

GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Cena w Warszawie: rocznie 5 rs., na prowincyi. w Cesarstwie i za granicą: rocznie 6 rs. **Cena ogłoszeń:** Trzy pierwsze po kop. 15 za wiersz drobnem pismem, lub za jego miejsce, następne po kop. 10; ogłoszenia zagraniczne po kop. 18 za wiersz drobnem pismem lub jego miejsce.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. Gajkiewicz Władysław. Wydawca: Dr. Kondratowicz Stanisław.

Adres Redaktora. Marszałkowska Nr. 115. Adres Wydawcy: Marszałkowska Nr. 119.

Treść: I. LUDWIK CHWAT Wycięcie części kiszki cienkiej przy operacyi przepukliny pachwinowej zaciśniętej, nałożenie szwu kiszkowego. Wyzdrowienie. (*Resectio intestin jejuni, Enteroraphia*). — II. JAN SĘDZIAK. O leczeniu suchot płucnych kreozotem. (Dokończenie). — III. WL. MATLAKOWSKI. Aneurysma Traumaticum arteriae carotidis communis dextrae, oraz uwagi o sposobie Antylla. (Dalszy ciąg). — IV. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie. — V. Regulamin przyznawania nagród z zapisu Jakóba Natansona. — Ogłoszenia.

Capsulae contra taeniam. Z pomiędzy wielu środków przeciworobaczych *Extractum filicis maris aethereum* jest najstarszym i bez zaprzeczenia najdzielniejszym w skutkach — przytem zasługuje na pierwszeństwo przed innymi, które w większej części drażnią i obciążają przyrządy trawienia.

Korzeń paproci zawiera w sobie olejki eteryczne, żywicę, kwas garbnikowy i kwas filicilowy, od ilości zaś i składowych części zależy skuteczność wyciągu. — Różne obserwacyje w tym kierunku robione dowiodły „że cała skuteczność zawisła:“ 1) od warunków klimatycznych paproci (rosnąca na Alpach bogatszą jest w kwas filicilowy) 2) od czasu zbioru korzenia (Wrzesień najodpowiedniejszy) 3) od sposobu przygotowania wyciągu; — dodać jeszcze winniem że świeżość i odpowiednie zabezpieczenie, od wpływu światła i powietrza, najważniejszą odgrywa tu rolę. Wielokrotnie doświadczenia przekonały mnie, że *Extr. filicis mar.*, wystawiony na działanie powietrza, traci znaczną ilość olejków, jednocześnie mętnieje i osadza kwas filicilowy — gdy tymczasem w naczyniu zabezpieczonem od przystępu powietrza, światła, w chłodnem miejscu i rok może pozostać bez zmiany. Celem uchronienia go od utraty tak cennych części składowych, najodpowiedniejsze są kapsułki gelatinowe; forma ta łączy i drugą niezmiernie w dogodność, a tą jest przyjemniejsze użycie tak przykrego lekarstwa.

W ciągu ostatnich lat miałem sposobność sprawdzić rzeczywistą skuteczność Wyciągu z korzenia Alpejskiej paproci w kapsułkach, których sztuk 12 po 10 gran zadawane były dorosłym, a dzieciom w połowie powyższej ilości.

Sposób użycia kapsułek z Wyciągu korzenia paproci Alpejskiej.

Dla dorosłych osób 12 sztuk kapsułek, dla dzieci sztuk 6. Chory dwa dni przed użyciem kapsułek powinien zachować o ile można ścisłą dyjetę, a to celem odkrycia całego ciała solitera.

Rano, na czczo, co kwadrans po 3 kapsułki używać, popijając herbatą z cytryną — chory powinien spokojnie leżeć, a w razie nudności kawałki lodu łykać, lub też trzymać w ustach plasterki cytryny, zwykle w pół godziny po ostatniem użyciu kapsułek, tasieniec kłębem wychodzi ze stołcem wodnistym, a jeżeli w przeciągu 2 godzin nie pokaże się, należy użyć 2 łyżki oleju rybnego ażeby wydalic martwego tasienca.

M. Mutniański.

Właściciel Apteki. Nowy-Świat Nr. 18

APTEKA I SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH,

WPROST ZE ŹRÓDEŁ SPROWADZANYCH,
pod firmą

D^R T. HEINRICH

w WARSZAWIE

przy rogu ulic Wierzbowej i Senatorskiej N. 473b istniejąca.

Jest stale zaopatrywana we wszystkie wody mineralne świeżego czerpania, jak również w lekarstwa specjalne zagraniczne i środki lekarskie w ostatnich czasach w użycie wprowadzone.

47-3

W osadzie **Simno**, Kalwaryjskim Powiecie, Suwalskiej Gubernii, wakuje posada.

LEKARZA

z stałą pensją roczną Rs 300. Życzący sobie zająć tę posadę bliższą informacją powożmie u miejscowego aptekarza, Rejenta lub Sędziego Gminnego przez stacyję pocztową w Simnie. 3-3

SZKICE SANITARNE Z PERSYI

skreślił

Dr. W. Jabłonowski.

(Odbitka z Przeglądu Lekarskiego z r. 1886 i 1887).

Cena I złr. = 80 kop.

Dochód przeznaczony na rzecz Biblioteki Uczniów Wydziału Lekarskiego Uniw. Jagiell.

Do nabycia w Administracyi Przeglądu Lek. oraz w księgarni S. Krzyżanowskiego w Krakowie, a Gebethnera i Wolfa w Warszawie. 0-1

APTEKA MAGISTRA FARMACYI L. ZIEMIŃSKIEGO

róg Marszałkowskiej i Królewskiej

CIGARETTES INDIENNES AU CANNABIS INDICA

przeciw astmie i chorobom organów oddechowych.

Środek ten b. upowszechniony i wielką ulgę skorym na wyżej wymienione cierpienia przynoszący — wyrabiany jest w mojej Aptece podług dokładnego przepisu.

Cena pudełka wraz z instrukcją kop. 75.

3-1

GAZETA LEKARSKA.

- I. Wycięcie części kiszki cienkich przy operacji przepukliny pachwinowej zaciśniętej, nałożenie szwu kiszkowego. Wyzdrowienie.
(*Resectio intestini jejuni, Enterorrhaphia*).

Podał

Ludwik Chwat.

Starszy ordynator szpitala starozakonných w Warszawie.

Do przyczyn stanowiących obecnie wskazanie do wycięcia częściowego kiszki, należą: zwężenia, zrosty, nowotwory i skręcenia kiszki, oddzielenie krężki na dłuższej przestrzeni, zgorzel kiszki z powodu zaciśnienia tejże i *anus praeternaturalis*.

Zdawałoby się, że wyłączną i bezpośrednią metodą leczenia zgorzeli pętlicy kiszkowej, powstałej skutkiem uwięzienia przepukliny, powinno być natychmiastowe wycięcie obumarłej części kiszki i nałożenie właściwego szwu kiszkowego. Teoretycznie pogląd ten jest zupełnie uzasadnionym. Zestawienie atoli wyników zastosowania tej metody niezbyt pomyślnie dla niej wypada: według RYDYGIERA i MADELUNG'a ¹⁾ z 44 przypadków, w których dokonana została ta operacja, 23 zakończyło się śmiercią; ALBERT dodaje, że wie o wielu innych przypadkach zastosowania tej operacji, nieopisanych dotąd, a zakończonych śmiercią operowanych.

Natomiast wycięcie części kiszki w połączeniu ze szwem kiszkowym, dokonane na istniejącym przez czas dłuższy nieprawidłowym otworze stolcowym (*anus praeternaturalis*), korzystniejsze dotąd dało wyniki: z 22-óch tego rodzaju operacyj 8 zakończyło się śmiercią, z tych nie u wszystkich bezpośrednią przyczyną śmierci było zapalenie otrzewnej. Z tego powodu niektórzy chirurgowie radzą w przypadkach zgorzeli pętlicy uwięzionej, utworzyć prowizorycznie sztuczny otwór stolcowy i dopiero po upływie pewnego czasu na tym ostatnim dokonać wycięcia kiszki i zastosować szew kiszkowy.

Nie wdając się w krytyczny rozbiór tej kwestyi, opiszę tu przypadek dokonanego przezemnie bezpośredniego wycięcia kiszki, który chociażby ze względu na tę kwestyję, zasługuje na ogłoszenie.

Jakób Kleinman, liczący obecnie lat 35, nauczyciel w m. Garwolinie, do 20 roku życia swego cieszył się dobrem zdrowiem. Po skończonych 20 latach z nie-

¹⁾ „Chirurgija ALBERT'a“ Tom 3-ci, str. 416, ostatnie wydanie.

wiadomej przyczyny zaczął kaszlać, kilkakrotnie miewał krwotoki płucne i jak sam zeznaje, w ciągu ostatnich 15 lat znacznie podupadł na siłach. Zanik tkanki tłuszczowej podskórnej widoczny. Auskultacyjna wykazała rżenia w obu wierzchołkach płuc, a w prawym prócz tego oddech oskrzelowy.

Przed 5 laty przy podnoszeniu jakiegoś ciężaru u J. K. po raz pierwszy wystąpiła przepuklina w okolicy pachwinowej prawej [powyżej więzu POU-
PART'a], która następnie posuwała się coraz niżej i wstępowała do prawej połowy moszny. Chory często sam sobie odprowadzał przepuklinę, lecz paska nie mógł sobie dopasować i nie nosił go wcale.

Dnia 28 Września 1887 roku wystąpiła u chorego przepuklina w zwykłym miejscu. Gdy wszelkie zwykle usiłowania odprowadzenia nie powiodły się, chory, usiadłszy na łóżku, oparł się plecami o ścianę, zgiął prawą kończynę dolną w kolanie i biodrze i obiema rękami objawszy gołęń, począł przyciskać ją do brzucha. Przy tem forsownem usiłowaniu dokonania odprowadzenia, chory, jak powiada, uczuł, że wepchnął kiszkę w niewłaściwe miejsce. Silne bóle zmusiły go do pozostania w łóżku i zawezwania lekarza. Zastosowane pijawki nie ulżyły choremu. W przeciągu trzech dni po tem zajściu chory pozostawał w łóżku; wypróżnień stolcowych ani wymiotów nie było. Ostatnie wypróżnienie chory miał na kilka godzin przed nastąpieniem zaciśnienia. Piątego dnia, gdy skutkiem wymiotów i czkawki chory czuł się znacznie gorzej, przywieziono go do Warszawy i umieszczono w szpitalu starozakonnych.

Przy pierwszym badaniu chorego znalazłem w prawej okolicy pachwinowej, powyżej więzu POU-
PART'a, niewielką wyniosłość, mało bolesną, nieruchomą. Przez mosznę, w stanie prawidłowym będącą, doszedłem palcem do zewnętrznego otworu kanału pachwinowego, gdzie wyczułem wolne brzegi tegoż otworu. Z konturów wyniosłości widocznem było, że dochodziła ona do tego właśnie miejsca, a kierunek jej odpowiadał w zupełności kanałowi pachwinowemu. Wyniosłość posiadała znaczne naprężenie, odgłos opukowy był zupełnie przytłumiony. Ucisk tego miejsca i w bliskości wyniosłości sprawiał silny ból choremu.

Fakty te, w połączeniu z innymi objawami, jako to: wzdęciem brzucha, brakiem stolca i wiatrów, od pięciu dni, wymiotami z początku żółciowemi, a pod koniec piątego dnia kałowemi, czkawką i przygnębiającym ogólnym stanem chorego, wątpić nie pozwalały, że u chorego powstało uwięzienie przepukliny, że worek przepuklinowy znajdował się w samym kanale pachwinowym i że zaciśnienie miało miejsce w obrączce pachwinowej wewnętrznej. Dnia 3 Października przy objawach powyżej wyszczególnionych, ciepłocie ciała 39,3° C. i tętnie bardzo przyspieszonym i małym, po zachloroformowaniu chorego, przystąpiłem do operacji ¹⁾, przy łaskawej pomocy lekarzy miejscowych szpitalnych, kolegów KRAUZEGO i ZWEIGBAUMA i asystentów SZPILBEINA i RAPPLA.

Po ogoleniu włosów *in loco* i starannej dezynfekcyi pola operacyjnego słabym roztworem sublimatowym, przeprowadziłem cięcie wzdłuż wyniosłości prze-

¹⁾ O usiłowaniu odprowadzenia zaciśnionej przepukliny podczas ogólnego znieczulenia chorego, w tym przypadku ze względu na miejsce zaciśnienia i na czas trwania tegoż, mowy być nie mogło.

puklinowej, przez skórę, warstwy podskórne i *fasciam propriam* do worka przepuklinowego, który natychmiast otworzyłem sposobem preparacyjnym przy użyciu szczypczyków, zgłębnika rowkowanego i noża. Płyn przepuklinowy, który po otwarciu worka pokazał się w niewielkiej ilości, był koloru ciemno-brunatnego, co wskazywało na zmiany, które zająć musiały wewnątrz worka. Ułatwivszy sobie dojście do zaciśniętego miejsca przez oddalenie obu połówek przeciętego worka za pomocą kleszczyków i oczyściwszy wszystko ciepłą wodą karbową, dokonałem przecięcia obrączki wewnętrznej, t. j. miejsca zaciśnienia.

Z ostrożnością wyciągnęłem znaczną część kiszki na zewnątrz jamy brzusznej, w celu ściślejszego zbadania i ułatwienia sobie rękoczynu. Przedewszystkiem okazało się ognisko zgorzelinowe pętlicy, wielkości monety miedzianej trzykropiejkowej, było ono barwy brudno-zielonawej.

Sądziłem zrazu, że będę mógł ograniczyć się na wycięciu tylko części zgorzelą dotkniętej, lecz po dokonaniu wycięcia przy zachowaniu właściwej ostrożności, żeby kał nie dostał się do jamy brzusznej, przekonałem się, że poza tą częścią zmartwiałą, znaczna część jelita była bez połysku właściwego, ciemnego koloru, nacieczona, miękka i krucha, a zatem obumarła.

Od tego miejsca ku obwodowi i ku środkowi kiszka była sina i mocno nacieczona, a po za tem nacieczeniem, widocznem po dokładnem zbadaniu, znalazłem jeszcze dwa małe przedziurawienia kiszki na wylot. Zważywszy na stan ogólny chorego i stan patologiczny miejscowy, powyżej opisany, zdecydowałem się bez długiego namysłu, nie zakładać sztucznego wylotu stolcowego, lecz wprost na właściwe wycięcie części kiszki (*resectio*) w zdrowych miejscach. Długość wyciętego kawała kiszki wynosiła 18 centymetrów.

Starając się zachować wszelką możliwą czystość i aseptykę i mając na uwadze cienkość i wiotkość ścian kiszek, nie nałożyłem szwu głębokiego, podwójnego, lecz za pomocą szwu niezbyt gęstego, supelkowego LEMBERT'a, połączyłem części kiszki obwodowej z ośrodkową w bliskości ich brzegów, wnikając igłą przez błonę surowiczą i *tunicam muscularem* bez naruszenia błony śluzowej i uważając żeby otrzewna obu części kiszek była do siebie naokoło zbliżoną.

Co do krézki, to ograniczyłem się wycięciem jak najmniejszego jej klina. Światła krwawiących naczyń podwiązałem po szczególe, nie połączywszy wcale brzegów krézki szwem. Dla szwu i podwiązania naczyń użyłem nitki jedwabnej, w sublimacie zdezynfekowanej.

Po dokonaniem szwyciu i zdezynfekowaniu pola operacyjnego, zamierzyłem odprowadzić wyciągniętą część kiszki do jamy brzusznej, lecz udało mi się to dopiero po poprzedniem powtórnem dokonaniu rozcięcia obrączki pachwinowej wewnętrznej za pomocą hernijotomu COOPER'a. Zaciśnione miejsce nacięte zostało w kierunku na zewnątrz i nieco ku górze, jak zazwyczaj czynić należy przy zaciśnieniach *in annulo inguinali interno*; w ten sposób bowiem unikniono przecięcia naczynia lub zranienia jakiego narządu w jamie brzusznej. Po powtórnem należytym oczyszczeniu i zdezynfekowaniu rany ciepłym płynem przeciwnilnym i wprowadzeniu drenu, złączyłem brzegi skóry za pomocą kilku szwów supelkowych. Na powierzchnię nałożyłem opatrunek sublimatowy i następnie operowanego przeniesiono na salę ogólną. Chory przyjął do wewnątrz proszek granowy

laudani zaraz po przebytej operacji. Następnie dostał jeszcze dwa także prozki granowe w odstępach 3 godzinnych. Pomimo to we dwie godziny po operacji chory miał już wypróżnienie niewielkie, rzadkie, łajniste. Ciepłota wieczorem doszła do $38,8^{\circ}$ C.. Noc przespał spokojnie. Nazajutrz rano ciepłota ciała $37,4^{\circ}$ C.. Nacisk w okolicy rany wywołuje ból nieznaczny, brzuch mało wzdęty, stolca tego dnia nie było.

Przez następne dwa dni ciepłota ciała $37,5^{\circ}$ — $37,0^{\circ}$ C., bolesności brzucha przy nacisku nawet w okolicy rany nie ma. Wypróżnień nie było, czkawka dokucza choremu. Wewnątrz rany zbiera się cuchnąca wydzielina. Szwy wyjęto i dren oddalono. Ranę, po rozejściu się zeszytych brzegów skóry, wypełniłem gazą sublimatową. Na posiłek zaleciłem czysty rosół.

Przez 4-ty, 5-ty i 6-ty dzień po operacji ciepłota ciała wciąż prawidłowa. Stolce codziennie prawidłowe, małe, czkawka znacznie rzadsza, rana się oczyszcza. Chory żąda pokarmu, otrzymuje oprócz rosółu po dwa jaja na miękko codziennie.

W ciągu tych sześciu dni żadnych objawów nieprawidłowych nie było, czkawka ustała, ciepłota ciała wahała się między 37° i 38° C.. 7-go dnia po operacji ciepłota podniosła się do 39° C., język zaczerwieniony, suchy, ogólny niepokój, lekki dreszcz. Przyczyną tych objawów była róża, która wystąpiła u górnego końca rany, ztamtąd przeszła na prawy pośladek, moszną, górną połowę prawego uda i wreszcie na okolice łędźwiową pleców. Po siedmiodniowym trwaniu, róża znikła, pozostawiając ślady w postaci nieznacznych złuszczeń skóry. Stan chorego odtąd stale już poprawiać się zaczął. Rana, która już poprzednio wypełniać się zaczęła ziarniną, teraz powoli zmniejsza swe rozmiary.

Po upływie miesiąca od dnia operacji, stan operowanego jest zupełnie zadowalający; rana prawie zablizniona, pozostaje tylko wązki pasek długości 4-ech do 5-ciu centymetrów, pokryty granulacją żywą. Co się tyczy kiszek i otrzewnej, to począwszy od dnia operacji dotąd żadnych nieprawidłowych objawów z tej strony nie było.

Dnia 7-go Listopada 1887 r. J. K. w zupełnie pożądanym stanie zdrowia szpital opuścił.

Z ODDZIAŁU D-RA SOKOŁOWSKIEGO W SZPITALU Ś-GO DUCHA W WARSZAWIE.

II. O LECZENIU SUCHOT PŁUCNYCH KREOZOTEM.

Napisał

Jan Sędziak.

asystent oddziału.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 7].

Nie chcę tu bynajmniej przeceniać dodatniego działania kreozotu; przeciwnie, w wyżej przytoczonych spostrzeżeniach był on bardzo nieznaczny i więcej odnosił się do poprawy stanu ogólnego niż do miejscowej sprawy w płucach.

Nie zapominajmy jednak, że chorzy zbyt krótko znajdowali w naszym spostrzeżeniu, że ze względu właśnie na ten krótki czas, tej poprawy, pod wpływem kreozotu w płucach otrzymanej, nie można odrzucać. Postawmy tych chorych w lepszych warunkach higienicznych, dajmy im świeże powietrze, odpowiednie pożywienie, a nadewszystko nie stosujmy u nich kreozot tygodniami, lecz miesiącami co najmniej, a z pewnością i wyniki nierównie więcej będą zachęcające. Że tak być może, świadczą o tem odnośne spostrzeżenia SOMMERBRODT'a ¹⁾ i FRAENTZEL'a ²⁾, które ze względu na wielki ich interes praktyczny uważam za stosowne przytoczyć.

8. Że przy powikłaniach gruźlicy płuc gruźlicą innych narządów: jako to krtani, kiszek, opon mózgowych i t. d., kreozot nie wywiera pomyślnego wpływu, gdyż na 121 przypadków wynik ujemny otrzymano w 92, co stanowi 78%; przeciwskazania jednak do użycia kreozotu powikłania te nie przedstawiają.

9. Że kreozot na przebieg sprawy gruźliczej w płucach może wywierać wpływ mniej lub więcej pomyślny, który w naszych spostrzeżeniach wyjątkowo w nielicznych dał się zauważyć przypadkach, gdyż oprócz trzech wyżej przytoczonych przypadków rozpadowej postaci suchot płucnych, dodać należy jeszcze jeden ze zgęszczeniem u obu szczytów, gdzie objawy fizykalne znacznie osłabły, oraz 4 inne przypadki, w których sprawa przez długi czas, aż do wypisania się chorego ze szpitala, pozostawała bez zmiany, ani zmniejszając się ani też powiększając w swem natężeniu. Razem więc poprawę w płucach [względną] mieliśmy w 8 przypadkach, co stanowi 5%. Cyfry te nie są zbyt zachęcające, mówiliśmy już jednak wyżej, jaka jest tego przyczyna: na pierwszym miejscu postawić należy zbyt krótki czas leczenia, powtórnie brak warunków higienicznych, nie więc dziwnego, że inni autorowie byli szczęśliwsi w swoich wynikach, gdyż w większości przypadków BOUCHARD'a i GIMBERT'a [w 53 na 93] chorzy znajdowali się w dobrych warunkach higienicznych, a czas leczenia wynosił *minimum* pół roku. I dlatego to na 93 przypadki otrzymali oni względnych wyleczeń [t. j. między innymi poprawę sprawy w płucach] 25 przyp. t. j. 27%. Toż samo np. FRAENTZEL w praktyce prywatnej, gdzie od 3½ lat stosuje leczenie kreozotowe, w 9 przypadkach otrzymał „*die Heilresultate vortreffliche*“; pod nazwą tą rozumie on zupełne wyleczenie: w 7 przypadkach sprawa chorobowa mało by-

¹⁾ W Styczniu 1882 roku SOMMERBRODT przedstawił studentom chorą z głębokim wrzodem na lewym wyrostku głosowym i znacznym nacieczeniem prawego szczytu [wyraźny oddech oskrzelowy, rżenia dźwięczne, gorączka, poty nocne, brak łaknienia, wychudnięcie]. Po wyżyciu 2000 sztuk kapsulek kreozotowych, a więc około 2000 gr. kreozotu [każda kapsułka zawiera 0,05 t. j. około 1 gr.], w Grudniu tegoż roku znowu ją demonstrował tymże słuchaczom: na miejscu poprzedniego wrzodu widać było w krtani białą bliznę — w płucach zmian żadnych wykryć nie było można — stan ogólny dobry.

²⁾ W pracy swej FRAENTZEL cytuje pewną 40-letnią bezdzietną damę pochodzącą z gruźliczej rodziny, którą od 2½ lat wraz z BARTELS'em obserwuje: w prawem płucu wielka jama [obfite rżenia] — stan ogólny bardzo zły. Obecnie objawy jamy [rżenia] znikły — na miejscu tem wyraźne stępienie. Próby przerywania leczenia kreozotowego wywoływały znaczne pogorszenie w stanie ogólnym, jak również i w płucach. Pasożyty, których w początku ilość była znaczna [Nr. 3 według szematu GAFFKY'ego], stopniowo zaczęły się zmniejszać w ilości, wreszcie znikły zupełnie.

ła posunięta, w 2 natomiast sprawa rozpadowa w jednym płucu dosięgała znacznych rozmiarów.

Że w praktyce szpitalnej kreozot rzeczywiście wyjątkowo może wpływać dodatnio na przebieg sprawy gruźliczej w płucach, dowodzą tego i cyfry LUBLIŃSKIEGO, bardzo zbliżone do naszych: na 175 przypadków w 12 spostrzegaliśmy wyleczenie [wyjaśnienie odgłosu opukowego, prawidłowe objawy wysłuchowe], co stanowi 7%.

W spostrzeżeniach szpitalnych FRAENTZEL'a na 400 suchotników rocznie w 15 przecięciowo zauważył poprawę, co stanowi 4%. Inni autorowie zbyt ogólnikowo tę rzecz traktują, tak np. SOMMERBRODT wyraża się, że nawet objawy fizykalne płuc [wyraźne stępienia u wierzchołków] znikają pod wpływem kreozotu.

10. Że kreozot na przebieg sprawy gruźliczej w krtani zdaje się nie wywierać najmniejszego wpływu, gdyż na 57 przypadków gruźlicy krtani, ani w jednym przypadku nie widzieliśmy najmniejszej poprawy, z wyjątkiem tych 22 przypadków, gdzie poprawa zależała od miejscowego leczenia kwasem mlecznym, lub wewnątrz krtaniowych głębokich nacięć. Wprawdzie SOMMERBRODT wspomina o kilku przypadkach, w których jakoby widział zabliznianie się owrzodzeń i znikanie nacieczeń nagłośni. Natomiast żaden z wyżej przytoczonych autorów tego nie potwierdza, przeciwnie LUBLIŃSKI na 46 przypadków gruźliczych nacieczeń strun głosowych i 13 owrzodzeń przy podawaniu kreozotu już to do wewnątrz, już to w postaci wdechań, nie widział żadnego skutku, natomiast widział jakoby w kilku przypadkach wpływ pomyślny kreozotu, lecz przy miejscowym stosowaniu według następującego przepisu, co wymaga jednak potwierdzenia.

Rp. *Kreosoti* 0,1.
Spir. vini. 4,1.
Glicerini 6,0.

11. Że największą, nie dającą się zaprzeczyć zasługą kreozotu jest poprawa stanu ogólnego, gdyż na 175 przypadków w 79, t. j. w 45% mogliśmy takową w zupełności stwierdzić, w 13 zaś stan ten pozostawał bez zmiany ¹⁾. Wygląd chorych się ożywia, łaknienie wyraźnie się wzmacnia, język się oczyszcza, chorzy sami chętnie zaznaczają, że sił im przybywa. Jednocześnie z poprawą stanu ogólnego i poty nocne w wielu razach się zmniejszają, lub znikają zupełnie, w niektórych zaś przypadkach i natężenie gorączki się zmniejsza, co w 23% mogliśmy stwierdzić. Prawie wszyscy autorowie, mających sposobność stosować kreozot u swych chorych, podnoszą z naciskiem wpływ dodatni leku tego przedewszystkiem za stan ogólny. Natomiast BOUCHARD i GIMBERT poprawę stanu ogólnego [zwiększenie wagi

¹⁾ Największym kryterjum, stwierdzającym powyższy wniosek, byłoby przedstawienie danych, dotyczących wzrostu wagi ciała. Na nieszczęście z przyczyn od nas niezależnych, nie możemy tego uczynić tym razem. Z 93 chorych BOUCHARD'a i GIMBERT'a w 7 przypadkach waga ciała pozostawała bez zmiany, w 31 przypadkach zaś się powiększała od 1 do 8 kilogramów. FRAENTZEL zaś mówi, że 3—5 funtów jest najmniejszą cyfrą, jaką się otrzymuje przy stosowaniu kreozotu, powiększenie to wagi ciała może dochodzić do 30 funtów.

ciała, ustąpienie gorączki i t. d.] uważają za rzecz wtórną i czynią ją zależną od osłabienia sprawy miejscowej w płucach, na którą przedewszystkiem i bezpośrednio kreozot ma działać. Dla uzupełnienia tego poglądu przeprowadzili oni doświadczenie nad zdrowym osobnikiem, badając ciepłotę [w odbytnicy], tętno, oddech, moczwreszcie pod względem jakościowym i ilościowym [na mocznik, kwas moczowy, kwas fosforowy, wreszcie chlorki] przed i podczas używania kreozotu, przyczem jakiejś wydatniejszej różnicy nie można było zauważyć.

12. Że ilość plwociny pod wpływem kreozotu znakomicie się zmniejsza, a częstokroć i charakter jej staje się lepszym. Na punkcie tym zadziwiająca jest zgodność autorów, niektórzy z nich, np. FRAENTZEL, wspominają nawet o zupełnem zniknięciu plwociny, czego my jednak na 175 spostrzeżeń ani razu nie widzieliśmy. BOUCHARD i GIMBERT utrzymują, że kreozot działa głównie dodatnio na ropną wydzielinę najdrobniejszych oskrzeli, a zwłaszcza jam gruźliczych. Co się tyczy zmniejszania się ilości laseczników gruźliczych w plwocinie pod wpływem kreozotu, o czem wspominają LUBLIŃSKI i PEIPER ¹⁾, a czemu zaprzecza FRAENTZEL [choć w jednym takim przypadku, wyżej przezemnie przytoczonym, jest o tem mowa], to my na podstawie naszych spostrzeżeń zgadzamy się z FRAENTZEL'em; w tych nielicznych zresztą przypadkach, gdzie badanie w tym kierunku kilka razy było robionem, najczęściej ilość pasorzytów nawet się powiększała, raz tylko można było zauważyć zmniejszenie się ich ilości ²⁾.

W naszych spostrzeżeniach w 16% przypadków, podczas stosowania kreozotu wystąpiło już to krwioplucie, już to krwotok płucny, które po wstrzymaniu kreozotu ustąpiły.

Rodzi się kwestyja, jak na przypadki te zapatrywać się należy, czy są one w jakim przyczynowym związku z kreozotem i czy więc kreozot nie jest przeciwwskazany w takich razach? Otóż BOUCHARD i GIMBERT na rzecz tę zapatrują się w ten sposób: kreozot ani nie wywołuje krwioplucia, ani też nie leczy takowego, czyni je jednak rzadszem. I inni autorowie krwioplucia nie uważają za przeciwwskazanie do stosowania kreozotu, a nawet LUBLIŃSKI przypisuje kreozotowi własności zwięzania naczyń włosowatych i zwiększania zdolności krzepnięcia krwi.

13. Że kreozot wpływa dodatnio na kaszel, zmniejszając jego natężenie i częstość, o czem jednozgodnie wszyscy autorowie wspominają. Niektórzy widzieli zupełne ustąpienie tego przykrego dla chorych objawu. Według BOUCHARD'a i GIMBERT'a, kreozot działa na złagodzenie kaszlu wtórnie, zmniejszając ilość wyksztuszonej plwociny, natomiast SOMMERBRODT jest innego zdania: widział on bowiem wpływ pomyślny w tych przypadkach, gdzie chorzy prawie nie odpluwali. Jest to bardzo ważna kwestyja, gdyż jak słusznie autor ten się wyraża, można w wielu razach obywać się bez morfiny, a: „*habitu-*

¹⁾ Cytowany w pracy D-ra ZAWADZKIEGO „O zakaźnem pochodzeniu i przeciwnilnem leczeniu suchot płucnych“ odbitka, z Kroniki Lekarskiej z r. 1887 str. 42.

²⁾ Dłużej nad kwestyją tą zastanawiać się nie będę, gdyż o ile się zdaje, ilość laseczników gruźliczych w plwocinie nie ma żadnego rozpoznawczego znaczenia; często przy początkowych formach gruźlicy płuc można widzieć wielkie ich ilości i odwrotnie.

elle Gebrauch von Narcoticis den Kranken oft genug zu ihrem Hauptuebel noch ein zweites gebracht hat“.

14. Że kreozot znakomicie bywa znoszony, nie wywołując żadnych ubocznych skutków jako to: odbijania, wymiotów, rozwolnienia. Na 175 przypadków ani razu nie byliśmy zmuszeni zaniechać podawania kreozotu z powodów wyżej przytoczonych. Już BOUCHARD i GIMBERT wspominają, że bardzo rzadko przy użyciu kreozotu występują przejściowe objawy żołądkowe, toż samo mówią PEIPER i PICK, natomiast REUSS, nawiasowo mówiąc gorący zwolennik kreozotu, wspomina, że przy podawaniu środka tego według przepisu francuzkich autorów często występują nagle rozwolnienia i owrzodzenia krtani, czemu jednak ze swej strony zaprzecza SOMMERBRODT, a zwłaszcza FRAENTZEL, który używa kreozotu, tak jak BOUCHARD i GIMBERT, z niewielkimi zmianami. Jednak i FRAENTZEL w swej pracy przytacza, że w 24 przypadkach, zmuszonym był zaniechać podawania kreozotu: 2 razy wywoływał on długotrwałe odbijania, 5 razy również uporczywe wymioty i utratę łaknienia, 6 razy kurcze żołądka, 8 razy rozwolnienie, 3 razy chorzy bez widocznej przyczyny okazywali wstąpienie do tego środka. GUTTMANN podziela zdanie REUSS'a, wspomina on o częstych mdłościach i wymiotach, zmuszających go do przerywania, lub zaniechania kreozotu. Według FRAENTZEL'a uboczne złe działania kreozotu, o jakim wspomina GUTTMANN, zależy bezwątpienia od nieczystości preparatu ¹⁾.

Jakkolwiek więc prawdziwy kreozot nie zawiera fenolu, lecz tylko gwajakol i kreozot ²⁾, to jednak działanie jego identycznym jest z działaniem czystego fenolu, od którego różni się tylko mniejszą gwałtownością. Przeciwnie więc własności kreozotu ³⁾ najzupełniej usprawiedliwiają zastosowanie go przy dzisiejszych racjonalnych próbach leczenia gruźlicy płuc.

15. Że najdogodniejszą formą stosowania kreozotu są pigułki, o czem mogliśmy się przekonać ze 145 spostrzeżeń: ani razu kreozot, w tej formie podany, nie wywołał nieprzyjemnych dla chorego objawów, o jakich wspominają inni au-

¹⁾ Różnią się zasadniczo dwa rodzaje kreozotu: tak zwany przez francuzkich lekarzy *la créosote vraie*, t. j. kreozot ze smoły drzewnej [bukowej] REICHENBACH'a i kreozot handlowy, a raczej nieczysty fenol, otrzymuje się on z węgla kamiennego, lub ze smoły sosnowej i jest 5 razy tańszy. Według BOUCHARD'a i GIMBERT'a cechy, odróżniające oba te przetwory, są następujące:

Kreozot REICHENBACH'a resp. prawdziwy kreozot.

1. Zapach smoły.
2. Ciężar właściwy 1066.
3. Daje z kollojdyonem przezroczysty roztwór.
4. Rozpuszczony w wysoku i bardzo rozcieńczony, daje z półorachlorkiem żelaza zabarwienie zielone, szybko zmieniające się na brunatne.

Kreozot handlowy zawierający kwas karbolowy.

1. Zapach kwasu karbolowego.
2. Ciężar właściwy 1040.
3. Z $\frac{2}{3}$ kollojdyum tworzy galaretę (*gelée*).
4. W tych samych warunkach daje zabarwienie niebieskie — następnie zaś stałe fioletowe.

²⁾ NOTHNAGEL i ROSSBACH. Farmakologija, tłum. pol. z 1883 r. str. 423.

³⁾ Według prac doświadczalnych GUTTMANN'a [aus dem Verein für innere Medicin. Berlin. klin. Woch. 1887 Nr. 23, str. 421], zgadzających się z doświadczeniami KOCH'a, kreozot wstrzymuje rozwój laseczników gruźliczych.

torowie, nawet FRAENTZEL. Sądzę więc, że obok nieczystości preparatu i forma jego musi mieć pewne znaczenie. Rzecz dziwna: forma, w jakiej stosowaliśmy kreozot, stanowczo jest potępianą przez większość autorów, tak np. LUBLIŃSKI dowodzi, że w pigułkach kreozot w ogóle łatwiej psuje trawienie, gdyż dłużej w żołądku pozostaje. Jeden tylko THORNER używa pigulek kreozotowych. Natomiast prawie wszyscy autorowie stosują kreozot w roztworze, najczęściej trzymając się przepisu francuzkich autorów, mniej, lub więcej zmodyfikowanego. Przytaczam tu przepis FRAENTZEL'a.

Rp. *Kreosoti* 13,5.
Trae Gentianae 30,0.
Spir. vin. rectific. 250,0.
Vini xerens. q. s. ad col. 10000,0.

MDS. dziennie 2—3 razy po łyżce stołowej.

SOMMERBRODT gorąco zachwala ze względu na dogodność i taniść swój sposób: w formie kapsulek, 0,05 kreozotu i 0,2 balsamu tolutańskiego zawierających, zaczyna od 1 dochodzi stopniowo do 9 kapsulek dziennie zaraz po jedzeniu.

Co się tyczy ilości stosowanego kreozotu, to SOMMERBRODT mówi: „*je mehr Kreosot pro die vertragen wird, desto besser die Wirkung*“, natomiast DUJARDIN BEAUMETZ jest zwolennikiem mniejszych ilości. Większość chorych GIMBERT'a i BOUCHARD'a brała od 4—6 gr. dziennie, rzadko dawka dzienna dochodziła do 16 gr.. My w naszych spostrzeżeniach używaliśmy mniejszych ilości, otrzymując względnie niezłe wyniki, być może temu przypisać należy, że byliśmy w stanie po kilka miesięcy bez przerwy stosować kreozot, nie wywołując żadnych nieprzyjemnych objawów ze strony żołądka i kiszek.

Otrzymawszy powyżej przytoczone wyniki ze 175 przypadków, które ośmieliśmy się streścić w 15 punktach, porównawszy następnie wyniki te z wynikami przez innych autorów otrzymanymi, moglibyśmy na tem poprzestać i tym sposobem zbyt długą może pracę zakończyć. Przyszło nam jednak na myśl, cyfry te jeszcze raz poddać surowej krytyce, porównyując je z danymi otrzymanymi ze zbadania 125 przypadków, w których kreozot nie był stosowanym, gdzie natomiast leczenie polegało na zwalczaniu chorobowych objawów, jako to: kaszlu, biegunki i t. d., [środki wykrztuśne, narkotyki i t. d.], a zarazem i na podniesieniu ogólnego odżywiania, ku czemu służył nam tran, lub w razie nie znoszenia go przez chorych, gliceryna w odpowiedniej postaci podawana. Dla łatwiejszego jednak orjentowania się w masie cyfr, przytaczamy tablicę, w której procentowo różnica ta jest przedstawioną.

| | z kreozotem | | bez kreozotu | |
|---|-------------|---------|--------------|---------|
| Ilość obserwowanych przypadków | 175 | | 125 | |
| Wynik leczenia w ogólności: | | | | |
| 1. <i>Status melior in pulmonibus</i> | 2,3% | } razem | 3% | } razem |
| 2. <i>In statu quo</i> „ | 2,3% | | 5% | |
| 3. <i>Status melior generalis</i> | 2,3% | } razem | 3% | } razem |
| 4. <i>In statu quo</i> „ | 2,3% | | 5% | |
| 5. <i>Mors</i> | 20,0% | | 40,0% | |

| | z kreozotem | bez kreozotu |
|--|-------------|--------------|
| A więc wynik mniej lub więcej pomyślny | 42% | 36% |
| " " " " " niepomyślny | 58% | 64% |

Widzimy więc, że leczenie kreozotem z wyjątkiem pierwszego punktu, t. j. poprawy sprawy gruźliczej w płucach, dało wyniki pomyślniejsze niż leczenie czysto objawowe. Jednak uważając zatrzymanie się sprawy chorobowej w płucach również za wynik pomyślny, pod wpływem kreozotu otrzymany, możemy kreozotowi przypisać dodatni wpływ na sprawę gruźlicy w płucach. Wpływ ten nieznacznym się okazuje, o czym zresztą szczegółowo pod Nr. 9 wspomniałem.

| | z kreozotem | bez kreozotu |
|---|-------------|--------------|
| Przypadków z gorączką połączonych | 126 | 91 |
| 1. Wynik mniej lub więcej pomyślny | 31% | 32% |
| 2. " " " " niepomyślny | 69% | 68% |
| W przypadkach, przebiegających bez gorączki | 49 | 34 |
| 1. Wynik mniej, lub więcej pomyślny | 69% | 47% |
| 2. " " " " niepomyślny | 31% | 53% |

I z tych cyfr okazuje się, że szczególnie można się spodziewać od kreozotu wpływu dodatniego w przypadkach bezgorączkowych.

Wynik leczenia w różnych okresach gruźlicy płuc:

| | z kreozotem | bez kreozotu |
|--|--------------|--------------|
| 1. <i>Phthisis pulmonum incipiens</i> przypadków | 10 | 2 |
| a) Wynik mniej, lub więcej pomyślny | 60% | 50% |
| b) " " " " niepomyślny | 40% | 50% |
| 2. <i>Bronchopneumonia in stadio indurationis</i> | 60 przypadk. | 55 |
| a) Wynik mniej, lub więcej pomyślny | 50% | 51% |
| b) " " " " niepomyślny | 50% | 49% |
| 3. <i>Bronchopneumonia in stadio destructionis incipientis</i> | 40 | 14 |
| a) Wynik mniej, lub więcej pomyślny | 50% | 36 |
| b) " " " " niepomyślny | 50% | 64% |
| 4. <i>Bronchopneumonia in stadio destructionis</i> | 63 przypadki | 37 |
| a) Wynik mniej, lub więcej pomyślny | 27% | 27% |
| b) " " " " niepomyślny | 73% | 73% |
| 5. <i>Phthisis pulmonum in ultimis, mors</i> | 100% mors | 100% |

W tabelicy tej znajdujemy mniej więcej potwierdzenie naszych wniosków; o działaniu kreozotu w różnych okresach gruźlicy płuc otrzymanych.

A więc w początkowych okresach suchot płuc, kreozot okazuje się najskuteczniejszym, mniej już w okresie drugim, przy rozpadzie zaś znacznie-szym płuc zarówno przy stosowaniu kreozotu, jako też jedynie przy leczeniu objawowem otrzymaliśmy też same wyniki.

Wynik leczenia przy powikłaniach gruźlicy płuc, gruźlicą innych narządów

| | z kreozotem | bez kreozotu |
|--|-------------|--------------|
| jako to krtani, kiszek, opon mózgowych i t. d. | 121 przyp. | 80 |
| 1. Wynik mniej, lub więcej pomyślny | 24% | 16% |
| 2. " " " " niepomyślny | 76% | 84% |

| | z kreozotem | bez kreozotu |
|---|-------------|--------------|
| I tak: przy <i>laryngitis tuberculosa</i> | 57 przyp. | 28 |
| 1. Wynik mniej lub więcej pomyślny | 37% | 25% |
| 2. " " " " niepomyślny | 63% | 75% |
| Przy <i>enteritis tuberculosa</i> | 34 przyp. | 33 |
| 1. Wynik mniej lub więcej pomyślny | 7% | 6% |
| 2. " " " " niepomyślny | 93% | 94% |

Na podstawie tych cyfr możnaby twierdzić, że nawet przy powikłaniach wyżej wymienionych, jeszcze kreozotowi pewną dozę dodatniego wpływu trzeba przypisać.

| | z kreozotem | bez kreozotu |
|--|-------------|--------------|
| Zachowanie się gorączki w przypadkach | 126 | 91 |
| 1. Mniej lub więcej wyraźne zmniejszanie się natężenia lub całkowite ustąpienie gorączki | 23% | 19% |
| 2. Gorączka o typie przeważnie stałym (<i>febris continua</i>), nie ulegająca żadnym wybitniejszym zmianom | 62% | 72% |
| 3. Mniej, lub więcej wyraźne pogarszanie się | 15% | 9% |

A więc cyfry te stwierdzają nasze poglądy na wpływ kreozotu na przebieg gorączki u suchotników, wpływ ten jest nieznaczny, w każdym jednak razie zasługuje na zaznaczenie.

| | z kreozotem | bez kreozotu |
|---|-------------|--------------|
| Zachowanie się stanu ogólnego w przypadkach | 175 | 125 |
| 1. Mniej, lub więcej wyraźna poprawa | 45% | 6% |
| 2. Stan ogólny bez zmiany | 8% | 31% |
| 3. Mniej, lub więcej wyraźne pogorszenie | 47% | 63% |

A więc na podstawie cyfr tych, w całej pełni utrzymuje się nasz pogląd co do działania kreozotu przy suchotach płucnych, przez nas wypowiedziany; pogląd ten pozwalamy sobie na tem miejscu jeszcze raz przytoczyć: „największą, nie dającą się zaprzeczyć, zasługą kreozotu jest poprawa stanu ogólnego“.

Wreszcie o zachowaniu się płwociny, kaszlu i t. d., po krótko tylko wspomnę, z góry już jednak nadmienię, że i tu leczenie kreozotowe okazało się w znacznym stopniu korzystniejszym dla chorych, niż leczenie objawowe, przy którym w bardzo nielicznych przypadkach można było zauważyć zmniejszanie się ilości płwociny i kaszlu, natomiast w większości przypadków ilość płwociny stała się zwiększającą, charakter jej stawał się coraz gorszym [ropna często cuchnąca], kaszel zaś coraz więcej niepokoił chorych. Toż samo da się powiedzieć i o łaknieniu, które przy leczeniu czysto objawowym w większości przypadków było lichem, chorzy nierównie częściej narzekali na nieprzyjemne objawy gastryczne, język bywał nieczystym, wygląd chorych gorszym. Co się tyczy wreszcie krwioplucia i krwotoków płucnych, o jakich wspominaliśmy przy kreozocie [16%], to i przy leczeniu objawowym powikłania te występowały nieco wprawdzie rzadziej [9%] i dlatego powtarzamy na tem miejscu za francuzkimi autorami, że *haemoptoe* nie stanowi przeciwwskazania dla leczenia kreozotowego. Czy więc

istnieją w ogóle przeciwwskazania dla kreozotu? Sądźmy że nie, chyba że mamy do czynienia z jakąś idyjosynkrazyją do tego leku.

Reasumując wszystko, cośmy w pracy naszej zebrać zdołali z naszych i cudzych spostrzeżeń, przychodzimy ostatecznie do wniosku, że kreozot zasługuje na rozpowszechnienie go w praktyce szpitalnej, a prawdopodobnie więcej jeszcze w praktyce prywatnej, o czym zresztą jedynie sądzić mogą na podstawie prac innych autorów, gdyż własnego w tym kierunku doświadczenia zbyt mało jeszcze posiadam.

Przytem do leczenia kreozotowego nadają się wszystkie postaci i wszystkie okresy gruźlicy płuc, począwszy od postaci wstępnej, a skończywszy na rozpadowej postaci suchot płucnych.

Kreozot jednak nie jest środkiem swoście [specyficzniej] działającym w gruźlicy płuc, lecz środkiem wiele dobrego zdziałać mogącym, przez poprawę stanu ogólnego przedewszystkiem, a w części i przez osłabienie sprawy gruźliczej w płucach.

I dlatego to bardzo słuszną BOUCHARD i GIMBERT w końcu swej pracy czynią uwagę: „*nous gardons la conviction, que la grande majorité des phthisiques périra; mais nous avons l'espérance, que plusieurs obtiendront une guérison, sur laquelle on ne comptait pas*“.

Już po ukończeniu niniejszej pracy udało nam się dostać trzy nowe, traktujące o kreozocie, prace. Autorem pierwszej z nich jest LUBLIŃSKI ¹⁾. Zajmuje się on głównie kwestyją rozpoznawania prawdziwego kreozotu od przetworu, używanego w handlu niewłaściwie pod tą nazwą, o czym my we właściwym miejscu dość obszernie wspominaliśmy. Ponieważ praca ta nie zawiera nic nowego, przeto ograniczamy się tylko na tej pobieżnej wzmiance.

Autorem drugiej pracy o kreozocie jest SOMMERBRODT ²⁾, który w tym roku zabiera głos w tej materii już po raz drugi. Celem tej krótkiej, jak się autor wyraził, notatki było utrwalenie między kolegami przekonania, że tylko wielkie dawki [dochodził on do 0,75 *pro die*], kreozotu są w stanie wywrzeć wpływ pomyślny na przebieg sprawy gruźliczej, natomiast małe dawki mogą tylko zdyskredytować lek ten na zawsze. Badania bowiem doświadczalne GUTTMANN'a [o których niżej obszerniej wspomnimy], wykazały, że im większą jest procentowa zawartość kreozotu w gruncie odżywczym, tem większe jest prawdopodobieństwo wstrzymania rozwoju drobnoustrojów. Tym więc sposobem orzeczenie SOMMERBRODT'a, w pierwszej jeszcze pracy jego wyrażone: „*je mehr Kreozot pro die vertragen wird, desto besser die Wirkung*“ znajduje potwierdzenie w wynikach późniejszych, ściśle doświadczalnych.

Wreszcie trzecia praca wyszła z pod pióra GUTTMANN'a ³⁾. O ile dotychczasowe prace tyczyły się tylko strony klinicznej przedmiotu, o tyle ostatnia

¹⁾ „O leczeniu gruźlicy płuc i krtani za pomocą kreozotu“, referat w Przeglądzie Lekarskim Nr. 47. 1887. str. 635 [oryginału, umieszczonego w Deut. Med. Woch. Nr. 38. 1887. nie mogłem dostać].

²⁾ Berl. klin. Woch. Nr. 48. 1887. str. 910. „Weitere Notiz zur Behandlung der Lungentuberculose mit Kreosot“.

³⁾ Zeitschrift für klin. Med. 13 tom, 5 zeszyt. 1887 str. 488 „Die antiseptische Wirkung des Kreosots und seine Empfehlung gegen Lungenschwindsucht“.

stara się nadać kreozotowi racjonalną podstawę w myśl dzisiejszych na istotę chorób zapatrywań. Praca ta jest więc ściśle doświadczalną i napisana jest z rzadką sumiennością i znajomością rzeczy, a jako taka zasługuje na obszerniejszą wzmiankę. Autor przeprowadził cały szereg badań nad wpływem kreozotu na rozwój 17 gatunków drobnoustrojów chorobotwórczych, bądź też zupełnie niewinnych. Z badań tych okazało się, że już przy zawartości kreozotu w gruncie odżywczym [żelatynie] $\frac{1}{4000}$ rozwój niektórych pasorzytów był wstrzymanym, a przy nieco większej zawartości mianowicie: $\frac{1}{2000}$ prawie we wszystkich przypadkach zaszczerpione czyste hodowle się nie rozwinęły, podczas gdy przy tejże samej zawartości kwasu karbolowego w żelatynie odżywczej prawie wszystkie hodowle wzrosły, jednym słowem z badań tych widać, że kreozot jest dobrym antyseptykiem, a nawet przeciwnie jego działanie jest silniejszym, niż kwasu karbolowego.

Nadzwyczaj interesującymi są doświadczenia GUTTMANN'a nad wpływem kreozotu na rozwój laseczników gruźliczych. I tu okazało się, że przy zawartości kreozotu w surowicy krwi $\frac{1}{4000}$ zaszczerpione czyste hodowle zaledwie dały nieznaczne i nieliczne kolonie, a przy $\frac{1}{2000}$ ani śladu takowych nie dało się zauważyć.

Ztąd GUTTMANN dochodzi do wniosku, że wpływ kreozotu hamujący na rozwój laseczników gruźliczych miał by miejsce wtedy, gdyby zawartość jego we krwi wynosiła $\frac{1}{4000}$, a do tego trzeba by wielkie ilości kreozotu wrowadzać do ustroju, co jest niemożliwym. Jednak stopniowo powiększając dawkę dzienną kreozotu [GUTTMANN dochodzi do 0,6 *pro die*], można z pewnem prawdopodobieństwem spodziewać się nie wstrzymania już, lecz powolniejszego rozwoju laseczników gruźliczych, *resp.* powolniejszego przebiegu omawianego cierpienia.

Niniejszy dopisek przez pomyłkę opuszczono w N-rze 7, str. 136 wiersz 18 od góry po wyrazie gruźliczych 1).

1) W pozostałych [115] przypadkach badań w tym kierunku nie przeprowadzaliśmy, a to ze względu na to, że objawy fizyczne aż nadto wyraźnie stwierdzały po większej części daleko już posuniętą sprawę gruźliczą w płucach. Wogóle trzymaliśmy się i trzymamy dotąd tej zasady, że badanie płwociny suchotników na pasorzyty w tych jedynie przypadkach jest wskazanem, gdzie 1) albo objawy fizyczne wskazują na bardzo nieznaczne zajęcie płuc sprawą chorobową [wydech wydłużony, nieco rzeżeń wilgotnych — lub nieznaczna zmiana [w wysokości lub jasności] w odgłosie wypukowym u jednego szczytu], albo też 2) gdzie przy istniejących objawach zgęszczenia wierzchołków przypuszczamy na podstawie wywiadów jakąś sprawę pylicową (*pneumoconiosis*). Przy wyraźnych zaś objawach fizycznych badanie to zazwyczaj [jak to na całym szeregu przypadków mogliśmy już poprzednio stwierdzić] jest dodatkiem, a więc jedynie tylko może mieć znaczenie potwierdzające, w przeciwnym zaś razie t. j. przy nieobecności laseczników gruźliczych w płwocinie suchotników z rozpadem płuc, rozpoznania naszego, na podstawie objawów fizycznych postawionego, nie cofniemy tem więcej, że zazwyczaj stół sekcyjny przychodzi nam w pomoc, jako „*ultimum criterium*“. Tak np. w 11 naszych przypadkach gdzie kilkakrotne badanie nie wykryło pasorzytów, niewątpliwie mieliśmy do czynienia z gruźlicą płuc, gdyż 2 przypadki zakończyły się śmiercią, w pozostałych przypadkach sprawa poszła *crescendo*.

Z ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO KOBIECEGO W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS.

III. ANEURYSMA TRAUMATICUM ARTERIAE CAROTIDIS COMMUNIS DEXTRAE, ORAZ UWAGI O SPOSOBIE ANTYLLA.

Podał

Władysław Matlakowski.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 7].

Observatio II. Pierwszym który z pomyślnym skutkiem zastosował metodę starożytną przy tętniaku tętnicy szyjowej był, według LEFORT'a, SISCO, który w 1829 r. wykonał ją u chorego Franciszka Nasoni, 17 lat liczącego; tętniak powstał wskutek pchnięcia nożem na kilka dni przed operacją; do wyciągnięcia jakichkolwiek wniosków brak nam wszelako bliższych danych.

Observatio III. Następnie w 1829 r. w Leeds chirurg, który nie podał swojego nazwiska, lecz tylko inicjał H, ogłosił nowe spostrzeżenie ▲). „Jan Pratt, 44 lat, zamieszkały opodal Bradford, został przyjęty do szpitala w Leeds w dniu 13. III. z powodu tętniaka, będącego następstwem rany, zadanej mu nożem szewckim ostrozakończonym. Rana zadana była na 10 tygodni przed przyjęciem; przytem stracił znaczną ilość krwi, która przestała płynąć, gdy nastąpiło omdlenie. Stopniowo chory przyszedł do siebie, a wtedy z wolna ukazał się tętniący guz, położony nad tętnicą szyjową, na prost odstępu między kością grdykową i chrząstką tarczową. Guz przedstawia stożek [wielkości zwyczajnego jaja], podstawa którego, że tak rzec, obejmuje tętnicę, wierzchołek zaś sterczy na zewnątrz, na którym widać małą ranę ziarninującą, wypełnioną skrzepem. Krwotok rozmiarów zatrważających miał miejsce co każde 10—14 dni, lecz zawsze ustawał z chwilą zemdlenia chorego. Powyższe dane opowiedziane zostały przez syna jego, który towarzyszył ojcu przy przyjęciu. Wygląd blady; chory nie skarży się na ból; osądzono na naradzie, że należy podwiązać tętnicę, co zostało uskuteczniłem dnia następnego o 2 po południu przez p. H. Najprzód *a. carotis com.* została podwiązana mocną podwójną podwiązką w zwyczajny sposób i bez żadnej trudności ze względu, że worek tętniakowy znajdował się tak wysoko, iż nie przeszkadzał przy prowadzeniu cięcia potrzebnego do podwiązania. Żadnej też przeszkody nie sprawiła żyła szyjowa. Następnie H. otworzył worek szeroko od dołu do góry, wygarnął skrzepy; skoro obnażono tętnicę, nastąpił obfity krwotok. Ten ostatni, oraz okoliczność, że naczynie było położone głęboko, a zarazem obawa uszkodzenia ważnych sąsiednich tkanek były powodem znacznej trudności i zwłoki w podwiązaniu tętnicy. Przy przecinaniu górnej części worka górna gałąź tarczowa została przecięta i natychmiast podwiązana; wnet potem dostrzeżono kłutą ranę tętnicy szyjowej, doprowadzono podwójną podwiązkę i podwiązano powyżej i poniżej rany, poczem zaraz krwotok się zatrzymał. Sądząc z wielkości naczynia [które było nieco zgrubiałe z powodu

▲) London Medical Gazette. 1829. T. I. p. 821. Za wypisanie z oryginału tej i jednej z następnych obserwacji w bibliotece Szkoły Lekarskiej w Paryżu obowiązany jestem p. S. ZABOROWSKIEMU, studentowi medycyny.

zrostu i zgęszczenia tkanki łącznej otaczającej] oraz z położenia ułclucia [na wysokości górnego końca chrząstki tarczowej], zranioną była tętnica szyjowa zewnętrzna przy swoim początku. Brzegi skóry zbliżono lepkiemi plastrami; chorego przeniesiono do łóżka“. Z przebiegu pooperacyjnego wyjmujemy tyle tylko, że przy opatrunku następnego dnia znaleziono ranę w znacznej części zagojoną *per primam*; w ciągu 10 dni zablizniła się i pozostała tylko część, gdzie tkwiła podwiązka tętnicy szyjowej; „wydzielina była od początku do końca bardzo skąpą, a zapalenie nie większe, niż potrzeba do wytworzenia sprawy zlepnej“. Chory wyszedł 16. IV. t. j. w 5 tygodni po operacji. JOHNSON SMITH w artykule swoim *) o *a. carotides* wspomina, że starą metodę z dobrym skutkiem zastosował przy traumatycznym tętniaku tętnicy szyjowej drugi HEY; być bardzo może, że ów p. H. z LEEDS jest właśnie drugim HEY'em.

Observatio IV. W czasie wojny amerykańskiej w 1862 r. d. 30. IX. WEIR §) postąpił sobie przy tętniaku traumatycznym rozlanym, powstałym wskutek postrzału w szyję d. 17. IX., w sposób opisany w spostrzeżeniu SYME'a; na nieszczęście chory miał obok tego uszkodzenie rdzenia pacierzowego, z którego umarł.

„30 Września 1862 r. byłem wezwany na naradę do Henryka Herman'a, 23 lat liczącego, ranionego w bitwie pod Antietam w prawą stronę szyi na wysokości górnej części chrząstki tarczowej i przedniego brzegu *m. sternocleidomastoidei*. Z danych dotyczących stanu chorego przed wstąpieniem do szpitala w 24-ym Września nie wiele można było dowiedzieć się. 29. IX. nagle powstał niewielki krwotok w 12 dni po otrzymaniu obrażenia. Krwawienie zostało powstrzymane, jak mniemano, przez zatkanie małego otworu rany lintem, napojonym *liquore ferri sesquichlorati*. Wtedy wytworzył się szybko guz tętniacy, który rozszerzał się tak gwałtownie, że już tego samego dnia dosięgnął od żuchwy do obojczyka i od *m. sternocleidomastoideus* do linii pośrodkowej. Chociaż droga pocisku nie była wiadomą, nastąpił bezwład prawej nogi i częściowa utrata czynności prawej kończyny górnej. W godzinę po naradzie doniesiono mi, że guz bardzo się powiększył i zaczął spychać tchawicę na lewo. Skóra pokrywająca tętniak wrzekomy była napiętą, tętnienie i szorstki szmer (*thrill*) wyczuwało się przy macaniu. Zatyczka z lintu pozostaje w ranie, mocno utrzymywana w niej przez zakrzepłą krew. Oddech powolny i nieprawidłowy, sinica na twarzy, tętno 65, nieregularne. Nawet przypuszczając, że skaleczonym jest rdzeń, postanowiono operować, śmierć bowiem była niechybną z krwotoku. Oznaczywszy ściśle role swoim pomocnikom, wyjąłem lint z rany, natychmiast rozszerzyłem ją na tyle, aby przepuściła dwa palce do dna jamy. Byłem tak szczęśliwy, że znalazłem i nacisnąłem otwór w tętnicy bez wielkiej trudności i w ten sposób skutecznie opanowałem krwotok, który był zrazu bardzo gwałtowny lecz krótkotrwały. Przez cały ciąg długiej operacji zauważyliśmy, że krwawienie z tętnicy było powstrzymane z łatwością, przy użyciu bardzo słabego nacisku. Teraz wygarnięto skrzepę i przedłużono cięcie

*) Dictionary of Practical Surgery by various british hospital surgeons, edited by Christopher Heath. London. 1887. p. 236.

§) Medical and Surgical history of the war of the rebellion I surgical volume, p. 456 i 457.

ku dołowi do obojczyka i ku górze na jeden cal; [cale nacięcie wyniosło w ten sposób 3—4 cali]. Z powodu zamaskowania tkanek przez nacieklą krew i przemieszczenie części skutkiem nacisku, doświadczyliśmy znacznych trudności przy odnalezieniu tętnicy powyżej i poniżej otworu. Dopiero po długich i kikakrotnych usiłowaniach odszukaliśmy dośrodkową część tętnicy i nałożyliśmy na nią podwiązkę igłą aneuryzmatyczną Morr'a. W tym czasie przypadkowo zdarzyło się, że palec naciskający na otwór w tętnicy zesunął się z niej, przyczem krew trysnęła z górnego odcinka tętnicy na 5—6 sekund. Po nałożeniu podwiązki na obwodowy odcinek krwotok ustał zupełnie. W chwili gdy nakładano pierwszą podwiązkę, wystąpiło wielkie zaburzenie w ruchach oddechowych, nasuwające na myśl, że w pętlicę został ujęty nerw błędny. Po 10—15 minutach oddech stał się regularniejszym. Zauważyliśmy także po nałożeniu sześciu innych podwiązek, że wystąpiła hemiplegija lewej połowy ciała, ze skłonnością do snu; chory został jednak łatwo otrzeźwiony; poruszną zatem pozostała sama kończyna górna prawa; polykanie nie uległo zakłuceniu. Otwór w tętnicy był owalny i miał ćwierć cala długości. Chory utracił zaledwie osiem uncyj krwi, co było bardzo mało jak na tak straszliwą operację, która trwała dłużej niż dwie godziny. Z dalszego opisu wyjmuję tylko tyle, że chory zmarł 1 Października przy objawach coraz większego osłabienia. Przy sekcji przekonano się, że ani żyła szyjowa wewnętrzna, ani nerw błędny nie zostały wzięte w podwiązkę. Przy badaniu tętnicy znaleziono, że podwiązka nałożoną została na $\frac{3}{4}$ cala ponad, i $\frac{1}{8}$ cala poniżej rany, lecz górna ligatura była cokolwiek rozluźnioną. Rana w pochwie naczyniowej była $\frac{1}{8}$ cala poniżej podziału tętnicy; ściana tętnicy wydawała się zdrową, z wyjątkiem najbliższych części naokoło rany. Pocisk trafił kręgosłup z przodu na dolnym brzegu 6-go kręgu szyjowego tuż zaraz na wewnątrz od tętnicy kręgowej, która była nieuszkodzoną, poczem wniknął w rdzeń kręgowy.

Observatio V. Szczęśliwszym był GEO. E. FROTHINGHAM, profesor oftalmologii w Michigan Δ).

„W nocy 16. VIII. 1875 r. H. O., 23 l. skaleczony został przy wybuchu prochu, przechowywanego w magazynie, który on wraz z innemi usiłował ocalić od ognia. W chwili wybuchu stał on naprost okna wystawowego i razem z kilku towarzyszami został odrzucony na kilka stóp ku środkowi ulicy i na kilka chwil stracił przytomność. Byłem wezwany do chorego w godzinę po wypadku i znalazłem go wielce pognębnionego w siedzącej postawie. Twarz była pokryta zdrapaniami, spowodowanemi przez kawałki szkła i inne przedmioty wymiecione we wszystkich kierunkach przez wybuchający proch. Między uszkodzeniami były dwie przenikające rany na prawej stronie szyi, jedna w bliskości przednio-dolnego kąta *trianguli suboccipitalis*, a druga tuż przy wierzchołku trójkąta karotycznego dolnego. Otwory w skórze wyglądały jakby wycięte przez cząstki szkła i miały 1—2 linij na długość. Krwotok zewnętrzny ustał niedługo po

Δ) A case of traumatic aneurism of right common carotid; operation of the opening the sac. internal jugular vein being wounded is also ligated; recovery. American Journal of medical Sciences; 1876. October.

skaleczeniu, lecz powstał rozlany tętniak, rozciągający się od kąta żuchwy do obojczyka, odpychający tchawicę z lekka na lewo i przeszkadzający przy polykaniu. Badanie zgłębnikiem okazało, że okruch szkła, który wszedł przez górny otwór, ześlizgnął się ku górze i prawdopodobnie uwiązł w tkance za uchem zewnętrznym, chociaż nie można było go wyczuć. Głos był zredukowany do prostego szepotu. Zalecono spokojne położenie na grzbiecie, opatrzone prawe skaleczone oko, poczem poleciłem obecnym wezwać mnie natychmiast skoroby guz na szyi zaczął się powiększać, lub wzmogła się trudność przy polykaniu. Z rana polykanie stało się mniej trudnem, a obrzmienie na szyi nie okazywało dążności do zwiększania się. To mnie zachęciło do postępowania wyczekującego w nadziei, że tętnica nie została zranioną i że wylana krew pochodzi z którejś gałęzi, i że możliwe jest dobrowolne wyzdrowienie. Na czwarty dzień jednak szmer stał się wyraźniejszym i wskazywał bardzo wyraźnie, że zranioną tętnicą była *a. carotis communis*. Od tej pory do 31 Sierpnia guz się stał bardziej ograniczonym, bardziej wystającym nad punktem, gdzie tętnica była zranioną, pozostawiając między sobą i obojczykiem lekkie zagłębienie. Przez ten czas pogoda była przyjemną i stan chorego poprawił się nieco, tak, że mógł na chwilę usiąść bez omdlenia, czego do tej pory nie był w możności zrobić z powodu omdleń. Pogoda tymczasem stała się znowu cieplejszą, a 3 Września guz stanowczo okazał się większym i od tej pory ustawicznie wzrastał. 6-go zaczął guz boleć, a 8-go bardzo bolał tak, że trzeba było dać dużą dawkę morfiny. Guz obecnie rozciągał się od kąta żuchwy do obojczyka, spychał tchawicę na lewo i wystawał na 2 cale nad poziom zwyczajny szyi; małe zagłębienie czyli rowek istniał między guzem i obojczykiem. Widząc, że objawy są groźne, postanowiłem nie zwłóczyć dłużej i przystąpiłem do operacji 9 Września o 3 po południu, t. j. w 23 dni po wypadku. Po uspieniu chorego eterem, cały mostkowy i połowa wewnętrzna obojczykowego przyczepu mięśnia obojczyko-mostkowo-sutkowego zostały przecięte wraz ze skórą i powięzią pokrywającą je. Następnie zrobiono cięcie w skórze i głębokiej powięzi w dolnej części szyi, wzdłuż wewnętrznego brzegu mięśnia mostkowo-sutkowego i zaufany asystent miał sobie polecony nacisk paluchem na dolną część tętnicy szyjowej wspólnej. Wywierając należyty nacisk, palec przerwał cienką ścianę worka, lecz w tej chwili natrafił na tętnicę i ścisnął zupełnie jej dolny odcinek, poczem pulsacyja w guzie bardzo się zmniejszyła. Teraz zrobiłem małe nacięcie w najbardziej wystającej części guza, poczem zagrażyłem wskaziciel w jamę, aby wyczuć ranę w tętnicy. Po krótkiem poszukiwaniu znalazłem ją, a po naciśnięciu na nią ustąpiło zupełnie tętnienie w guzie. Wtedy otworzyłem szeroko worek, wygarnąłem skrzepy, wygąbkowałem jamę, poczem okazało się, że rana znajduje się w tętnicy szyjowej wspólnej tuż poniżej dolnego brzegu *m. omoplatohyoidei*. Odciągnąwszy go ku górze i zbadawszy tylną ścianę worka, tkanki którego zdawały się być mocno zmienionemi, przekonaaliśmy się, że znaczna żyła krzyżuje się z tętnicą właśnie w tym punkcie i wlewa się do *v. jugularis int.*, która, jak zwykle w tych razach, prawie zupełnie pokrywała tętnicę. Przy usiłowaniu odciągnięcia jej na bok ściana żyły, prawdopodobnie osłabiona przez sprawę zapalną, rozerwała się i straszliwy strumień krwi żyłnej zalał pole. W tym samym momencie naciśnięto na żyłę, po-

czem podwiązano tętnicę powyżej rany. Żyła szyjowa wewnętrzna została też podwiązana pod i nad miejscem uszkodzenia, oraz żyła wchodząca do niej, tak że razem nałożono pięć ligatur. Po oczyszczeniu rany brzegi jej zeszyto, podwiązki wyprowadzono przez dolny kąt rany, położono okład na ranę, a chorego do łóżka“. Przebieg był wogóle pomyślny, bez powikłań mózgowych, z pewnem podniesieniem ciepłoty. 21-go dnia odpadły podwiązki z tętnic, 29-go zaś z żyły. Wyzdrowienie i powrót do sił zupełny. W omówieniu swego przypadku autor powiada, że znalazł jeden tylko podobny, a mianowicie przypadek SYME'a wyżej już przez nas przytoczony.

Observatio VI. Ostatni przypadek, jaki udało mi się wyszukać, ogłosił H. MORRIS *); różni się on znacznie tak co do natury, jak i pod względem technicznych trudności, oraz sposobu operowania. U 45-letniej kobiety zauważono guz wielkości orzecha włoskiego, na wysokości podziału tętnicy szyjowej wspólnej; miał on powstać przed 8 miesiącami; podwiązano *a. cecotidem com. in loco electionis* katgutem; tętnienie w worku wróciło w $4\frac{1}{2}$ godziny po operacji, trwało przez miesiąc, poczem znikło, lecz można je było wyczuć w tętnicy szyjowej zewnętrznej. W sześć tygodni potem wystąpiło poniżej kąta żuchwy obrzmienie nie pulsujące z objawami dawniejszemi [ból w głowie i szyi, suchość w gardle, trudność przy połykaniu]; gdy po 4 tygodniach objawy wskazywały na obecność ropy, zrobiono nacięcie, przez które wypłynęło nieco ropy; z niezagojonej jeszcze rany nastąpiło krwawienie, a w pół roku po pierwszej operacji worek tętniakowy pękł, wywołując straszne naprężenie skóry. Wtedy MORRIS podwiązał *a. maxillarem ext. i thyroideam sup.*, przeciął worek, opróżnił go ze skrzepów, a przekonawszy się, że krew leje się z obwodowego końca worka odszukał tętnicę i podwiązał ją. Badanie wykazało, że krew wcale nie wypływała do worka z tętnicy domózgowej (*carotis interna*), i że skrzep się w jej światło nie przedłużał. Autor na zasadzie swego spostrzeżenia przychodzi do wniosku, że po podwiązaniu *a. carotidis com.* krew nie dostaje się wcale do dolnego końca *a. carotidis int.* i że w przypadkach analogicznych należy oprócz *carotidis com.* podwiązywać jednocześnie i gałęzie *a. carotidis ext.*, dla zapobieżenia napływowi krwi do worka. [D. n.]

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Na posiedzeniu klinicznym d. 7. II. 1888 r., kol. ORŁOWSKI przedstawił chorego, któremu wykonał z pomyślnem zejściem laparotomię z powodu skręcenia kiszki cienkiej (*volvulus*). Opis tego przypadku będzie drukowanym w naszym piśmie. W dyskusyi nad przypadkiem kol. ORŁOWSKIEGO, kol. JAWDYŃSKI usprawiedliwia postępowanie tego ostatniego, co do nie usuwania starych zrostów. Przyczyna niedrożności była jasną t. j. skręcenie i to należało usunąć. Usunięcie starych zrostów narażałoby chorego na większe niebezpieczeństwo, a nie dawałoby gwarancyi, że się nowe zrosty nie utworzą.

Na zapytanie kol. PRZEWOSKIEGO, czy w danym przypadku niemożliwem byłoby usunięcie przyczyny, powodującej skręcenie, t. j. skrócenie kręzki, kol.

*.) A case of aneurism of the external carotid, in which after facture of the ligature of the common carotid, the old operation was performed successfully. British med. Journal. 1880. vol. II. pag. 705.

ORŁOWSKI odpowiada, że możnaby chyba utworzyć trójkątną fałdę z krézki i takową przesyć. Nikt jednak dotychczas tego nie robił. Należałoby wprzód przerobić tę rzecz doświadczalnie na zwierzętach, ale tu znów trudno jest znaleźć odpowiednie warunki.

Kol. SOKOŁOWSKI wygłosił kilka uwag nad terapiją antyseptyczną suchot płucnych. Od czasu odkrycia lasecznika gruźliczego zaczęto stosować przeciwko suchotom środki antyseptyczne. Stosowanie sublimatu [przez HILLEK'a w klinice LEYDEN'a] dało wyniki ujemne. Zapomniano, że syfilitycy, a zatem organizmy do pewnego stopnia nasycone rtęcią, zapadają bardzo często na suchoty, tak samo i tabetycy, którzy również poddawani są często leczeniu rtęciowemu. Z kolei probowano innych środków antyseptycznych, a wyniki nie były lepsze. Jedną z przyczyn niepowodzenia była ta okoliczność, że leczenie stosowano w późnych okresach, t. j. wtedy kiedy były już widoczne w płucach zmiany fizykalne, a wiadomo z sekcji, że sprawa gruźlicza w płucach bywa nieraz daleko posunięta, nie wywołując wyraźnych zmian fizykalnych. W późniejszych okresach lasecznik może już przeniknąć do całego ustroju. Dla leczenia suchot potrzebaby walczyć nie tylko z lasecznikiem, ale i z gruntem, na którym się lasecznik rozwija. Jak wielkie znaczenie ma ten grunt, dowodzi usposobienie dziedziczne do suchot płucnych. Na czem polega to usposobienie mało dotąd wiemy, jak również nie wiemy, w jakich warunkach skłonność do rozpadu w płucach może się zamienić na tendencją do tworzenia. Zatrzymanie się sprawy gruźliczej odbywa się wśród najrozmaitszych, często sprzecznych warunków. Wobec bezsilności leczenia istotnego suchot płucnych, uciekamy się do leczenia objawowego. Za takie uważa kol. SOKOŁOWSKI leczenie dotychczas używanymi środkami antyseptycznymi. Jednym z najstarszych jest kreozot zalecany przez BOUCHARD'a. Kol. S. stosował go przed 10 laty w Görbersdorfie; ale tam wobec stosowania innych środków leczniczych trudno było znaleźć kryterjum dla działania kreozotu. Większe znaczenie mają pod tym względem spostrzeżenia szpitalne. Kol. S. w ciągu lat 3-ch spostrzegł w swoim oddziale 300 przypadków gruźlicy płuc, z których 175 poddawał leczeniu kreozotem.

Szczegółowe wyniki tych spostrzeżeń są ogłoszone w naszym piśmie w opracowaniu kol. SĘDZIĄKA. Na podstawie własnych spostrzeżeń, kol. S. uważa kreozot za środek, oddający dobre usługi w leczeniu suchot płucnych: chory dobrze i długo go znoszą, stan ogólny poprawia się, kaszel zmniejsza, płwocina ogranicza. O ile kol. S. poleca kreozot, o tyle ostrzega przed fenolem, stosowanym do wewnątrz lub podskórnie. Zachęcony doniesieniem FILEAU o nadzwyczajnie pomyślnych wynikach z wstrzykiwań fenolu pod skórę, kol. S. w 5 przypadkach zastosował jego metodę, ale otrzymał wyniki ujemne: upadek ogólny, objawy otrucia fenolem, niezwykłą bolesność w miejscu wstrzyknięcia ¹⁾. ROBIN stosując fenol u gorączkujących [w tyfusie brzuszny] wykazał jego złe skutki dla ustroju wskutek wpływu na utratę soli potasowych. W dyskusji nad odczytem kol. SOKOŁOWSKIEGO, kol. PRZEWOŚKI potwierdza zdanie tego ostatniego, że nieraz dość duże zmiany w płucach [kawerny wielkości orzecha włoskiego] nie dają objawów fizykalnych. Leczenie suchot płucnych na samym początku powinny dawać dobre wyniki, ponieważ lasecznik gruźliczy ma większą od innych pasorzytów skłonność do umiejscowiania się bez uogólniania się. Jakie zmiany zachodzą w tkankach przy usposobieniu gruźliczem, dotychczas wiadomo. Drobnowidzowe badania różnych tkanek osób, posiadających tak zw. *habitus phthisicus*, nie wykryły żadnych zmian swoistych ani obecności laseczników.

Kol. DUNIN utrzymuje, że i początkowe okresy suchot płucnych są możliwe do rozpoznania o ile sprawa odbywa się w granicach fizykalnego badania, t. j. na

¹⁾ Również wstrzykiwania fenolu, przez kol. S. do jam w r. 1881 dawało wyniki ujemne.

głębokości, dostępnej opukiwaniu i osłuchiwaniu. Zresztą nie ma bezpośrednio stosunku między objawami fizykalnymi i rokowaniem w suchotach płucnych. Z środków antyseptycznych kol. D. stosował także fenol, kreozot i wlewania do kiszki siarkowodoru metodą BERGEON-MOREL'a. Dodatnich wyników nie widział, ale co do fenolu, mianowicie do wstrzykiwań podskórnych podług FILEAU, nie widział tych złych wyników, o jakich wspomina kol. S., chorzy znosili wstrzykiwania bardzo dobrze, a nawet w jednym przypadku *bronchiitidis putridae* wynik był pomyślny. Nie podziela również pesymistycznych poglądów kol. S. co do terapii suchot. Owszem, jest to względnie wdzięczniejsze pole niż w innych chorobach przewlekłych zapalnych, jak zapalenie nerek, wątroby i t. d.. Sprawa w płucach może się zatrzymać i chorzy przy odpowiednim leczeniu i pomyślnych warunkach mogą wyzdrowieć. Nakoniec kwestyja dziedziczności może z czasem dać się wytlómaczyć nie koniecznie drogą przyjmowania dyjatezy tylko bezpośrednio udzielaniem się lasecznika przez nasienie.

Prof. BARANOWSKI robi uwagę, że dla rozstrzygnięcia pytania, czy kreozot lub jaki inny środek antyseptyczny jest środkiem swoistym dla lasecznika gruźliczego podobnie jak np. rtęć dla zarazka przymiotowego, trzeba się zwrócić przede wszystkim do chirurgów, którzy mają możność spostrzeżenia przebiegu sprawy gruźliczej na powierzchni organizmu, t. j. tam gdzie łatwiej jest osiągnąć zarazek gruźliczy. Trudno rozstrzygnąć *a priori*, czy się taki środek znajdzie. Z jednej strony gruźlica nie posiada właściwości wielu chorób zakaźnych, mianowicie *immunitatis* ustroju na raz przebyłą sprawę, ale z drugiej strony istnieją organizmy nie podlegające gruźlicy, a zatem możeby się dało stworzyć w danym przypadku ową przyrodzoną niewrażliwość na zarazek gruźliczy, nakoniec gruźlica jest chorobą przeważnie chroniczną i długo pozostaje lokalną. Prócz fenolu i kreozotu, wartoby zwrócić uwagę na jodoform, za którym przemawiają spostrzeżenia VERNEUIL'a oraz taninę, którą podawano zwierzętom i otrzymywano odporność na zarazek gruźliczy [RAYMOND i ARTHAUD].

Kol. GOLDFLAM przypomina, że tabetycy zapadali na gruźlicę mianowicie w 3 okresie paralitycznym jeszcze przed tym czasem, zanim *tabes* zaczęto leczyć rtęcią. Są pewne dane, że istnieje związek genetyczny między władem mlecza i gruźlicą¹⁾.

Kol. OLTUSZEWSKI mniema, że dla wydania sądu o działaniu kreozotu potrzeba długiego spostrzeżenia, jak to robił SOMMERBRODT. Dlatego też chorzy nieszpitalni lepiej się do tych spostrzeżeń nadają.

Kol. SOKOŁOWSKI na czynione uwagi odpowiedział, że do pesymizmu w sprawie leczenia suchot płucnych zmusza go długoletnie spostrzeżenie suchotników, z których nader mała częśćka ocalała. Zakłady lecznicze zwykle statystyki nie ogłaszają właśnie z powodu złych wyników leczenia. Dotychczas żadnego środka swoistego przeciwko gruźlicy nie ma. Kreozot działa tylko symptomatycznie. Jodoform i tanina lepszych wyników nie dają. Nakoniec spostrzeżenia, robione na praktyce prywatnej co do działania kreozotu, mają mniejszą wartość niż spostrzeżenia szpitalne, ponieważ nad prywatnymi chorobami trudna jest kontrola i lekarzowi rzadko się zdarza takich chorych przez czas dłuższy systematycznie obserwować.

REGULAMIN

przynawania nagród z zapisu Jakóba Natansona.

Profesor b. Szkoły Głównej JAKÓB NATANSON, jeden z pierwotnych założycieli kasy pomocy dla osób pracujących na polu naukowem, zmarły 14 Września 1884 r., testamentem spisany w Warszawie w d. 10 Lipca 1882 r. i 15 Listopada 1883 zapisał:

¹⁾ Np. dzieci tabetyków dostają dość często gruźlicy i naodwrot w rodzinach mających dziedziczne usposobienie do gruźlicy, spotykamy często tabetyków.

„rubli trzydzieści tysięcy Komitetowi Kasy pomocy dla pracujących na polu naukowym imienia D-ra MIANOWSKIEGO na następujący cel użyteczności publicznej. Co lat cztery mają być udzielane, z procentów od powyższej sumy, dwie nagrody za dwie największej wartości prace naukowe w ciągu ostatnich lat czterech, przez mieszkańców Królestwa Polskiego, w Królestwie urodzonych, dokonane i w języku polskim drukiem ogłoszone. Jedna z tych nagród przeznaczoną być ma za najlepszą pracę w zakresie nauk ścisłych, a druga za taką pracę w zakresie nauk społecznych, filozoficznych, prawnych, historycznych lub tym podobnych“.

Po zatwierdzeniu zapisu przez Władzę, w d. 4 Sierpnia 1885 r. wykonawcy testamentu złożyli do dyspozycji Komitetu nie tylko sumę w zapisie wymienioną, lecz i procenty od dnia śmierci zapisodawcy, umożliwiając tym sposobem wcześniejsze wykonanie myśli w testamencie wyrażonej. Za sumę powyższą Komitet kasy w myśl Ustawy [§. 4] zakupił 5% listy zastawne Towarzystwa Kredytowego Ziemskiego.

W myśl przytoczonych powyżej warunków testamentu, a zgodnie z Ustawą Kasy pomocy, Komitet zarządzający Kasą, w wykonywaniu woli zapisodawcy rządzić się będzie niżej wymienionemi zasadami i przepisami:

A. Fundusz nagrodowy.

§ 1. Fundusz nagrodowy powstaje z procentów od kapitału rs. 30,000 z zapisu JAKÓBA NATANSONA.

§ 2. Z funduszu tego powstają co lat 4 dwie w równej sumie nagrody pieniężne.

§ 3. Pierwsze nagrody powstaną z procentów zebranych od 14 Września 1884 do 13 Września 1888 roku.

§ 4. Fundusz nagród każdego okresu, powstający z czteroletnich procentów od kapitału, zwiększa się nadto procentowaniem powstającej w sposób powyższy sumy.

§ 5. Fundusz ten procentuje się aż do dnia wypłaty nagród.

§ 6. Z funduszu nagród pokrywane będą konieczne wydatki, z przyznawaniem nagród związane, a mianowicie: kupno prac drukiem ogłoszonych, o ile takowe Komitetowi złożone nie zostaną i kosztą ogłoszeń w pismach, o ile takowe bezpłatnie zrobić się nie dadzą.

B. Przedmiot nagród.

§ 7. Dwie równe nagrody pieniężne, udzielane będą co lat cztery, za dwie największej wartości prace naukowe, w języku polskim ogłoszone, w ciągu ostatnich lat czterech.

§ 8. Pierwsze nagrody przyznane zostaną za prace ogłoszone drukiem między 14 Września 1884 a 31 Grudnia 1888. Następne czteroletnie okresy odpowiadać będą latom kalendaryzowym.

§ 9. Jedna nagroda przyznawana będzie za pracę najlepszą z ogłoszonych drukiem w danym okresie, z dziedziny „nauk ścisłych“ [matematyka, nauki przyrodnicze włącznie z biologicznemi]; druga za taką pracę w zakresie nauk społecznych, filozoficznych, prawnych, historycznych lub tym podobnych“.

§ 10. Nagrody udzielone być mogą jedynie:

a) poddanym Rosyjskim [§ 2 Ustawy],

b) mieszkańcom Królestwa Polskiego w Królestwie urodzonym.

§ 11. Za każde czterolecie przyznane być muszą dwie nagrody za prace, z ogłoszonych, najlepsze. Nie dopuszcza się odraczanie nagród dla braku prac znakomitszych, przenoszenie prac z jednego okresu czteroletniego do następnych ani dzielenie którejbaż z obu nagród.

§ 12. Przeszkodą w otrzymaniu nagrody nie będzie:

a) uprzednie nagrodzenie pracy przez inną instytucyję,

b) zapomoga udzielona przez Kasę lub inną instytucyję na dokonanie lub ogłoszenie drukiem danej pracy,

c) rozmiary pracy.

§ 13. W razie nieprzyjęcia nagrody przez osobę, której przyznana została, nagrodę udziela się za inną, najlepszą z pozostałych prac danego okresu i działu.

C. Sposób przyznawania nagród.

§ 14. Do oceny przyjmowane będą prace składane przez autorów, wydawców, członków Kasy i wogóle osoby trzecie, a także zebrane staraniem Komitetu Kasy.

§ 15. Jakkolwiek Komitet Kasy starać się będzie, aby żadna z prac, kwalifikujących się do nagród, w sądzie minięta nie była, to jednak nie przyjmuje odpowiedzialności za przeoczenie prac, których autorowie lub osoby trzecie w terminie właściwym nie nadeszły.

§ 16. Prace, czyniące zadość warunkom wymienionym w § 7 i 10, składane być mogą do Komitetu w ciągu całego czteroletniego okresu i w ciągu dwóch najbliższych potem miesięcy.

§ 17. Prace autorów, którzy w okresie na sądzie prac przeznaczonym, są członkami Komitetu Kasy, do sądzienia przyjmowane nie będą.

§ 18. Rozpatrywanie i sądzienie prac dokonywać się będzie przez półroczne następujące bezpośrednio po upływie konkursowego czterolecia, a to porządkiem i sposobem w regulaminie wewnętrznych czynności Komitetu Kasy wskazanym.

§ 19. Przyznanie nagród nastąpi na pierwszym jesiennym posiedzeniu Komitetu Kasy, prostą większością głosów członków Komitetu, na posiedzeniu, w prawym komplecie [§ 13 Ustawy] obecnych.

Do dzisiejszego N-ru Gazety dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów Katalog nowych dzieł lekarskich księgarni E. Wendego i S-ki za miesiąc Styczeń b. r.

Wydawca D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny D-r Wł. Gajkiewicz.

Доволено Цензурою Варшавы, 12 Февраля 1888 г. Друкъ К. Ковалевскаго. Крѣлевска. № 29.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ Towarzystw lekarskich Krakowskiego
i Galicyjskiego.

Pismo poświęcone wszystkim galeziom nauki lekarskiej wychodzi w Krakowie w r. 1888 a 27 od założenia swego według dotychczasowego programu w objętości średniej 1½ arkusza in 4-to co Sobota.

Warunki przedpłaty: W Krakowie rocznie 8 złr. półrocznie 4 złr. Kwartalnie 2 złr. 20 ct. w Cesarstwie austrijackiem z przesyłką pocztową rocznie 8 złr. 80 ct. półrocznie 4 złr. 40 ct.; w Cesarstwie rosyjskiem i Królestwie polskiem z przesyłką pocztową rocznie 6 rs. półrocznie 3 rs.

Przedpłatę przyjmuje: Administracyja (Kraków ul. Sławkowska 8) oraz w Warszawie Księgarnia Gebethnera i Wolffa. Księ-
6-6

PERŁY ŻELATYNOWE

składu: Kreosoti fagi 0,05. Bals. toltutan. 0,2. niemające zapachu i smaku — a obecnie z wielkiem powodzeniem, w chorobach piersiowych zalecane, wyrabia J. Dąbrowski, Krucza 23, w Warszawie. Są do nabycia we wszystkich aptekach.— 6-3

W pracowni O. Bujwida od 20 Lutego do 10 Marca, będą miały miejsca zajęcia praktyczne z bakterjologii klinicznej dla Lekarzy. Brakuje 3 do kompletu. Wilcza Nr. 12.

0-2

Zgłaszać się od 11-1 i od 5-7.



naturalna woda mineralna w arsen i żelazo zasobna (rozbior prof. Ludwika Bartha Wiedeń), z silnem działaniem leczniczem w osłabieniu, niedokrwistości, nerwowości, chorobach krwi i skóry, nieprawidłowościach perjodów i t. d. Składy w aptekach i składach wód mineralnych. Woda świeżego napełnienia sprzedaje w aptekach pp. T. Heinricha, H. Kucharzewskiego. L. Ziemińskiego i K. Lilpopa w Warszawie. 10-4

WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ.

Wyszło z druku

dzieło pod tytułem:

TERAPIJA OGÓLNA

przez prof. Hoffmanna.

Cena dzieła wynosi Rs. 4, z przesyłką 4.50 a zatem jest tańszą od oryginału niemieckiego. Nabywać można u Wydawcy Gazety Lekarskiej, Marszałkowska 119, oraz we wszystkich Księgarniach. —20