto ją, wydobyła prawie kwią nieprześlakniętą. — Świeżej gazy nie zakładano.

24. V. W tylnym sklepieniu tylko poprzeczny rowek, — rana zupełnie zagojona. — Po stronie prawej i za macicą guz wielkości mandarynki, elastyczny, nie bolesny.

7. VI. Guz za macicą i po stronie prawej wielkości orzecha włoskiego, niebolesny, zbitszy. Od 11. VI. — 16. VI. miesiączka prawidłowa.

21. VI. Chora wyszła do domu.

Przebieg pooperacyjny zupełnie bezgorączkowy. Pobyt w szpitalu trwał od chwili operacji 39 dni.

IV. R. F., żona robotnika, wieloródka, przybyła na klinikę Iwowską 12. IV. b. r., żali się na znaczne bóle nad pachwiną lewą. W brzuchu, guz sięgający nieco nad pępek, wielkością, umiejscowieniem i postacią przypominający macicę w 5-tym m. księżyc. ciąży. — Przy badaniu wewnętrznym macica przyparta do spojenia kości łonowych. Po za macicą guz, wypuklający nisko tylne sklepienie, stanowiący jednolitą całość z guzem w jamie brzucha. W górze i od sklepienia pochwowego czuć chębotanie. Stan bezgorączkowy. Wohec braku dat, dotyczących wywiadów, rozpoznano prawdopodobnie krwistek zamaciczny. Chora oświadcza, że jest biedną i zapytuje, kiedy będzie mogła wrócić do domu. — Po przedstawieniu jej, że leczenie może trwać kilka miesięcy, chora prosi aby ją operować, byle była prędzej zdrowa.

17. IV. Zrobiono próbne nakłócie, które wykazało krew ciemną, płynną. Wykonano zaraz *Coeliotomia vaginalis posterior*, wydalone około 1/2 litra krwi płynnej, starej i starych skrzepów. Tamponada gazą jodoformową.

18. IV. Gaza z pochwy wysunęła się dobrowolnie. Przesącz krwawy.

21. IV. Wysuwa się gazą z guza, — przesącz różowy.

25. IV. Wydobyto całkowicie gazę; guz płaski za macicą sięga na 3 palce nad spojeniem kości łonowych.

1. V. W tylnym sklepieniu otwór, przepuszczający koniec palca. Za macicą płaski plastowaty guz, sięgający szczytem do wysokości

spojenia kości łonowych. W następnych dniach plamy różowe ustają.

Od 13. V. — 17. V. miesiączka prawidłowa.

29. V. Chora idzie do domu. W tyle po za macicą guz płaski wielkości jaja kurzego, niebolesny. W tylnym sklepieniu otwór zaciągnięty.

Przebieg bezgorączkowy. Pobyt w klinice, od operacji licząc, 42 dni.

V. M. D., służąca, raz rodziła. W ostatnich miesiącach żadnej zmiany w miesiączkowaniu nie zauważyła; od trzech tygodni krwawi i żali się na znaczne bóle w dole brzucha i dołem, — stan ten powstać miał nagle.

Wśród badania czuć guz nad spojeniem kości łonowych i po stronie lewej w podbrzuszu, sięgający na 3 palce nad spojenie łonowe. Macica przyparta do spojenia kości łonowych i nieco na prawo przesunięta. W tylnym sklepieniu guz wypuklający tylną ścianę pochwy znacznie ku dołowi, stanowi całość z guzem, wybadanym nad spoj. k. k. łonowych, elastyczny, o ścianach cienkich, chębotający. Rozpoznano krwistek zamaciczny. Na klinikę przyjęta 28. III; do dnia 5. IV. stan jednakowy; chora cierpi. Po przedstawieniu chorej stanu rzeczy, prosi o zabieg operacyjny w celu usunięcia dolegliwości i skrócenia trwania leczenia. Po otwarciu sposobem opisanym sklepienia wyłało się kilka łyżek ropy i wydobyto stare skrzepy krwi. — Tamponada.

11. IV. Usunięto gazę.

13. IV. — 16. IV. Miesiączka.

Pozostały obrzęk po stronie lewej, znacznie zmniejszony, maleje widocznie pod leczeniem, pobudzającym wessanie.

22. V. W sklepieniu tylnym rowek poprzeczny, zablizniony. Macica w tyłopochyleniu, dająca się odprowadzić. W zatoce Douglasa i po stronie lewej czuć płaskie zgrubienie, — guza jednak, jako takiego, wykazać nie można; chora wychodzi do domu. Przebieg pooperacyjny bezgorączkowy. Od operacji była chora na klinice 47 dni.

Jak z tego opisu operowanych przypadków wynika, otrzymałem we wszystkich wyniki pomyślne. Przez wypróżnienie częściowe krwisteku, skrócony został niewątpliwie czas trwania leczenia i ograniczony do możliwie najkrótszego czasu. Przypadek krwisteku, w którym guz dosięga wysokości pępka, wymaga wśród leczenia zachowawczego przynajmniej pół roku, jeżeli nie więcej czasu do ustąpienia. Nasze chore wyszły wszystkie ze szpitalu po kilku tygodniach. —

W naszych stosunkach w obec publiczności ubogiej, mało wykształconej, gdy chora po pewnym przeciągu czasu poczuwszy polepszenie szpital opuszcza, chociaż niewyleczona, i naraża się na następstwa bardzo ciężkie, — postępowanie to ma doniosłe znaczenie i przedstawia znaczne dla chorej korzyści.

Osoba taka, po opróżnieniu krwisteku, tak jak w naszych przypadkach, jeżeli nieco wcześniej opuszcza szpital, może to uczynić bez obawy narażenia się na najgorsze powikłania. Osobie takiej nie grozi pęknięcie guza do jamy brzucha, ani do narządów sąsiednich. Nie grożą następne krwotoki, chociaż schorzała trąbka i reszta jaja płodowego pozostały, albowiem z guza pozostaje tylko torebka, która otorbia silnie części schorzałe. Powstaje co najmniej po krótkim przeciągu czasu taki stan, jaki powstaje po długotrwałym leczeniu zachowawczem.

III. W sprawie „perforatora“, zaleconego przez Dra Kadyję w Nrze 10 „Przeglądu lekarskiego“, otrzymujemy następujące uwagi:

Pomysł i wzór „perforatora“ kol. Dra Kadyja nie są nowe, albowiem już przed kilkunastu laty profesor położnictwa

w warszawskim uniwersytecie, Dr. Jastrebów, kazał zrobić przyrząd podobny i stale nim się posługiwał. Różnica cała polega w kształcie głowicy, która w perforatorze Jastrebowa jest płaska i łudząco przypomina grot dzidy (ząd jego nazwa „perforator dzidowaty“). Na wierzchołku grotu, prostopadle do jego płaszczyzny, znajduje się z obydwóch stron nasadka w kształcie piramidy. Niejaka różnica zachodzi też i w ręczce, która jest płaska, a ku rękojeści się rozszerza.

Perforatorem Jastrebowa posługuję się w mej praktyce od 10 lat i na podstawie własnego doświadczenia śmiało mogę polecić i przyrząd Dra Kadyja, bo niezawodnie musi posiadać te same zalety, co i perforator Jastrebowa, a mianowicie: nader prostą budowę, umożliwiającą łatwą i dokładną desinfeccję, oraz nadzwyczajną dogodność w zastosowaniu.

Fr. Grodecki.

#### IV. Oceny i sprawozdania.

C. k. Zakład higieny U. J.

*Sprawozdanie ze szczepień ochronnych przeciwko wodowstrętowi za rok 1899.*

Wśród dążeń do wygodniejszego urządzenia i znośniejszego uposażenia, zakład krakowski, aczkolwiek powoli, rozwija się jednak, stwierdzając potrzebę swego istnienia w Galicyi. Jak lata poprzednie, ubiegły (1899) rok wykazuje również ciągły wzrost liczby osób szczepionych, gdy bowiem w r. 1893 szczepiono tylko jedną osobę, w r. 1894—38, to w r. 1895 już 109, w r. 1896—146, w r. 1897—160, w r. 1898—278, a w r. 1899 liczba szczepionych wzrosła do 320.—Ogółem zatem, od początku istnienia zakładu do r. 1900 szczepiono 1047 osób. Z liczby tej zmarło na wodowstręt 10 osób, czyli 0.9%. Liczby te nie obejmują osób, które chociaż zgłosiły się do szczepienia, lecz przerwały je przedwcześnie, lub w ogóle szczepione nie były, bądź też dlatego, że szczepienie uznano za niepotrzebne, bądź też dlatego, że mu się poddać nie chciały. Z osób szczepionych w r. 1899, 303 pochodziły z Galicyi z W. Ks. Krakowskiem i to przeważnie z powiatów wschodnich (rusini), 15 z nadgranicznych powiatów Królestwa Polskiego (miechowski, olkuski, będziński), 1 z Bukowiny i 1 z Wołynia. —

Tym z nich, które posiadały potrzebne na utrzymanie środki, pozostawiano swobodę mieszkania w mieście; nie mając zaś na to odpowiednich środków, umieszczano w szpitalu Św. Łazarza, dzieci — w szpitalu Św. Ludwika. — Szczepienia wykonywano w Zakładzie Higieny. —

Osób przez psy pokasanych szczepiono 315, przez konie 3, przez kota 1 i wreszcie 1, pokasaną przez kobietę, dotkniętą wodowstrętem. —

Wykaz liczbowy tych 320 osób ze względu na rodzaj pokasania:

Pokasania:	A.	B.	C.	D.	Liczby ogólne
w twarz i głowę . . . . .	2	16	5	1	24
w kończyny górne . . . . .	35	116	60	1	212
w tułów i kończyny dolne . . . . .	20	33	31	—	84
w ciało nagie . . . . .	35	115	53	1	204
przez ubranie . . . . .	22	50	43	1	116
liczby ogólne . . . . .	57	165	96	2	320

Uwaga. Rubryka A. oznacza pokasania przez zwierzęta, których wściekliznę stwierdziły na królikach próbne szczepienia cząstki ich mózgu — pod oponę twardą, — lub też śmierć z wodowstrętu osób, przez nie pokasanych. — B. — przez zwierzęta, których wściekliznę wykazała sekcya weterynarska. C. — przez zwierzęta, podejrzane o wściekliznę. D. — przez zwierzęta podejrzane, ale, jak się to już po ukoń-

czeniu szczepienia pokazało, niewściekle. Stwierdzono to przez wynik próby na króliku w jednym przypadku, w drugim zaś przez otrzymanie pewnych wiadomości o dobrym stanie zdrowia zwierzęcia. Wiadomości tych było brak przy zgłoszeniu się, gdy tymczasem ciężkość pokasania, wobec nasuwającego się podejrzenia, nakazywała przedsięwziąć szczepienie. —

Z tych 320 szczepionych osób zmarły na wodowstręt 2, zatem odsetek śmiertelności w roku sprawozdawczym wynosił 0.6%. Dwa te przypadki opisane były już w *Przeglądzie lek.*, r. 1899, Nr. 42, str. 575. —

Metodą Pasteura posiłkowano się w sposób następujący:

Króliki, zakażane pod oponę twardą jadem stałym, padały przeważnie po 8, rzadziej po 7 i 9, wyjątkowo po 10 dniach. Wydobywane wtedy z nich rdzenie w sposób aseptyczny, zawieszano w kawałkach 6—12 ctm. długich, w kolbkach z szeroką szyjką Erlenmayera — 15 ctm. wysokich, ponad kawałkami suchego potasu żrącego, ważącymi 2—5 grm., na nitce, przyczepionej do poprzecznie z kolbką wyjałowionego korka watowego, zatykającego jej szyjkę. Następnie przechowywano je w zamkniętej szafce w piwnicy, zimną ogrzewanej tak, że ciepłota jej w przeciągu całego roku wahała się między 7, a 15° C. — W ten sposób suszone rdzenie stósowano w zawieszinie z 1—3 mm. rdzenia na 4—5 ctm<sup>3</sup>. wyjałowionego fizyologicznego rozczyynu soli kuchennej, po 2—4 ctm<sup>3</sup>. tej zawiesziny na dawkę; do tego używano wyjałowionej dwucentymetrowej strzykawki Strauss-Collina; wstrzykiwano pod odkazoną skórą brzucha, prawidłowo dwa razy dziennie w przeciągu dni 10, postępując przytem na kilka zawodów od rdzeni słabszych (bardziej wysuszonych) do silniejszych, zaczynając od 8-dniowego a kończąc na 2-dniowym. W przypadkach ciężkich (pokasania w twarz i głowę, liczne i znaczne okaleczenia w ciało nagie) przyspieszało się dojście do 2 dniowego rdzenia przez trzykrotne w pierwszych dniach szczepienia, a ponadto przedłużało się je następnie do 12, 13 i 14 dni. Oto są szematy stopniowania: prawidłowo w I. dniu rano szczepiono rdzeń 8 dniowy i popołudniu 6 dniowy, w II. dniu 6—5, w III. 5—4, w IV. 4—3, w V. 3—2, w VI. 6—4, w VII. 4—3, w VIII. 3—2, w IX. 4—3 i w X. 3—2. — W szóstym dniu rozpoczyna się zawód drugi — zawieszina tęższą od używanej w pierwszym zawodzie, w dziewiątym i dziesiątym dniu zawód trzeci — zawieszina jeszcze tęższą. W przypadkach ciężkich: dzień I. rano-8, popołudniu-6, wieczorem 5, dzień II. 5—4—3, III. 3—2, IV. 6—4, V. 4—3, VI. 3—2, VII. 4—3, VIII. 3—2, IX. 4—3, X. 3—2 XI. 3—2 i t. d. Rzadko wprawdzie, odstępowano jednak niekiedy od tych szematów, indywidualizując poszczególne przypadki. — Personal, zajęty przy robotach z wścieklizną, jest zapobiegawczo zaszczepiony. —

Próbnych szczepień królików pod oponę twardą cząstką mózgu zwierząt, podejrzanych o wściekliznę, wykonano w tym roku 21. W 19 przypadkach próba ta potwierdziła podejrzenie wścieklizny, w 2. zaś zaprzeczyła. — Nasuwa mi się tu jedna praktyczna wskazówka. Mianowicie głowy zwierząt podejrzanych, przysyłane do próby, ulegają często w drodze, zwłaszcza w porze letniej, rozkładowi i z tego powodu w zamierzonym celu użyte być nie mogą. Dlatego pożądaną byłoby rzeczą, ażeby zamiast głów przysyłano kawałki mózgu w czystym, poprzednio wygotowanym słoiczku z gliceryną. Sposobem tym bardzo dobrze przechowuje się zarazek wścieklizny i pozwala na wykonanie próby nawet po kilku tygodniach. —

Na zakończenie uważam za stosowne nadmienić, że osoby pokasane dość często zgłaszają się do szczepień bardzo późno, co niewątpliwie może spowodować ujemny ich wynik. Jedną ze znamiennych przyczyn tego opóźnienia jest nierozważne wyczekiwanie na wynik próby na króliku, mającej orzec, czy zwierzę rzeczywiście było dotknięte wścieklizną. Próba ta nie może dać wcześniej wyniku, jak po 14 dniach. Jeżeli zaś do tego najkrótszego doświadczalnego okresu dojdą czas, potrzebny na przesyłkę mózgu do próby i za-



wiadomienia o jej wyniku, to łatwo zrozumieć, że zamiast tego zawiadomienia doczekać się można wybuchu choroby, na który, jak wiadomo, środka jeszcze nie posiadamy. —

Dr. S. K. Miszewski.

## V. Wyciągi.

A. Celli. **Epidemiologia i zapobieganie zimnicy ze stanowiska najnowszych poglądów etyologicznych.** (*Berliner klinische Wochs.* 1900 Nr. 6 i 7.) Właściwą siedzibą pasorzytów zimnicy są pewne gatunki komarów i moskitów; człowiek jest tylko ogniwem pośrednim dla zwykłego koła rozwoju pasorzytów, jednakże równie niezbędnym, jak moskity, bo przeniesienia się zakażenia z moskitów na moskity, ani przetrwalników pasorzyta poza ustrojem ludzkim lub owadźm nie wykryto. Gdzie niema moskitów (*Anopheles claviger, bifurcatus, superpictus, pseudopictus*), ani ludzi, tam niema też zimnicy. Ziemia i woda grają w epidemiologii zimnicy rolę tylko pośrednią, to jest o tyle, o ile sprzyjają istnieniu moskitów. Najkorzystniejszą dla moskitów jest woda stojąca, bagnista, obfitująca w wodorosty, o mało zmiennej ciepocie. Larwy moskitów mogą żyć w takiej wodzie rok cały, jeżeli nie ma mrozów, którym się nie mogą oprzeć. Zgubnym dla larw jest gnicie, zawartość soli w wodzie, nawet żywszy ruch wody. Okres rozwojowy moskitów trwa od wiosny do jesieni; kłuc ludzi zaczynają młode moskity w końcu czerwca, przestają przed zimą. W roznoszeniu zimnicy ma znaczenie powietrze tylko w ten sposób, że w niem znajdują się moskity; stąd zakażenie najłatwiej następuje wieczorem i w nocy, w okolicach, znanych jako zimnicze, w czasie nie wietrznym, w wilgotnych lasach (stosownie do sposobu życia moskitów). Ani woda, ani pożywienie nie są przenośnikami zimnicy. Wrotami zakażenia u ludzi jest tylko skóra (ukłuc gatunku *Anopheles* prawie się nie czuje). Usposobienie do zimnicy dzieli C. na ustrojowe, osobnicze, miejscowe i socjalne. Zaziębienia, wiek młody (zwłaszcza dzieci), należą do pierwszej gromady; ustrojowej wrodzonej odporności nie ma wcale, lub chyba nader wyjątkowo; nabyta odporność zdarza się po przebyciu zimnicy; sztucznej odporności nie można wytworzyć surowicą, natomiast łatwo lekami: chininą i błękitem metylowym. W usposobieniu miejscowym ma znaczenie woda gruntowa (przez to niekiedy kopanie rowów), obecność wodorostów i roślin bagiennych, hodowla ryżu (nawadnianie!), zalesianie okolic zimniczych (nie ma właściwie roślin, szkodliwych rozwojowi zimnicy, a właściwie moskitów: nawet *Eucalyptus* nie ma tu znaczenia), stawy rybne, torfowiska, czasem budowa kolei (nasypy, przeszkadzające odpływowi wód gruntowych). Pora roku wpływa na zimnicę o tyle, o ile wpływa na rozwój moskitów (stąd pierwsze zakażenia w czerwcu i lipcu); wpływy meteorologiczne nie są dokładnie zbadane. Socjalne (zawodowe) usposobienie stanowi we Włoszech zawód rolniczy z powodu: złego pożywienia (głównie kukurudza, często zepsuta), złych mieszkań, (chałupy słomiane), odzieży (dzieci chodzą prawie nago), ciężkiej pracy.

Zapobieganie zimnicy wymaga przede wszystkim pewnego i prędkiego rozpoznania. Najlepsze jest w tym celu badanie krwi świeżej, gorsze badanie preparatów ustalonych, które należy barwić sposobem Romanowskiego. Chorych zimniczych należy odosabniać, najlepiej w stósownych zakładach. Odosabnianie chorych dopiero wtenczas przestanie być konieczne, gdy znajdzie się środek, chroniący od ukłuc moskitów, które z chorych roznosić mogą zakażenie na zdrowych. Do środków dezinfekcyjnych zalicza C. także podawanie chininy chorym dla odkażenia ich krwi, dalej niszczenie moskitów (zapomocą dymu, otrzymanego przez spalenie mieszaniny kwiatów złościa, korzenia kozłka i środka, zwanego larwicidem) oraz ich larw (zapomocą tychże kwiatów, larwicydu i naty, wylewanej na powierzchnię wód, zawierających larwy). Ze

środków zapobiegawczych wymienia C: spanie w domach (nie na otwartym polu), zabezpieczenie wieczorami twarzy (zasłona) i rąk (rękawiczki) od ukłuc moskitów, smarowanie ciała maścią lub mydłem terpentynowym, odpowiednie ubranie; dalej zażywanie błękitu metylowego; następnie asanizację ziemi (dreny i t. p. zniesienie pól ryżowych i lasów w okolicach zimniczych, osuszenie torfowisk, stosowne budowanie kolei żelaznych) wreszcie ogólne środki higieniczne.

Ciechanowski.

E. Wermann. **O wolu kiłowym.** (*Berl. klinisch. Wochenschrift* Nr. 6, 1900). Mężczyzna 24-letni uległ przed 6 laty zakażeniu kiłowemu. Leczenie przeciwikiłowe przeprowadzono dokładnie. W czasie, gdy chory z powodu występujących objawów trzeciorzędnych zażywał przetwory jodowe, wystąpiło znaczne, jednostajne, szybko wzrastające powiększenie gruczołu tarczycowego. Guz był miękim, niebolesnym; odosobnionych guzów twardych nie znaleziono. Objawów ucisku lub choroby Basedowa niema. W ciągu 11 dni obwód szyi wzrósł o 5 ctm. Zastosowane leczenie ręciami (weierania) odniosło pożądaną skutek, gdyż już po 6 weieraniach guz począł szybko się zmniejszać. Nastąpił jeszcze jeden nawrót, w którym leczenie ręciami podobnie pomyślny odniosło skutek. Zpełnego ustąpienia sprawy nie zdołano uzyskać. O ścisłym związku wola z kiłą wnioskuje W. przede wszystkim *ex juvantibus*. Autor wyklucza w tym przypadku obecność zmian trzeciorzędnych w gruczole tarczycowym, rozpoznając natomiast wół przyrody kiłowej, uważa hiperplazję tkanki gruczołowej za objaw kiły wczesnej. Praca zawiera przegląd piśmiennictwa, tyającego się spraw chorobowych gruczołu tarczycowego, pozostających z kiłą w związku.

Urbanik.

Wagner. **Zabójstwo, dokonane przez pijaka, zwyrodniałego etycznie. Rzeczko chorobowe upojenie alkoholem i oszołomienie senne. Skazanie.** (Orzeczenie Wydz. lek. wied.). (*Wiener klin. Wochs.* 1900. Nr. 6). 40 l. mężczyzna, syn pijaka, brat pijaka i obłąkanej, okazujący od dzieciństwa złe skłonności, pijak od 13 r. ż., bez wychowania i wykształcenia, porywczy, kilkakrotnie karany za ciężkie uszkodzenia cielesne, zabił nożem swego towarzysza, przeszkadzającego mu zasnąć po jakiejś pijackiej orgii. Wezwani znawcy orzekli, że zabójca jest ciężko dziedzicznie obciążonym, fizycznie i umysłowo wskutek nałogowego pijaństwa osłabionym osobnikiem o chorobliwej porywczoci i drażliwości i że w chwili czynu znajdował się w stanie niepoczytnym. Wydział lekarski wiedeński w orzeczeniu swoim zaznacza wprawdzie, że zabójca okazuje braki etyczne, może do pewnego stopnia wywołane przez wpływy dziedziczne i opilstwo, że w chwili czynu znajdował się pod działaniem alkoholu, jednakże nie uznaje go za niepoczytalnego. Wywiady i badanie przedmiotowe nie wykazują ani śladu choroby umysłowej; porywczoci oskarżonego nie pochodzi z przyczyn patologicznych, lecz z zaniedbanego wychowania i najgorszego otoczenia, w jakim żył całe lata; w chwili czynu nie był oskarżony nałogowym pijakiem, gdyż niedawno przedtem wyszedł z więzienia, gdzie pić nie mógł; nie był też aż do nieprzytomności pijany, gdyż znosił łatwo bardzo duże ilości alkoholu; nie był w chwili czynu dotknięty przelotnym obłędem, gdyż o czynie zachował dokładną pamięć i podaje dla swego czynu (uwzględnwszy wielką porywczoci) wystarczające motywy; nie znajdował się też w stanie sennego oszołomienia, bo jak stwierdzono, przed czynem nie spał. Sąd uznał oskarżonego winnym zabójstwa i skazał na 8-letnie ciężkie więzienie.

C.

Prof. Sonnenburg. **O leczeniu ograniczonych ropni jamy otrzewnej.** (*Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 5, 1900). Ogłoszone w ostatnich czasach zapatrywania Riedla na powyższą sprawę dały S. pochop do niniejszych wywodów. Uwzględniono w szczególności ograniczone ropnie otrzewny, pozostające w ścisłym związku ze stanami chorobowymi wzrostka robaczkowego. Riedel poleca w każdym tego rodzaju przypadku natychmiast przystępować do operacji; do ropnia

dostaje się przez wolną jamę otrzewnej, ranę w powłokach zamyka, pozostawiając jedynie otwór dla przeprowadzenia sączka. Przeciw tym zapatrywaniom występuje S. Wymaganiem natychmiastowej operacji w każdym przypadku nie jest słuszne już choćby tylko ze względu na często nasuwające się trudności przy odróżnianiu postaci ropnej od nieropnej zapalenia wyrostka robaczkowego. Autor przestrzega przed postępowaniem według Riedla, a szczególnie przed zaszywaniem rany w powłokach. Wielkiej doniosłości jest sprawa zachowania się otrzewnej, sąsiadującej z ropniem. Postępowanie według Riedla stwarza warunki do łatwego wytwarzania się stanów zapalnych otrzewnej, która wskutek drażnienia chemicznego, wywołanego przez działanie wytworów drobnoustrojowych, staje się dla zakażenia podatniejszą. Dostanie się nagłe znaczniejszej ilości drobnoustrojów wraz z ich wytworami do jamy otrzewnej może drogą wessania ostatnich stanowić przyczynę rychłego zejścia śmiertelnego wskutek zatrucia toksynami. Rozpoznanie kliniczne chemicznego zapalenia otrzewnej napotyka na znaczne trudności. Na podstawie swego doświadczenia autor orzeka, że żaden z używanych sposobów badania nie daje możliwości rozpoznania rodzaju i rozprzestrzenienia rozwijającej się sprawy zapalnej otrzewnej w otoczeniu ograniczonego ropnia. Otwarcie wolnej jamy otrzewnej mogłoby więc stać się dopuszczalnym dopiero z chwilą, gdy możemy sobie zdać sprawę z stanu otrzewnej, sąsiadującej z ropniem. Zaszywanie rany powłok jest niebezpieczne, należy raczej szeroko rozwarć ranę tamponować. Przypadki, w których jedynie przez wolną jamę otrzewnej do ropnia dotrzeć można, są stosunkowo rzadkie. Droga przez otrzewną winna być wyjątkiem, a nie prawidłem.

*Urbanik.*

**Dr. Kelly: Nowy sposób operowania przetok pęcherzowo-pochwowych.** (*Frauenarzt*, Nr. 1, 1900). Autor w przypadku przetoki pęcherzowo-pochwowej, gdzie warunki operacyjne od pochwy były bardzo złe z powodu znacznego zbliźniowacenia brzegów przetoki, postąpił w ten sposób, że otworzył jamę brzuszną; schwyciony pęcherz otworzył w dnie, od tego otworu poprowadził cięcie pęcherza ku dołowi ku przetoce, poczem z łatwością udało mu się oddzielić brzegi pęcherza od przetoki. Oddzielone brzegi zeszył katgutem, a jamę brzuszną zdrenował drogą pochwy. Przebieg pooperacyjny był prawidłowy, przetoka zagoiła się doraźnie.

*St. D.*

**Dr. A. G. Wollenmann. O leczeniu raka skóry.** (*Frauenarzt*, Nr. 1, 1900). Autor poleca w celu niszczenia raków skórnych kwas arsenowy, jako najlepszy środek żrący i swoście działający na raka skóry. Kwas arsenowy można stosować w postaci ciast (past) według Cosmego, Esmarcha i Bougarda, lub też w płynie według Czernego i Truneecka w formule:

*Acid. arsen. 1·00*  
*Spir. vini rect.*  
*Aqu. destil. aa 75·00*

Płynem tym należy pędzlować oczyszczony wrzód rakowy codziennie, aż wytworzy się brunatno-czarny strup, który oddziela się przez ropienie. Płyn powyższy można wzmacniać aż do stosunku arsenu do ogółu płynu 1 na 80. Jeżeliby nie odpadła cała tkanka rakowa, to należy leczenie powtórzyć. Trwanie tego leczenia wynosi 4 tygodnie do trzech miesięcy.

W miejscach, gdzie skóra graniczy z błonami śluzowymi, nie można używać wspomnianego płynu, można obumarć tkanek jednakże sprowadzić podskórnem wstrzykiwaniem według wzołu:

*Acidi arsen. 1·00*  
*Cocaini hydr. 5·00*  
*Aqu. dest. 500·00.*

Wstrzykiwania te po kilka ctm. sz. każdorazowo należy powtarzać co trzeci dzień.

*St. D.*

**Dr. Perondi. O ułożeniu według Melli-Walchera** (*Frauenarzt*, Nr. 1, 1900). Autor zwraca uwagę, że powyższy sposób ułożeniarodzącej był dawno znany, a dopiero zastosowanie jego uzasadnili naukowo Walcher i Melli. Z doświadczeń Küstera i Forthergolla wynika, że w ułożeniu tem w rzeczywistości wymiar prosty wchodu wzrasta o tyle, o ile zmniejsza się wymiar prosty wychodu. Wymiar ten może zwiększyć się o 25 ctm. Ułożenie takie rodzącej oddaje dobre usługi przy słabych bólach porodowych, nieprawidłowości części miękkich, nadmiernej wielkości płodu tak, że przez nie można częstokroć uniknąć zakładania kleszczy. Zakładanie kleszczy w tem ułożeniu również jest lepsze, gdyż mniej przy niem bywa obrażeń części miękkich.

Wielkie znaczenie ma to ułożenie przy prowadzeniu porodów przedwcześnie wznieconych i po rozcięciu spojenia łonowego (symphyseotomia).

*St. D.*

**Dr. T. Heryng. (Warszawa). O wartości leczniczej płókań gardzieli i krtani.** (*Czasopismo Lekarskie* Nr. 1, 1900). Po przedstawieniu techniki płókania jamy ustnej i gardzieli, opisuje H. sposób płókania krtani „Glouglourisme“ według opisu Guiniera. Chory, przyuczywszy się przy podniesionym języczku spłaszczać język i zatrzymywać jednocześnie oddech, bierze do ust małą łyżeczkę letniego płynu, który przy lekko pochylonej głowie spływa własnym ciężarem zwolna do głębszych części przewodu oddechowego. Jeżeli chory następnie przy lekko zamkniętych wargach silnie odchrząknie, głowę szybko ku przodowi przechyli i gardziel napręży, to część płynu przedostanie się przez nos. W ten sposób wykonuje się płókanie krtaniowo-nosowe, t. w. gargarisme laryngo-nasale, przy którym także takie części jamy nosowo-gardzielowej stykają się z lekiem, które przy zwyčajnem płókanu nosa nie są wcale zwilżane.

Działanie płókania gardła jest przedewszystkiem mechaniczne i polega na tem, że ucisk, wywartu na błonę śluzową przez kurczące się przy wielokrotnem usiłowaniu łykania mięśnie gardzielowe, wyciska śluz, nagromadzony w gruczołach wraz z przylegającą zaschłą wydzieliną. W ostrych sprawach zapalnych podniebienia miękiego, migdałków, tylnej ściany gardzieli wskazane są z początku płókania zimne, później chorzy lepiej znoszą płókanie ciepłe albo letnie. Do pierwszego lepiej używać wody ostudzonej lodem. Używania zaś kawałków lodu należy unikać, ponieważ mogą one zawierać drobnoustroje i szkodliwe działać na ustrój. Płókanie gardła powinno trwać 3--5 minut i wymaga 100--150 gramów płynu. Działa ono dalej hartująco na błonę śluzową, podobnie jak hidroterapia na skórę i zapobiegawczo w pewnych epidemiach domowych, n. p. płonicy, błonicy lub ostrego zapalenia migdałów.

Płókanie jest przeciwwskazane w znieczuleniu kokainowem w pobłoniczem porażeniu podniebienia miękiego, w porażeniu językowo-wargowo-gardzielowem, dalej w porażeniu n. wstecznego, w przedziurawieniu podniebienia twardego, w razie zrostów podniebienia miękiego z tylną ścianą gardła, w zapaleniu ochrzestnej chrząstki pierścieniowej, słowem w zaburzeniach ruchowych podniebienia miękiego oraz w niedomykalności głośni. Płókanie może być wielce utrudnione przez cierpienia kręgow szyjnych, wyrośle kostne na tylnej ścianie, nowotwory bocznej ściany gardła i wrzody gardzielowe. W takich przypadkach, jak również u osób zdrowych, nie znoszących płókania i doznających dławienia podczas płókania, należy go zastąpić rozpylaniem odpowiednich leków.

Leki, do płókania używane dzieli H. na: 1) odkażające, 2) przeciwkurezowe i narkotyczne, 3) ściągające, 4) rozrzedzające. Z przytoczonej tablicy Müllera wynika, że ze środków odkażających zasługują na pierwszeństwo, ze względu na czas i siłę działania, sublimat (1:2500), kwas salicylowy i kwas benzoosowy (po 1:200) i tymol (1:500); kwas zaś borowy w 2% roztoczeniu wymaga do wyjałowienia przeszło 15 minut, woda wapienna jest bezskuteczna, a chloran potasowy działa odkażająco bardzo słabo.

*Spira.*

Dr. de Francisco. **O zastosowaniu drutu złotego w doszczętnych operacjach przepuklin.** (*Centralblatt für Chirurgie* Nr. 7. 1900). Nierzadko spostrzegane zaburzenia w przebiegu gojenia się ran po doszczętnych operacjach przepuklin, mające swe źródło w zapuszczonych szwach jedwabnych, skłoniły F. do zastąpienia jedwabiu drutem złotym. Pomysł autora nie jest nowym. Zaznacza to również Richter, nadmieniając w przypisku redakcyjnym, że Banks już w r. 1884 polecał w podobnych przypadkach zapuszczanie szwów z drutu srebrnego. W obec tego, że używane dotychczas druty z innego metalu (srebrne, glinowo-brązowe i inne) w równej mierze posiadają te własności, które zdaniem F. czynią drut złoty do rzeczonych celów przydatnym, nie dość jasnym jest powód wyboru tego — od innych znacznie droższego materiału.

Urbanik.

Doc. Dr. Ivan Honl (Praga). **Leczenie wrzodów podudzia prątkami.** (*Wiener klinische Rundschau* Nr. 5, 1900). Dotychczasowe sposoby leczenia wrzodów podudzia okazują większe lub mniejsze braki — nawet stosowanie środków żrących okazało się niedostatecznym. I tak n. p. pod strupami, powstałymi na wrzodach po działaniu kwasu karbolowego, rozwijają się spokojnie prątki chorobotwórcze. W obec tego używał autor wyciągu *bacillus pyocyaneus*, i doszedł do zdumiewającego wprost wyniku: wszystkie wybrane cięższe przypadki (100) wrzodów podudzia, leczone tą metodą, pomysłnie się zakończyły — bez stosowania jakiegokolwiek innych leków. Nadto zrobił H. to spostrzeżenie, że pierwszocza otrzymana z *bacillus pyocyaneus* działa wprost zabójczo na wszelkie inne drobnoustroje chorobotwórcze, co także stwierdzili niemieccy autorowie (Emmerich, Löw). —

Dr. Henryk Pišek.

Dr. Ołtuszewski. **Niedorozwój psychiczny i jego stosunek do różnych zбочeń mowy.** (*Gazeta lek.* 1899). W pracy tej opisuje autor najprzód ogólny obraz choroby niedorozwoju psychicznego, a więc jego klasyfikację, (idiotyzm, zacofanie i t. d.), znamiona zwyrodnienia (anatomiczne, fizyologiczne, ewentualnie psychiczne i społeczne), objawy fizyologiczne ze strony systemu nerwowego (porażenia, niedowład, atetoz, płasawica i t. d.), oraz psychiczne. Następnie rozpatruje przyczyny niedorozwoju (zwyrodnienie dziedziczne samo przez się lub łącznie z przyczynami przypadkowymi, mogącymi działać na płód, w czasie porodu lub po porodzie) i towarzyszące mu zmiany anatomo-patologiczne. Szczegółowo omawia patogenezę nieprawidłowego rozwoju mowy, zależnego jedynie od upośledzonej inteligencji i właściwych zбочeń mowy, uwarunkowanych zmianami anatomicznymi w ośrodkach słownych (niemota ruchowa, głuchota wyrazowa, bełkotanie, mowa nosowa i jakanie). Zastanawia się dalej nad rozpoznawaniem niedorozwoju i towarzyszących mu zбочeń mowy, leczebnym stosunkiem, jaki zajmuje w etyologii zбочeń mowy, wykazującym pierwszorzędną rolę jego w tym względzie, rokowaniem, oraz leczeniem niedorozwoju łącznie z towarzyszącymi mu zбочeniami mowy. W zakończeniu załącza opis przypadków niedorozwoju z różnych kategorii zбочeń mowy i otrzymane dodatnie wyniki lecznicze.

Opierając się na niniejszej pracy, autor uzasadnia, że zбочenia mowy pozostają w ścisłym związku z niedorozwojem tak pod względem przyczyny, jako też metody leczniczej, że logopatolog winien być obeznany z jego patogenezą, a zakład dla zбочeń mowy jest tem samym najwłaściwszą instytucją dla dzieci z niedorozwojem psychicznym, tem bardziej, że najcięższe postacie zбочeń mowy zostają zazwyczaj tu kierowane.

W.

Dr. Ołtuszewski. **Siódmy przyczynek do nauki o zбочeniach mowy.** (*Medycyna*, 1899). Praca ta, oprócz rozumowanego sprawozdania z materiału klinicznego za rok 1898/99, podobnie jak uprzednie przyczynki, w których autor starał się zaznajomić czytelników z teoretycznymi wyjaśnieniami, dotyczącymi różnych działów zбочeń mowy, lub też poruszał pewne ogólne pytania, wiążące się z tą nauką, zawiera opis

stosunku niedorozwoju psychicznego do zбочeń mowy. Co się tyczy klinicznego materiału, to autor spostrzegał za rok ostatni w zakładzie swoim 196 przypadków zбочeń mowy (53 niemoty, 41 bełkotania łącznie z wadliwym wymawianiem, 4 mowy nosowej i 98 jakania). Znajdujemy tu szczegółowy opis ciekawszych przypadków, oraz otrzymane wyniki lecznicze.

W.

Prof. A. Gluziński. **O nadżerkach i owrzodzeniach powierzchownych żołądka i stosunku ich do wrzodu żołądka.** (*Pamiętnik wydany na jubileusz Prof. E. Korczyńskiego 1900*). Wielka różnica odsetkowa śmiertelności z wrzodu żołądka, zachodząca między obliczeniami chirurgów, (Mikulicz 25—30% Debove 50%) i internistów (Leube 2·20%), skłoniła autora do zbadania jej przyczyny. Opierając się na materiale sekcyjnym krakowskim (11,298 sekcji) i na własnym doświadczeniu klinicznym uznaje autor nadżerkę lub owrzodzenie powierzchowne za I. okres wrzodu żołądka. Pod względem objawów klinicznych nadżerki takie niczem się nie różnią od wrzodu żołądka, mogą być przyczyną śmierci chorego, a tylko w warunkach korzystnych mogą uleść wygojeniu. Źródło też pochodzi tak ogromna różnica w odsetkach śmiertelności między chirurgami a internistami. Los nadżerki zawisł zupełnie od trwałości i rozległości przyczyny, która ją wywołała, i od warunków chemicznych, wśród których ta nadżerka powstała. Najrzadziej spotykamy nadżerkę przy upośledzonym wydzielaniu HCl, najczęściej w sokotoku żołądkowym, lub nieżycie kwaśnym. To samo tyczy się i wrzodu żołądka, może on się rozwinąć z nadżerki, gdy wydzielanie HCl jest wzmożone. Od stanu tkanin zależy także stopień owrzodzenia, gdyż u ludzi starych częściej spotykamy głębsze owrzodzenia, niż u młodych, zresztą zdrowych ginących wskutek chorób zakaźnych. Autor dzieli rozwój wrzodu na 2 okresy: wczesny (nadżerka) i późniejszy (właściwy wrzód żołądka) i sądzi, iż Leube musiał na podstawie klinicznych objawów, które niczem nie różnią się od objawów wrzodu okrągłego żołądka, często zaliczać do statystyki wrzodu całe szeregi nadżerek, podczas gdy Mikulicz, na podstawie materiału sekcyjnego, uwzględniał wrzody w późniejszym okresie.

Dr. Latkowski.

Dr. Menge i Dr. Krönig. **Wybór pożywki do wykazania małych ilości paciorkowca.** (*Centbl. für Gyn.* N. 5, 1900). Autorowie występują stanowczo przeciwko zapatrywaniu, jakoby paciorkowce, pasorzytujące w pochwie przed porodem, mogły się stać powodem gorączki połogowej. Znachodzili oni w pochwie paciorkowce żyjące tylko w anaërobiozie, a tylko wyjątkowo i aëroby, które pod pewnymi względami różniły się od zwykłego paciorkowca ropotwórczego. Doświadczeniom autorów, dlaczego tak rzadko znajdowali paciorkowce aëroba, zarzucano, że nie używali pożywek płynnych. Dlatego to przedsięwzięli oni szereg doświadczeń, w których, w minimalnych ilościach, starali się hodować paciorkowce tak na pożywkach stałych jak i płynnych i przyszli do przekonania, że w hodowaniu tem nie ma zasadniczych różnic między pożywkami stałymi a płynnymi. W końcu wypowiedają zdanie, że jakkolwiek wszystkie drobnoustroje, żyjące w pochwie, mają dążność do rozwijania się we względnej anaërobiozie, to mimo to powinny paciorkowce z pochwy, jeżeliby nie były odrębnym rodzajem, rosnąć na wszystkich pożywkach w aërobiozie, jak to czynią paciorkowce,brane z jamy macicy przy gorączce połogowej, mimo to, że i one w rozwoju swym w macicy muszą się przystosować do względnej anaërobiozy.

St. D.

Prof. A. Dürrsen. **Przyczynek do techniki waporyzacji.** (*Ctbl. f. Gyn.* N. 5, 1900). Autor tłumaczy, dlaczego poleca sporządzać przy przyborach do waporyzacji grube przewody. Tem właśnie chce on zmusić każdego i w każdym przypadku do dokładnego zbadania jamy macicy palcem a to tym sposobem, że przed każdym zastosowaniem waporyzacji musi być rozszerzoną szyjka. Tem jedynie można uniknąć szablonowego użycia waporyzacji przy każdym krwa-

wieniu, bez względu na przyczyny jego powstania. Rozszerzenie szyjki daje możność zbadania wnętrza macicy palcem, usunięcia resztek po poronieniu lub polipków, i to bądź palcem, bądź też łyżeczką, a dopiero, gdy rozpoznanie jest jasne, można użyć waporyzacji nie dyskredytując tego sposobu leczenia. Dührssen uważa leczenie waporyzacyjną za bardzo dobre i stawia je wyżej od wyskrobania, które, zwłaszcza w krwawieniach przejściowych, nie prowadzi częstokroć do celu.

Dr. Czempin. **Przyczynę do sprawy uśpienia.** (*Ctbl. f. Gyn.* N. 5, 1900). Odnosnie do artykułu Koblauchy zwraca autor uwagę, że o ruchach atetotycznych, zdarzających się u uśpionych i to w głębokim uśpieniu, jako nie będących objawem nieświadomych ruchów obronnych uśpionego, wspomniał w swojej pierwotnej pracy. Ruchy te są objawem głębokiego uśpienia i nie wymagają dodawania środka usypiającego, ani też nie wskazują na przerwanie uśpienia.

Używania zabiegu Bergmanowskiego przy rozpoczynającej się zamartwicy (*asphyxia*) autor w przeciwieństwie do Koblauchy nie poleca, gdyż wystarcza otwarcie ust do doprowadzenia powietrza do tchawicy, a najwyżej podciągnięcie języka pętlą, a nawet samo uniesienie szczęki. W końcu zwraca autor uwagę na zaburzenia w oddechaniu, jakie często zauważył u kobiet przy rozpoczęciu usypiania. Polegają one na początkowo świadomym, potem już nieświadomym zatrzymywaniu oddechów przez ściąganie głośni, co może dać powód do porażenia następnego serca.

U osób słabych i starszych poleca Dührssen używać zamiast chloroformu mieszanki chloroformowej według Billrotha (wysokoku 1: eteru 1: chloroformu 3). *St. D.*

S. Belitz-Hermann. **Przyczynę do sprawy oderwania zupełnego pochwy podczas porodu.** (*Ctbl. f. Gyn.* N. 5, 1900). Autor występuje przeciw zdaniu Merkuloffa, jakoby w każdym przypadku zupełnego przedarcia pochwy należało się uciekać do laparotomii, a jako dowód przytacza spostrzegany przez siebie przypadek zupełnego przedarcia sklepienia podczas porodu, gdzie prawie cały płód z popłodem był w jamie brzusznej. W przypadku tym drogą pęknięcia wy dostał autor płód i popłód, a w leczeniu pęknięcia ograniczył się tylko do tamponady. Chora, dotknięta tem cierpieniem, wyzdrowiała. *St. D.*

Dr. N. Barelesen. **Nowe postępowanie nieoperacyjne przy operacji głębokich przetok pęcherzowo-maciczo-pochwowych.** (*Ctbl. f. G.* Nr. 6). Autor podaje trzy przypadki takich przetok, gdzie operował w następujący sposób. We wzierniku chwytą tylną wargę, w okolicy przetoki i to w dolnym jej odcinku robi nacięcie boczne, długa ich oddziela macicę od pęcherza, aż do wysokości fałdu otrzewnowego. Uwolnioną szyję, zaszywa szwami katgutowymi, niezachwytywanymi błony śluzowej. Następnie oddziela pęcherz od pochwy i zeszywa go dwoma piętami szwów, piętro wewnętrzne, to szew kapeiuszkowy, podśluzowy; zewnętrzne na bł. mięsna pęcherza, węzłkowy lub ciągły. W dalszym ciągu przecina autor otrzewną i przedni jej płat przyszywa do pochwy poniżej przetoki. W końcu zamyka szwami otwór w pochwie. *St. D.*

Dr. Ferdynand Schenk. **Świeże znaczne zropienie szyi i sklepię u ciężarnej. Poród drogą naturalną.** (*Ctbl. f. Gyn.* N. 6). Autor, po omówieniu etyologii zwiężeń, podaje przypadek świeżego zwiężenia, powstałego z powodu wiania płynu żrącego do pochwy u ciężarnej, w celu wywołania poronienia. Płyn żrący zniszczył całą część pochwową i sklepienie tak, że w trzy dni po przybyciu do kliniki odszedł strup, stanowiący niejako odlew części pochwowej i sklepię. Po upływie dalszych kilku dni stwierdzono przy badaniu wewnętrznym, brak zupełny części pochwowej, pozornie prawidłową niezwięzoną szyję, dokładnie wszędzie podatne blizny. U tej chorej, w dwa miesiące później, a w ogóle z końcem 7 m. ks. ciąży, wystąpiły bóle porodowe. Po nacięciu szyi w narkozie udało się ściągnąć nóżkę, powoli

w dalszym ciągu urodzić płód po główkę, wreszcie urodzono główkę po wymóżdżeniu. Z okazji tego przypadku autor omawia sposoby leczenia zwiężeń pochwy, nie podaje przytem jednakże żadnych oryginalnych uwag. *St. D.*

Doc. Dr. Hubert Peters. **Owaryotomie wykonane drogą odbytu.** (*Wien. klin. Woch.* N. 5). Autor opisuje przypadek torbieli jajnikowego u chorej, dotkniętej opadnięciem kiszki stolcowej. Dla usunięcia obu schorzeń operowano w ten sposób, że po zresekowaniu kiszki i tymczasowem zaopatrzeniu jej odcinka górnego, wydobyto drogą jamy Douglasa torbiel, poczem wszyto odcinek górny kiszki do rzyci.

Przebieg pooperacyjny zupełnie prawidłowy.

*St. D.*

## VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

### Sekeya lwowska Towarz. lekarskiego galicyjskiego.

Posiedzenie naukowe z d. 9 marca 1900.

Obecnych członków 27. Przewodniczący kol. Sielski. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

I. Kol. Rydygier przedstawia preparat anatomiczny, uzyskany drogą operacyjną u 55-letniej kobiety, operowanej w skutek podejrzenia o nowotwór złośliwy, wychodzący z kątnicy, a przedstawiający się w postaci dużego zbitego guza. Po operacji dopiero przekonano się, że guz złożony jest ze zrostów i z tkanki zbitej, nowowytworzonej wskutek przewlekłego zapalenia okołokątniczego. Wyrostek sam otoczony zrostami wpukła się w kształcie stożka przez ścianę do jelita biodrowego; na szczycie tego stożka znajduje się owrzodzenie, komunikujące ze światłem wyrostka.

II. Kol. Herman przedstawia mężczyznę 24-letniego z rozstrzenią oskrzelową w lewym dolnym płacie. Cierpienie datuje się od dwóch lat; z powodu cuchnącej plwociny chory poddał się operacji. Po wykonaniu resekcji IX. żebra obok kręgosłupa nacięto płuco; po operacji nastąpiła wybitna poprawa, chory prawie nie kaszle, a plwocina, wydzielająca się jeszcze obficie przez przetokę, nie cuchnie. W przetokę chory ma włożony dren ołowiany — a odpowiednie próby przekonały, że na razie nie należy usiłować zamknięcia przetoki.

III. Kol. Ruff przedstawia chorą, która przed rokiem była operowana z powodu otoku piersiowego w jednym ze szpitali, a potem leczona w domu; zgłosiła się do kliniki chirurgicznej z przetoką, wydzielającą znaczną ilość ropy. Chora wykrztuszała wiele ropy, z krwią zmieszanej. Ruff wykonał rozcięcie przetoki i resekcję trzech żeber, z których jedno było nowowytworzone i to w ten sposób, że na około drenu wytworzyły się listewki kostne i żebro wyglądało, jakby przedziurawione. Gdy Ruff wszedł palcem do jamy opłucnowej, znalazł na jej dnie wolno leżący dren gumowy z przywiązaną u jednego końca nitką jedwabną, częściowo oskorupiały (inkrustowany) solami wapniowymi. Po wycięciu zgrubiałej opłucnej ściennej zaopatrzone ranę. Chora obecnie jest na wyleczeniu. Krwioplucie ustało zupełnie. Ruff zwraca uwagę, że widocznie przymocowanie drenu było niewystarczające i że powinno się zawsze używać agrafki do przytrzymania drenu. Przypadek ten dowodzi też, że u osób młodych nie należy się obawiać osłabienia lub zniekształnienia klatki piersiowej po resekcji żeber, gdyż żebra bardzo szybko, może za szybko, się odradzają.

W dalszym ciągu przedstawia kol. Ruff chorą z promieniłą twarzą i szyi (*aktynomycosis faciei et colli*) leczoną wstrzykiwaniami jodku potasu. Wstrzykuje się 2—3 gramy 10%, roztworu co 6 do 8 dni wgląd nacieku. Przebieg leczenia bardzo pomyślny.

V. Ko. Zalewski przedstawia chorego, liczącego lat 25, który przedtem był zawsze zdrowy, a zachorował mniej więcej przed rokiem; do chrypki i bólu gardła dołączyła się duszność. Po dwóch miesiącach ból i duszność ustąpiły, chrypka pozostała dotychczas. Po kilku miesiącach względnego zdrowia chory zauważył pewne utrudnienie w oddychaniu, które stawało się coraz znaczniejszym.

Badanie krtani wykazuje pod strunami głosowemi błonę, zajmującą przednią część krtani, a mającą kształt trójkąta i rozciągającą się do  $\frac{3}{4}$  długości więzadeł. Tylny brzeg tej błony jest półksiężycowato wygięty. Powodem cierpienia musi być jakaś przebyta sprawa zapalna, — jaka? trudno powiedzieć, gdyż chory nie przebywał chorób zakaźnych ostrych, do których zaś nie przynajnie się.

Co do leczenia, to najodpowiedniejszym jest usunięcie błony przez wycięcie; kol. Zalewski użyje podwójnej skrobaczki Störka.

VI. Kol. Uhma mówił: »O stosowaniu czerwieni obojętnej (*neutralroth*) w przebiegu rzeżączki«. Na podstawie doświadczeń tych doszedł kol. Uhma do wyników ujemnych. (Praca ogłoszoną będzie drukiem).

Dr. J. Krzyszkowski, sekretarz.

## VII.

### † Profesor Jan Hofmokl.

Dnia 25 b. m. zakończył życie w Wiedniu głośny chirurg i płodny pisarz, prof. Jan Hofmokl. Zmarły przyszedł na świat r. 1840 w Brzeżanach, szkoły średnie odbył w rodzinnym mieście i we Lwowie, a dyplom lekarski otrzymał w Wiedniu r. 1865. Dwa następne lata był sekundaryuszem w oddziale chirurgicznym szpitala powszechnego w Wiedniu i jednocześnie ćwiczył się w chirurgii operacyjnej pod kierunkiem prof. Dumreichera. W r. 1867 został asystentem przy katedrze chirurgii w ówczesnej Szkole lwowskiej, po roku znowu przeniósł się do Wiednia i do r. 1872 pełnił obowiązki asystenta prof. Dumreichera. W r. 1871 mianowany został docentem chirurgii w Wszechnicy wiedeńskiej; w r. 1875 objął oddział chirurgiczny w Szpitalu dziecięcym na przedmieściu Leopoldstadt w Wiedniu, równocześnie (1876—1881) prowadził oddział chirurgiczny w Poliklinice wiedeńskiej. Od m. marca 1881 r. objął obowiązki prymariusza w Szpitalu powszechnym Rudolfa. W r. 1885 mianowany został prof. chirurgii w Wiedniu i na tem zaszczytnym stanowisku pracował z wielkim powodzeniem do roku zeszłego, w którym, dla słabnącego zdrowia, podał się na emeryturę.

Sp. prof. Hofmokl pisał wiele. Po polsku ogłosił trzy prace: 1) Przyczynek do rzeczy o kamieniu moczowym (*Przeгляд Lekar.*, 1867); 2) Przyczynek do opisu przebiegu nieprawidłowego naczyń krwionośnych przy rozcięciu krtani lub tchawicy, z dodatkiem odmiany rurki tchawiczej (*Przeгляд Lekar.* 1872); 3) Przyczynek do operacji wargi zajęczej podwójnej (*Przeгляд Lekar.* 1872). Po niemiecku wydał rozpraw 37.

Zasłużonemu badaczowi, cenionemu nauczycielowi, człowiekowi wielkiej pracy i czystego sumienia niech towarzyszy do grobu wdzięczna i wieczna pamięć.

### VIII. Uwagi nad ministeryalną reformą studiów i egzaminów lekarskich.

Dnia 21 grudnia 1899 r. p. minister wyznań i oświaty wydał nowe rozporządzenie, uzupełnione dodatkową instrukcją, które znosi podobne rozporządzenie z dnia 15 kwietnia 1872 r. i wprowadza z początkiem przyszłego roku szkolnego nowy porządek w studiach i egzaminach ścisłych na wydziałach lekarskich w Austrii. Rozporządzenie to do pewnego stopnia było niespodzianką. Wprowadzie już oddawna powszechnie uznawaną ustawę z roku 1872 za nieodpowiednią i przestarzałą, nawet samo ministerstwo było zniewolone przed kilku laty poruszyć sprawę reformy studiów lekarskich i powołało do zastanowienia się nad tą sprawą rozmaite koła, mianowicie Wydziały i Izby lekarskie, a także wyższe urzędy lekarskie — wreszcie odbyła się nad tą sprawą ankietą w ministerstwie, w której, oprócz delegatów Wydziałów lekarskich, wzięło udział jeszcze dość obszerne

grono lekarzy. Zdania i opinie tak pojedynczych osób, jakoteż całych korporacyj, były tak różnorodne i tak niezgodne ze sobą, że nieulegało wątpliwości, iż o jakimkolwiek załatwieniu, któreby choć w części zadowolniło wszystkich, mowy być nie mogło. I dla tego należy się wdzięczność panu ministrowi, że pomimo tych sprzeczności w opiniach, zdecydował się na wydanie nowych przepisów, dotyczących studiów i egzaminów lekarskich ścisłych. Akt ten wypadła uważać, jako pierwszy krok na drodze reform, którym w miarę potrzeb, wskazanych rozwojem nauki, musi ulegać studium medycyny.

Nie potrzebuję chyba w tem miejscu wskazywać, jaki kolosalny przewrót dokonał się w medycynie w ostatniej połowie kończącego się stulecia, jak z jednej strony znacznie rozszerzyły się i pogłębiły uprawiane już przedtem dziedziny nauk lekarskich i ile z drugiej strony powstało nowych nauk, opartych również na zupełnie nowych metodach badania; wystarczy jeżeli wskażę tylko na obecny stan histologii, patologii doświadczalnej, anat. patol., higieny, bakterjologii, psychiatrii i in. Było rzeczą jasną i dla każdego zrozumiałą, że ten wzrost materiału naukowego wymaga pod względem ilości i jakości pewnych zmian tak w samych studiach, jak i w egzaminach. Ustawa z roku 1872 uwzględniła już w części ówczesne potrzeby nauki lekarskiej, lecz nie w tym stopniu, w jakim nawet już ówczesny stan nauki wymagał; tem bardziej ustawa ta nie odpowiadała stanowi nauki po 25 latach nieprzerwanej a usilnej pracy w rozmaitych kierunkach.

Główne zarzuty, które czyniono dotychczasowemu wykształceniu lekarskiemu, dają się zredukować do następujących trzech punktów: 1) ucząca się młodzież lekarska niepotrzebnie traci czas na uczeniu się przedmiotów, które nie mają żadnego znaczenia dla medycyny (botanika, zoologia, mineralogia), 2) zamało ma wiadomości z zakresu ważnych nauk pomocniczych, (tu głównie chodziło o chemię) i 3) młodzi lekarze zamało wynoszą wiadomości praktycznych z przedmiotów klinicznych, w szczególności takich, które wprawdzie bywały wykładane, lecz słuchacze nie mieli obowiązku uczęszczania na nie i nie składali egzaminów. Nowa ustawa rzeczywiście najzupełniej liczy się z tymi zarzutami i nawet w całości sprawia wrażenie, jakoby tylko te zarzuty miała na względzie.

I tak, przedewszystkiem nowa ustawa usuwa zupełnie ze studiów lekarskich owe trzy przedmioty przyrodnicze, z których wymagane były t. zw. egzamina wstępne, natomiast wprowadza nowy przedmiot „biologię ogólną“, którą, według projektu ministerstwa, w zakresie pięciu godzin tygodniowo w jednym półroczu mają wyklądać naprzemiennie botanik lub zoolog, jednakże w obu razach tylko ze stanowiska biologii ogólnej. Przez wykluczenie przedmiotów przyrodniczych z liczby obowiązkowych uczniowie pierwszego roku rzeczywiście zyskują bardzo dużo na czasie. Najbardziej bowiem ujemną stroną dawnej ustawy było nie to, że uczniowie mogli słuchać wykładów z tych przedmiotów, lecz to, że byli zmuszeni, zanim przystąpią do I egzaminu ścisłego, a więc z końcem pierwszego lub w ciągu drugiego roku, składać z nich egzamin. Przygotowywania się do egzaminów były tu czynnikiem najbardziej szkodliwym, ponieważ przerywały prawidłowy bieg studiów. Uczeń, przygotowujący się do egzaminów z botaniki, zoologii lub mineralogii, z reguły nie uczęszczał na wykłady, a tem bardziej na ćwiczenia praktyczne. I tu głównie leżała przyczyna zaniedbania pracowni chemicznej. Jest również dodatnią stroną obecnej ustawy, że biologię ogólną wliczono na równi z innymi przedmiotami w szereg przedmiotów objętych pierwszym egzaminem ścisłym. Okoliczność ta nadaje pewnej powagi i znaczenia nowemu przedmiotowi, który, przy odpowiednim traktowaniu ze strony profesora, niewątpliwie będzie mógł zastąpić w zupełności te ogólne wiadomości przyrodnicze, których miały dostarczyć botanika i zoologia.

Niemniej ważne znaczenie ma ten punkt ustawy, który

rozszerza zakres ćwiczeń praktycznych z chemii i fizyki na pierwszym roku, z fizjologii i histologii na drugim. Wprawdzie ćwiczenia te i nadal nie są obowiązkowe, gwoździ zasady wolności uczenia się i nauczania, ale ze względu, że dla uzyskania potwierdzenia frekwencji uczeń musi — według nowej ustawy — mieć potwierdzone 20 godzin tygodniowo, oraz że przedmioty owe mają być w egzaminie pytane praktycznie i teoretycznie, można być pewnym, że pomimo nieobowiązkowości, uczniowie na ćwiczenia te będą się zapisywali.

Wszystkie zmiany, dotyczące pierwszego przygotowawczego okresu studyów, stanowią bezwątpienia dodatnią stronę nowej ustawy. Zasadnicze jednak zmiany wprowadza nowa ustawa w drugim okresie, to jest we właściwym studium medycznym. Oprócz rozszerzenia ćwiczeń w anatomii patologicznej przybywa w tym okresie cały szereg nowych przedmiotów, z których uczniowie obowiązani są składać egzamin, a mianowicie: higiena, psychiatria, choroby dzieci, dermatologia i osobne kursa, uczęszczanie na które musi być poświadczane: laryngologia, otyatria, dentystyka i szczepienie ospy. W zasadzie jest i tu zachowana wolność uczenia się, jednakże przepisy o egzaminach ścisłych są tego rodzaju, że faktycznie uczniowie koniecznością będą zmuszeni do przestrzegania pewnego porządku, albowiem tylko przestrzegając ściśle ułożonego przez każdy Wydział porządku studyów, będą mogli wysłuchać to wszystko w przepisany czas, co do uzyskania absolutorium jest wymagane.

Ponieważ na studia lekarskie całkowita ustawa przyjmuje w zasadzie tylko 3 lata czasu (6 półroczy), więc ażeby dać możność wysłuchania wszystkich wyżej wymienionych przedmiotów lekarskich, nowa ustawa zmniejsza liczbę obowiązkowych półroczy na klinice lekarskiej i chirurgicznej z czterech na trzy, i tylko o jedno półrocze zwiększa klinikę położniczą. To ustanowienie porządku, w jakim słuchacze mają uczęszczać na przedmioty lekarskie, które ustawa zaleca, a które wobec zwiększenia liczby przedmiotów obowiązkowych najprawdopodobniej będzie przez uczniów przestrzegane, należy także zaliczyć do dodatnich stron nowej ustawy.

Najbardziej zasadniczą zmianę wprowadza nowa ustawa do egzaminów ścisłych, a to głównie przez oznaczenie terminu egzaminów.

Pierwszy egzamin ścisły, mający obejmować ogólną biologię, chemię, fizykę, fizjologię, anatomię i histologię, z których fizyka i biologia mają być pytane tylko teoretycznie, wszystkie zaś inne przedmioty teoretycznie i praktycznie, może się odbyć najwcześniej po ukończeniu czterech półroczy, drugiej granicy ustawa nie oznacza; termin zaś drugiego egzaminu ścisłego czyni zależnym od pierwszego, określając, że do drugiego egzaminu ścisłego może kandydat przystąpić nie wcześniej, jak po upływie 6 półroczy od pierwszego egzaminu ścisłego.

Na mocy tego przepisu zostaje wprowadzony podział tudyum na dwa okresy: pierwszy przygotowawczy, drugi właściwy lekarski. Jakkolwiek bowiem ani ustawa, ani instrukcja wyraźnie nigdzie nie zabrania, ażeby uczeń przed złożeniem 1szego egzaminu został wpisany na przedmioty lekarskie, to w każdym razie to uczęszczanie na wykłady na mocy ustawy nie może być zaliczone do pięciolecia.

Wszelako wypada zaznaczyć, że w tym względzie i rozporządzenie i instrukcja są dziwnie niejasne i że dotychczas nie można sobie zdać sprawy, jakie są intencje ministerstwa. Z niektórych ustępów należałoby wnosić, że złożenie 1szego egzaminu ścisłego jest warunkiem, od którego zależy wpis na półrocze Vte; tak n. p. na 1-szej stronie instrukcji czytamy: „dem Candidaten aber, der sich zu schwach fühlt, den Stoff des I Rigorosums in dieser Zeit zu bewältigen, oder der vollkommen sicher gehen will, eine ausgezeichnete Prüfung abzulegen, steht es frei, den ersten Studienabschnitt beliebig zu verlängern,“ z czego wypadałoby wnosić, że kandydat, w razie niezłożenia egzaminu

pierwszego, zmuszony będzie po raz wtóry zapisać się na przedmioty pierwszych dwu lat. Zresztą wobec różnicy zapatrywań w tym względzie ministerstwo najprawdopodobniej będzie musiało podać osobne wyjaśnienie.

Drugi egzamin ścisły, jak już zauważyłem wyżej, może kandydat złożyć najwcześniej po upływie 6 półroczy od egzaminu pierwszego; górnej granicy ustawa nie oznacza; atoli, jeżeli od pierwszego egzaminu ścisłego upłynie pięć lat, to w takim razie kandydat przed przystąpieniem do drugiego egzaminu musi powtórnie złożyć pierwszy. Trzeci egzamin ścisły ma natomiast górną granicę, a mianowicie: między pierwszym egzaminem z przedmiotów, należących do ścisłego egzaminu — trzeciego a ostatnim egzaminem — drugiego, nie może upłynąć więcej, niż 6 tygodni, w przeciwnym razie kandydat musi powtórzyć cały egzamin drugi. Nadto ustawa oznacza także okres trzytygodniowy, w ciągu którego muszą być zdane egzamina ze wszystkich przedmiotów każdego egzaminu ścisłego.

Egzamin drugi ścisły obejmuje: 1) anatomię lub fizjologię alternando (po raz wtóry); 2) anatomię patologiczną wraz z histologią (praktycznie i teoretycznie); 3) patologię ogólną i doświadczalną, farmakologię i higienę.

Egzamin trzeci: 1) medycynę wewnętrzną, 2) chirurgię, 3) położnictwo, 4) okulistykę, 5) przedmioty kliniczne; psychiatrię, choroby dzieci, dermatologię i choroby weneryczne, z których to egzaminów dziekan ma wystawić jedno zdanie, i 6) medycynę sądową.

Z chirurgii i medycyny wewnętrznej osobno ma się odbywać egzamin teoretyczny i osobno praktyczny; z innych, prócz medycyny sądowej, równocześnie praktyczny i teoretyczny; z medycyny sądowej, tylko teoretyczny. Skutkiem powyższych ograniczeń kandydat będzie zmuszony złożyć egzamin ze wszystkich przedmiotów lekarskich w ciągu najwyższej 12 tygodni.

W instrukcji dodanej do rozporządzenia ministeryalnego znajdujemy wyjaśnienie celu takiego skupienia wszystkich egzaminów w tak krótkim czasie. Egzamina ścisłe, według brzmienia instrukcji, mają być niejako rodzajem matury lekarskiej. Przyszły lekarz ma wykazać w egzaminach tych nie tyle znajomość szczegółów, które pamięcią może zdobyć, ile „das dauernd erworbene Wissen“ a więc niejako głównych podstaw każdej z nauk lekarskich, któreby mu pozwoliły w przyszłości budować dalej gmach wiedzy lekarskiej specjalnej, rozumieć i śledzić za jej postępem. Ażeby jednakże poznanie zasad było gruntowne, ażeby pomimo tych z konieczności względnie powierzchownych egzaminów młody lekarz miał dostateczne przygotowanie do praktycznej działalności, instrukcja zaleca jak najobszerniejsze zastosowanie nauczania praktycznego.

W ten sposób ustawa daje niejako odpowiedź i na trzeci zarzut, dotyczący dawnej ustawy, przytoczony na wstępie. Atoli nowa ustawa, pozostając na gruncie tej tak liberalnej zasady wolności nauczania i uczenia się, jak widzieliśmy w sposobie egzaminów ścisłych II i III, wprowadza takie ograniczenia i utrudnienia, które w żadnym innym zawodzie nie istnieją; okoliczność ta jest stanowczo ujemną stroną ustawy, która niweczy wszystkie jej strony dodatnie. To też prof. Albert w swoim artykule o nowej ustawie wcale niedwuznacznie wyraża wątpliwość, czy w rzeczywistości umysł któregośkolwiek z kandydatów podoła opanować trzynaście obszernych przedmiotów, które są objęte drugim i trzecim egzaminem ścisłym. Prof. Exner już dawniej wypowiedział ubolewanie, że gdy w ciągu ostatnich 50 lat tak znacznie rozrosły się przedmioty lekarskie, zdolność do przyswajania wiadomości w mózgu kandydatów prawie się nie zmieniła.

Bezwątpienia można przyznać słusność z teoretycznego stanowiska zasadzie, wypowiedzianej w instrukcji ministeryalnej, lecz teoretyczne wypowiedzenie zasady, a zastosowanie praktyczne, wprowadzenie jej w życie, są dwie gruntownie różne rzeczy.

Egzamina ściśle lekarskie pomimo brzmienia instrukcyi najprawdopodobniej nie ulegną zasadniczej zmianie. Tu trzeba wziąć na uwagę dwie okoliczności: 1) fakt, że każdy profesor, specjalista jednego przedmiotu, posiada nieporównanie większą wiedzę, aniżeli kandydat zdobyć może i że każdy ze specjalistów, uprzytamniając sobie, jakie skutki pociągnąć może zaniedbanie najmniejszego szczegółu bądź w rozpoznaniu, bądź w leczeniu, prawie bezwiednie będzie wymagał tych szczegółów, tembardziej, że i w wykładach, uważając swój przedmiot za najważniejszy w wykształceniu lekarskiem, z tych samych powodów szczegóły te także najbardziej będzie uwzględniał. Z drugiej strony grono egzaminatorów, jako całość, będzie przecież zdawało sobie sprawę z tego, że uczeń, po otrzymaniu dyplomu, odrazu uzyskuje prawo do praktyki i dla tego będzie musiało dążyć do tego, ażeby się przekonać, czy rzeczywiście kandydat w tej praktyce, która przecież tylko szczegóły będzie przedstawiała, nie popełni kolosalnych błędów. Zasady, zawarte w instrukcyi, być może, mogłyby znaleźć zastosowanie na innych Wydziałach, nawet na Wydziale prawniczym, gdzie zawód przyszły pozwala, albo wymaga kolegiального załatwiania spraw i gdzie sprawy same z natury rzeczy nie zawsze mają doniosłe znaczenie dla życia człowieka; ale w medycynie, gdzie na opiece młodego lekarza odrazu może się znaleźć ciężki przypadek, który może wymagać możliwie dokładnego zorientowania się w szczegółach, od którego może zależeć życie pacyenta, zastosowanie tych zasad wydaje mi się niemożliwym.

I dla tego sądzę, że nowa ustawa, tak jak jest, jeżeli w sposobie nauczania nie zostaną wprowadzone pewne zmiany, będzie miała przedewszystkiem ten skutek, że frekwencya na Wydziałach lekarskich zmniejszy się jeszcze bardziej.

Podstawy do tego przypuszczenia są następujące:

Jakkolwiek ustawa przyjmuje w zasadzie, jako normę studium pięcioletnie, kandydaci sami zmuszeni będą czas studium przedłużyć do 6-7, albo i więcej lat. I tak pewna część słuchaczy, którzy nie zdążą złożyć pierwszego egzaminu ściśłego zaraz na początku piątego półrocza, będzie musiała tracić cały rok na powtórzenie przedmiotów objętych pierwszym egzaminem. Gdyby bowiem nawet składali ten egzamin w zimowym lub z końcem zimowego półrocza, letnie półrocze byłoby dla nich w istocie stracone, a to z przyczyny, że wszystkie przedmioty, wykładane w piątym półroczu, mają okres roczny i rozpoczynają się w półroczu zimowym; tacy więc kandydaci, którzy rozpoczynaliby piąte półrocze od letniego, mieliby dalszy ciąg tylko ogólnej patologii, anatomii patologicznej, farmakologii, i t. d., co byłoby najzupełniej sprzeczne z najprostszymi zasadami nauczania i wprowadzałoby w ustanowiony przez Wydział porządek studjów większy chaos, niż to było dotychczas.

Temu samemu losowi ulegną wszyscy ci, którzy choćby z jednego przedmiotu padli podczas pierwszego egzaminu ściśłego. Dla tych wszystkich więc pierwszy okres studjów lekarskich, zamiast lat dwóch, będzie trwał trzy, chyba że niektórzy z kandydatów to letnie półrocze zużyją do odbycia służby wojskowej, w takim razie jeszcze strata byłaby najmniejsza.

Ustawa, co do rygorozum II-go, oznaczając jako niższą granicę 6 całych półroczy studjów od egzaminu pierwszego, właściwie podaje także i wyższą granicę, a to w ten sposób, że zastrzega, iż w razie, gdyby kandydat nie przystąpił do egzaminu ściśłego II-go w ciągu 5-ciu lat od pierwszego egzaminu, w takim razie będzie zmuszony powtarzać cały egzamin pierwszy. Skutkiem tego ograniczenia kandydaci będą przystępowali oczywiście do egzaminu II-go w ciągu 2 lat po skończeniu studjów. Dla mniej więc gorliwych lub mniej zdolnych, studjum lekarskie w ten sposób może się przedłużyć do lat 8. Lecz i najbardziej pracowici i zdolni bezwątpienia nie będą w stanie przystąpić do II-go egzaminu zaraz po upływie 6-ciu półroczy od I-go egzaminu. Tu z pewnością można przewidzieć, że kandydaci skorzystają z jednego ustępu ustawy, który opiewa, że 6 cjo-tygodniowy termin

między egzaminem II-gim, a III-cim nie ma obejmować przypadających w tym czasie wakacji. Według wszelkiego więc prawdopodobieństwa najlepsi z kandydatów przystąpią do egzaminu II-go dopiero z końcem zimowego t. j. 11. półrocza, ażeby mieć prawo składać 3-ci egzamin w letnim, t. j. w 12-em półroczu i w ten sposób skorzystać z wiosennych wakacji i o kilka tygodni przedłużyć odstęp pomiędzy II-gim, a III-cim egzaminem ściśłym, — przeważna zaś część przystąpi do II-go egzaminu dopiero z końcem 12-go półrocza, ażeby w tym samym celu skorzystać z dużych wakacji. Jakkolwiek więc ustawa utrzymała okres studjów 5-cio-letni, to jednak napewno można twierdzić, że okres ten trwać będzie co najmniej 6 lat, a dla mniej zdolnych uczniów 7 i więcej, tem bardziej, że stosunkowo nie wielka tylko liczba uczniów potrafi przepłynąć tę egzaminową Seyllę i Charybde, nie potknąwszy się o jakiś przedmiot, który to wypadek może znacznie przedłużyć okres egzaminacyjny.

Ze wszystkiego, co przytoczyłem wyżej, bez wątpienia każdy musi przyjść do wniosku, że studia lekarskie na podstawie nowej ustawy wypada zaliczyć do najtrudniejszych ze wszystkich zawodowych.

(Dok. nast.)

Prof. N. Cybulski.

## IX. Wiadomości zawodowe i ogólnolekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

### IX Zjazd lekarzy i przyrodników polskich.

Ze względu na higieniczno-społeczną doniosłość sprawy wychowania fizycznego młodzieży, uchwalił Komitet dla sprawy tej utworzyć odrębną (XXIV) sekcję naukową. Gospodarzem tej sekcji jest Prof. Dr. H. Jordan (Kraków, Wiślna 5), sekretarzem Dr. Eugeniusz Piasecki, nauczyciel gimn. (w IV gimn. w Lwowie), do którego wszelkie sekcji tej dotyczące zgłoszenia i pisma przysyłać należy.

W dalszym ciągu zgłoszono:

W sekcji XIV B. (laryngologia i otyatria): Drugi ogólny temat obrad: 2) „O leczeniu gruźlicy krtani“, sprawozdawcy: Dr. Jan Sędziak (Warszawa) (część ogólna i farmaceutyczna), Dr. Lubliner (Warszawa) (leczenie chirurgiczne wewnątrz-krtaniowe); prof. Dr. Pieniążek (Kraków) (zewnątrzne leczenie chirurgiczne).

Wykłady: 1) Dr. J. Sędziak (Warszawa) „O pierwotnym stwardnieniu syfilitycznym w jamie ustnej, gardzieli, nosie i uszach“.

2) Dr. J. Sędziak: „Znaczenie laryngologii, ryngologii i otologii dla ogólnej medycyny“.

W Sekcji XVIII (okulistycznej): Temat „Jaskra pod względem patogenety i terapii“ został usunięty z porządku dziennego.

Zgłoszono wykłady: 3) Dr. K. W. Majewski (Kraków) „O wartości mięszkowych zastrzykiwań *hydrargyri bijodati* w cierpieniach ocznych na tle kiły“.

4) Dr. St. Łuniewski (Kraków): „O wartości dioniny w terapii okulistycznej“.

5) Dr. J. Dudziński (Kraków): „Badania bakteriologiczne worka spojówkowego przy jaglicy“.

Ci z prologentów, którzy mają zamiar podczas zjazdu przedstawiać chorych, będą mogli umieścić ich na przeciagu kilku dni w klinice okulistycznej, gdzie w tym celu zachowano będą miejsca do ich rozporządzenia. O zamiarze przywiezienia chorych na zjazd należy w odpowiednim czasie uprzedzić gospodarza sekcji okulistycznej.

W sekcji VI (przyrodniczo-rolniczej): 7) Edmund Załęski: „O niektórych zagadnieniach biologii i ich stosunku do praktyki hodowlanej“.

8) Kazimierz Szule: „O gradach w Galicyi“.

9) Ignacy Szyszłowski: „Poloniny czarnohorskie i ich stan obecny“.

W Krakowie, dnia 25 marca 1900.

Prof. Dr. St. Ciechanowski  
sekretarz Komitetu gospodarczego (Wielopole, 4).

## X. Wiadomości bieżące.

Kraków, 28 marca.

\* Do kliniki lekarskiej krakowskiej przyjęto w ostatnich czasach kilka kobiet, chorych na rozmięczenie kości. W myśl poleceń badaczy niemieckich Wiklera i Siebela postanowiono je leczyć kolchicyną i 7 zastrzyknięto wodny rozczynek tego alkaloidu. Trzy z nich zmarły w ciągu 12 do 26 godzin, podczas gdy 4 inne nie uległy żadnym zaburzeniom i czują się dobrze.

Ponieważ nie robiono w tym przypadku nowych doświadczeń z niewypróbowanym w skutkach swych przetworem, gdyż kolchicyna jest lekiem niemal od stu lat znanym i używanym, przeto opinia publiczna, jak się zdaje zaniepokojona tym wypadkiem, powinna zmienić zasadniczy punkt swego zapatrywania i nabrać głębokiego przeświadczenia, że nie było tu mowy o eksperymentowaniu *in anima vili*.

Kierownik kliniki lekarskiej prof. Edward Korczyński, zawiadomił o zaszyłym fakcie senat akademicki i prokuratorę państwa, którą prosił o zarządzenie dochodzenia bezpośredniej przyczyny śmierci tych trzech kobiet.

Sądźmy, że dotarcie do ostatnich granic prawdy i jak najskrupulatniejsze jej wyświecenie, jedynie odpowiada potrzebie i powadze uniwersyteckiej instytucji naukowej, jaką jest krakowska klinika lekarska.

Prokuratora państwa zarządziła sekcję zwłok zmarłych kobiet, którą wykonali lekarze sądowi, Drowie Filimowski i Schaitter. Gdy jednak rzecz jest w toku dochodzeń sądowych, przeto na razie nie możemy o tej sprawie podać więcej autentycznych szczegółów.

\* Znacomity chemik Leon Marchlewski mianowany został starszym inspektorem Zakładu dla badania środków spożywczych w Krakowie.

\* W północnych Włoszech i Marsylii wybuchła ospa. Austriacki minister spraw wewnętrznych z obawy, by epidemia nie dostała się do granic monarchii, wydał rozporządzenie do rządów krajowych, ażeby w krajach przez nie rządzonych przeprowadziły możebnie ogólne szczepienie, oraz szczepienie powtórne, mając szczególnie na względzie młodzież szkolną.

\* Do wiedeńskiego Towarzystwa przemysłowców ubezpieczeń przeciw wypadkom należy 2250 lekarzy. Według ogłoszenia rektora, Zarząd Uniwersytetu wiedeńskiego wszedł w porozumienie z rzezonem Towarzystwem, a to w tym celu, ażeby na korzystnych warunkach mogli się w niem ubezpieczać za pośrednictwem kwestury studenci, demonstratorowie i asystenci.

\* W r. 1901 odbędzie się w Wiedniu Kongres, który mieć będzie za cel walkę z nadużywaniem napojów wysokokowych. Na czele komitetu gospodarczego stoi prof. M. Gruber.

\* Stan zdrowia publicznego w Wiedniu nie jest obecnie pomyślny. Oprócz nagminnie panującej grypy, doniesiono niemal ze wszystkich dzielnic tego miasta o pojawieniu się duru brzuszego. Wiedeń był niegdyś głośny ze swych epidemij duru, lecz od czasu zaprowadzenia wodociągów stan rzeczy tak się zmienił korzystnie, że właściwie dur brzuszny znikł tam zupełnie. Dzienniki przypisują pojawienie się obecne duru w Wiedniu zanieczyszczeniu wody i nawołują do pilnego zbadania urządzeń wodociągowych.

\* Wydział krajowy zamianował dyrektorem szpitala w Nowym Sączu Dra Jana Siedleckiego, sekundaryusza szpitala św. Łazarza w Krakowie.

\* Prof. Dr. Wicherkiewicz złożył zamiast wieńca na trumnę ś.p. doc. dra F. Sroczyńskiego, 20 koron na fundusz wdów i sierot po lekarzach.

\* Omyłka druku. W Nr. 12 *Przeglądu lekarskiego*, w komunikacji Komitetu narod. polskiego na międzynarodowy Kongres lekarski w Paryżu, przy redukcji wpisowego 25 franków na monetę austriacką, wydrukowano: „25 fr. = 20 koron“ — ma być 25 fr. = 25 koronom.

## Notatki bibliograficzne.

— *Der Alcoholismus*, kwartalnik, poświęcony naukowemu traktowaniu sprawy opilstwa, wychodzi w Dreźnie. Pierwszy zeszyt zawiera prace: Baera, Böhmerta, Grawitza, Emminghaus, Smitha, Snella, Bratza, i innych. Cena roczna wynosi 8 mk.

— *Revue internationale de therapie physique*, dwutygodnik, okaże się w dniu 31 b. m. w Rzymie, pod redakcją Dra Ch. Colombo.

Dwutygodnik ten ma wychodzić na przemian w dwóch językach: francuskim i włoskim.

**Mianowania i odznaczenia.** Prof. nadzwyczaj. w Genewie, dr. Oltramare mianow. został prof. zwyczaj. i kierownikiem kliniki chorób skórnych i kiłowych. Prof. farmakologii w Kopenhadze, Dr. Grammian, prof. medycyny wewn. w Kopenhadze. Kierownikiem kliniki laryngologicznej w Wiedniu mianowany został prof. Chiari. Dr. Romberg E., profesor w Lipsku, mianowany profesorem i dyrektorem polikliniki w Marburgu. Dr. Protopulos mianowany został prof. chorób skórnych i wenerycznych w Atenach.

**Nekrologia.** Zmarli: Dr. Leroy, prof. patologii w Lille. Dr. Holmes, prof. okulistyki i otyatrii w Chicago. Prof. Saxtorph, nestor duńskich chirurgów, zmarł w Kopenhadze, w 77 r. życia. Dr. Bronisław Stróżecki zmarł w Wiedniu, licząc lat 39. Dr. Henryk Steinkeller, lekarz miejski i kolejowy w Trzebini, zakończył życie w Krakowie w 36 r. życia.

**Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich.** W *Nowinach Lekarskich* Z. 6. Dr. Hermana M.: Uwagi i myśli w sprawie postępowania przeciwnilnego i beznilnego. Dr. Zembrzuskiego L.: Stan współczesny nauki o pasorzytniczym pochodzeniu raka (dok.). W *Zdrowiu* Z. 174. Dr. Zawadzkiego I.: Główne potrzeby naszych mieszkań letnich. Ciemnowskiego M.: O przewidywaniu pogody. W *Gazecie Lekarskiej* N. 12. Orłowskiego Witolda: O bakteryobójczym działaniu urotropiny. Dr. Sokołowskiego A.: Parę uwag o cierpieniach dróg oddechowych, wikłających zimnicę (c. d.). Dr. Kučery P.: Emphysema organorum et angio-pancreatitis suppurativa (dok.) W *Medycynie* Nr. 12. Dr. Piltza I.: Kilka słów o nowych zjawiskach zrenicznych. Dr. Heimana F.: O zapaleniu pierwotnym wyrostka sutkowego (dok.).

**Redakcyja otrzymała:**

— Dr. Grundzach J.: Une forme des troubles moteurs de l'estomac et de l'intestin (Odbitka z *Revue de médecine*, 1899).

— Dr. Olejnik M.: Pro napadom hemoglobinuriju. Lwów.

— Prof. dr. Beck A.: O zjawiskach elektrycznych, wywołanych przez oświetlenie siatkówki głowonoga (*eledone moschata*) [Odbitka z „Kosmosa“ 1900].

— Prof. Dr. Obrzut: Nouvelles recherches sur la dégénérescence amyloide (Odbitka z *Arch. de Médecine experim.* Nr. 2, 1900).

— Dr. Schiff E.: Ueber die Anwendung der Röntgenstrahlen in der Medizin (Odbitka z *Deutsche medizinische Zeitung*, Nr. 82, 1899).

— Tenże: Die Behandlung des Lupus erythematodes mit Röntgenstrahlen. (Odbitka z *Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen* B. II, 1900).

— Dr. Freund L.: Ein Vorschlag zur Verbesserung von Röntgenaufnahmen des Beckens. (Odbitka z *Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*, B. II, 1900).

— Dr. Freund i Dr. Schiff: Weitere Anwendungsgebiete der Radiotherapie. (Odbitka z *Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*, B. III, 1900).

**Towarzystwo lekarskie krakowskie** odbędzie we środę, dnia 4 kwietnia, o godzinie 6-tej wieczorem, w sali wykładowej prof. Szajnochy posiedzenie zwyczajne, na którym kol. prof. Bujwid mówić będzie „O zastosowaniu rur ołowianych przy wodociągach; kol. Dr. St. Dobrowolski omówi „Trzy przypadki cięcia cesarskiego metodą Fritscha, wykonane w roku szkolnym bieżącym w krakowskiej klinice położniczej“.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Główny skład dla Galicji i Bukowiny:

Pomiędzy naturalnymi wodami szczawowymi zajmują

**Woda**  
**Krondorfska**  
alkaliczna  
szczawa podług analiz  
naszych pierwszych powag  
jakościowo naczelnie miejsce.

Periberger i Schenker,  
Kraków, Fosańska 15.