

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

LECZENIE PRZEROSTU MIGDAŁKÓW *) (*Hypertrophia tonsillarum*)

napisał

Dr. Jan Sędziak.

Cierpienie, o jakim mówić zamierzam, należy do niesłychanie częstych i zarówno lekarza ogólnego, jako też specjalistę obchodzących. Już ten sam wzgląd tłómaczy mnie poniekąd, dla czego temat powyższy do obecnej pracy wybrałem. Jest jeszcze inny powód, skłaniający mnie do napisania niniejszej pracy. Oto niezupełnie jeszcze jasne wśród naszego społeczeństwa panuje pojęcie co do ważności samej operacji, a jeszcze więcej wczesnego wykonania takowej. Kwestye te również w niniejszej pracy starałem się uwzględnić.

W pracy mej zestawilem wszystkie metody — od najdawniejszych aż do najnowszych przy cierpieniu tem stosowane. Niektóre z nich, jak np. użycie żegadła galwanicznego, elektroliza etc., nie są jeszcze u nas dostatecznie znane. Sądzę, że oprócz lekarzy ogólnych (zwłaszcza na prowincyi praktykujących), dla których praca ta przedewszystkiem jest napisaną, nawet lekarz specjalista do pewnego stopnia zainteresować się nią może.

Metody leczenia przerostu migdałków dają się podzielić na następujące grupy:

I-sza obejmuje środki, należące przeważnie do grupy ściągających (adstringentia). Środki te stosujemy pod postacią pędzlowań, wdmuchiwań etc. Do nich należą alun, tannina, półtorachlorek żelaza i inne. Środki te działają wolno i słabo, i dla tego to jedynie w słabych oraz świe-

*) Mowa tu o podniebiennych migdałkach, które dla krótkości nazywać będziemy po prostu migdałkami.

zych zupełnie postaciach zastosowanie ich jest do pewnego stopnia usprawiedliwionem.

Do II-iej grupy należą środki energiczniej już działające. Stanowią one grupę środków chemicznych żrących (caustica). Środki te najczęściej stosowane są in substantia. Do nich należą: t. zw. pasta londyńska, kwas chromny, trójchloroctowy i inne. Środki te w pewnych razach mogą do pewnego stopnia korzystnie wpływać na zmniejszenie przerosłych migdałków.

III-cia grupa obejmuje środki jeszcze silniej działające. Znajdują one w ostatnich czasach coraz większe zastosowanie. Do środków tych należą: zegadło galwaniczne (galwanokaustyka), dalej ignipunctura (termocautére), wreszcie najmłodsza gałąź terapeutyczna elektroliza. Grupa ta ma obecnie już pokaźne grono zwolenników, którzy w wielu razach przekładają ją nad radykalną metodę t. j. krwawe usunięcie przerosłego migdałka.

Metoda ta stanowi:

IV-tą grupę – najracyjonalniejszą, najwięcej zwolenników mającą. Grupę tą podzielić można na 2 podgrupy:

a) wycięcie migdałka za pomocą noża.

b) usunięcie go za pomocą specjalnego instrumentu t. zw. tonsillotomu. Metoda ta prawie bez wyjątku u dzieci jest stosowaną.

Obecnie przystępujemy do opisu szczegółowego wszystkich metod oraz środków, przy leczeniu przerostu migdałków stosowanych.

I-sza Grupa: środki par excellence ściągające.

1) T a n n i n a. Stosować ją można, albo pod postacią pędzlowań mocnymi roztworami (25%), lub wdmuchiwań (insufflacyj). Te ostatnie skutecznie można, albo za pomocą zwykłego insufflatora, lub według metody Mackenziego ¹⁾ koniec zwykłego szpatla językowego (na 1/2 cala) zwilżony poprzednio wodą, zanurza się w dobrze sproszkowaną tanninę (lub ałun) i takowym pociera się o przerosły migdałek.

Procedurę tą powtarzać należy codziennie. Jako dodatnią stronę tej metody uważać należy to, że dany lek lepiej przylega do powierzchni migdałka.

¹⁾ Die Krankheiten des Halses und der Nase tlom. Semona 1880 (tom I) str. 89.

2) **Ałun** (alumen). Stosować go można pod postacią wdmuchiwań, lub lepiej według powyższej metody Mackenzi'ego. Kryształki ałunu można również wcierać w powierzchnię migdałka palcem. Tym sposobem obok ściągającego działania samego leku wywierac będziemy mechanicznie (rodzaj masażu) do pewnego stopnia na zmniejszenie migdałka, w stanie przerostu będącego.

3) **Półtorachlorek żelaza** (ferrum sesquichloratum) zachwala Mackenzie ¹⁾. Używa on środka tego pod postacią pędzlowań w roztworze 4,0—8,0:30,0 wody—raz, lub dwa dziennie. Środek ten również zaleca Uspenski ²⁾

4) **Salेत्रza n srebra** (Argentum nitricum) w roztworach 5—10⁰/₀ gorliwie zaleca Bagiński ³⁾.

5) **Jod** jest jednym z ulubionych środków, stosowanych w ogóle przy przerostowych postaciach cierpień gardła. Schech ⁴⁾ stosuje go pod postacią roztworów Mandl'a

Rp. Kali jodati 1,0

Jodi puri 0,25

Glycerini 20,0

Rp. Kali jodati 2,0

Jodi puri 0,5

Glycerini 20,0

Rp. Kali jodati 3,0

Jodi puri 0,8

Glycerini 20,0

przyczem słabsze roztwory używają się codziennie (pod postacią pędzlowań), mocniejsze co 2 i 3 dzień.

Jod stosują też niektórzy pod postacią nalewki (Tinctura iodi), lub w postaci miąższowych (parenchymatycznych) wstrzykiwań.

Jak już wspomnieliśmy działanie tych wszystkich środków jest wielce problematycznym i w większości przypadków bez nich obejść się możemy. Już nierównie więcej zasługuje na uwagę.

II Grupa: Środki par excellence żrące (caustica).

1) t. zw. Pasta (ciasto) londyńska (farmakopei Szpitala Golden Square) bardzo zachwalana przez Mackenzi'ego.

1) loco citato.

2) Ref. w Int. Centr. 1889 r. str. 562.

3) Wykład chorób dzieci, tłum. Kosmowskiego, tom 3, str. 28.

4) Die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase, III wyd. 1890, str. 150.

Składa się ona z równych części calcaria usta i natrum causticum z dodatkiem alkoholu do zarobienia.

Autor ten mówi, że często użycie tego środka usuwało potrzebę tonsillotomii. Procedura jednak jest znużającą i bolesną—wymaga od 5—20 posiedzeń, tym sposobem całe leczenie trwa od 1—3 miesięcy. Środek ten stosujemy (przy zachowaniu naturalnie wszelkich ostrożności, by zdrowych części nie przypalić), w kilku miejscach przerosłego migdałka, przyczem za każdą razą następuje częściowa utrata substancji. Semon ¹⁾ nie zgadza się z Mackenzie'm co do skuteczności tego środka—widywał on przytem po jego użyciu sprawy wrzodziejące, oraz obrzęki przez dotknięcie części zdrowych, co jest często nieuniknionem, zwłaszcza przy ruchach połykowych, oraz kaszlowych podczas samego aktu operacyi. W nowszych czasach dodatnie działanie pasty londyńskiej opisali Casgrove ²⁾, oraz Portugalew ³⁾.

2) Cały szereg środków chemicznych żrących, stosowanych in substantia. A więc pałeczki cynku (również w koncentrowanym roztworze — Chisholm ⁴⁾), miedzi, lapisu, dalej kryształki jodku potasu (stosowany również pod postacią wstrzykiwań mięszkowych—Jakubowicz ⁵⁾).

3) Kwas chromny—pierwszy stosował przy przeroście migdałków Levin ⁶⁾ w postaci kryształów. Heryng ⁷⁾ w kilku przypadkach przerostu migdałków u dzieci i osób młodych widział pomyślny rezultat od przyżegania kwasem chromnym, natopionym na srebrny zgłębnik podług powszechnie znanej metody autora. W ogóle autor stosuje chętnie kwas chromny jedynie w tych postaciach przerostu migdałków, jakie napotykamy u żółzowatych (skrofulicznych) osobników z jednoczesnem zajęciem migdałka gardzielowego=resp. Luschki (t. zw. adenoidalne wyrośla jamy nosogardzielowej). Z kwasem chromnym jednak należy być bardzo ostrożnym, gdyż objawy otrucia łatwo nastąpić mogą, jak to już w innym miejscu ⁸⁾ obszerniej wzmiankowa-

¹⁾ loco citato.

²⁾ Ref. w Int. Centr. 1887 str. 494.

³⁾ Ref. w Intr. Centr. 1889 str. 164.

⁴⁾ Ref. w Int. Centr. 1885 str. 87.

⁵⁾ Eulenburg'a—Real Encyclopédie 13, str. 563.

⁶⁾ i ⁷⁾ „Kwas chromny, jako środek leczniczy w chorobach nosa, gardzieli i krtani“. Gaz. lub. 1884—41 i dalej.

⁸⁾ „O leczeniu t. zw. suchot krtaniowych“ Kronika Lek. 1889, 4, 5 i 6.

łem. W ostatnich czasach przypadek podobny ogłosił Walter Fowler¹⁾. Jest to jedyna ujemna strona tego skąd inąd energicznie działającego środka.

4) **Kwas trójchloroctowy** (acidum trichloraceticum) zalecany przez Stein'a²⁾ z Moskwy, oraz Ehrman'a³⁾ z Heidelbergu. Szczegółowe badania przezemnie nad tym środkiem w chorobach gardła, krtani, nosa i uszu przeprowadzone—znajdują się w oddzielnej pracy⁴⁾. Ograniczę się tu tylko na kilku uwagach: jak w nosie, tak i przy przeroście migdałków używałem środka tego w kryształkach, na końcu srebrnej sondy zawieszonych, tak że w kilku przypadkach po kilkakrotnem użyciu kwasu trójchloroctowego, zauważałem dość znaczne zmniejszenie się objętości migdałka, tak że potrzeba wycięcia okazała się zbyteczną. Rękoczyn to prawie niebolesny, nie zawsze wymaga uprzedniego użycia kokainy. Nieznaczne palenie po użyciu tego środka po kilkakrotnem przepłukaniu zimną wodą zupełnie ustępuje. Po przypaleniu zaraz tworzy się strup pod postacią białawego nalotu, który zazwyczaj w kilka dni znika bez śladu. Środek ten, aczkolwiek niezbyt energicznie w tem cierpieniu działający, oraz wymagający często kilkakrotnych stosowań, w wielu jednak razach z korzyścią do pewnego stopnia używanym być może. Mianowicie kwas trójchloroctowy może znaleźć zastosowanie u osób starszych, u których dla różnych względów, o czem poniżej, wstrzymujemy się od wycięcia migdałka. W ogóle zaś w przypadkach umiarkowanego przerostu migdałków—przy niezbyt twardych migdałkach, a więc takich, gdzie przeważa rozrost elementów (torebek) limfatycznych. Ujemną stroną środka tego stanowi wielka jego zdolność do rozplywania się na powietrzu, przez co stosowanie go in substantia połączone jest z pewnemi niedogodnościami. I dla tego to najlepiej jest używać kwasu trójchloroctowego, które w małych dozach (gramowych) przygotowywa w szczelnie zamkniętych flaszeczkach znany Merck z Darmsztatu.

Obecnie obszerniej nieco zastanowimy się nad środkami, należącemi do grupy trzeciej, a przedewszystkiem nad

¹⁾ Ref. w Jour. of. Lar. 1890—3.

²⁾ „Acidum trichloraceticum—przy bolezniah nosa, gardła i ucha”
Odbitka z „Medycyńskie Obozrenie“ 20, 1889.

³⁾ Ref. w Wien. Med. Presse—12—1890

⁴⁾ Gaz. Lek. 1890.

użyciem żegadła galwanicznego przy przeroście migdałków.

1. Galwanokaustyka. Jak w przerośniętych noszłach nosowych metoda ta zyskała sobie stanowczo prawo obywatelstwa, tak i w przypadkach przerośniętych migdałków coraz częściej znajduje ono zastosowanie. Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że wycięcie przerośniętej części migdałka za pomocą tonsillotomu było i będzie zawsze najracjonalniejszym zabiegiem leczniczym—zwłaszcza u dzieci. Natomiast u dorosłych—w ogóle zaś tam, gdzie obawiać się możemy mniej lub więcej groźnego krwawienia—w galwanokaustyce znajdujemy dzielny środek w zupełności naszym wskazaniom—celom odpowiadający. Żegadło galwaniczne wreszcie wszędzie tam znajdzie swe zastosowanie, gdzie dla jakichkolwiek bądź powodów chory na wykonanie krwawego rękoczynu się nie zgadza. Wprawdzie metoda ta działa powolnie, wymaga najczęściej (z wyjątkiem pętli) kilku posiedzeń, działanie jej jest bardzo energiczne; cała zaś operacja wykonywa się bez kropli krwi.

Twierdzenie niektórych autorów (Knight ¹⁾ o bolesności tej metody jest zupełnie niesłusznem. Jeśli się przedtem silnie zakokainuje dane miejsce (najlepiej za pomocą spreju 10–15⁰/₀—jak to w Anglii jest powszechnie w użyciu, lub zapędzłowania 20⁰/₀) operacja zazwyczaj jest prawie bezbolesna.

Do zwolenników galwanokaustyki w tem cierpieniu należą: Ruault ²⁾, Garrison, Baumgarten ³⁾, Jonathan Wright ⁴⁾ (po 12-ym roku życia), Knight ⁵⁾ (u dorosłych w pewnych razach). Stanowczo wyższość oddają galwanokaustyce nad tonsillotomią Schiffers ⁶⁾, oraz Uspenski ⁷⁾. Semon ⁸⁾ również często stosuje żegadło galwaniczne (na 55 przypadków przerośniętych migdałków tylko w 18 wycinał takowe, w pozostałych zaś albo stosował galwanokaustykę, albo wewnętrzne leczenie). W ogóle trzyma on się następujących za-

¹⁾ Ref. w Jour. of Laryng 1890—2.

²⁾ Ref. w Int. Centr. 1888 str. 309.

³⁾ Ref. w Int. Centr. f. Lar. 1889 str. 164.

⁴⁾ Ref. w Int. Centr. f. Lar. 1889 str. 562.

⁵⁾ Ref. w Intr. Centr. f. Lar. 1890, Nr. 9.

⁶⁾ Ref. w Int. Cent. f. Lar. 1886 str. 495.

⁷⁾ loco citato.

⁸⁾ The throat department of. St. Thomas's Hospital 1885 str. 7.

sad: przy przeważającym wymiarze poprzecznym stosuje on operacją krwawą (albo nóż, albo tonsillotom) niezależnie od tego, czy ma do czynienia z dzieckiem, lub dorosłym. Tym ostatnim jednak ze względu na możliwość krwawienia mniej, lub więcej groźnego — pozostawia wybór obu tych metod (galwanokaustyka, oraz amputacja), uprzedziwszy o dodatnich, jakoteż ujemnych ich stronach. W przeciwnym zaś razie, t. j. w przeważającym wymiarze przedniotylnym, gdzie więc migdał, aczkolwiek duży, ukryty jednak jest mniej, lub więcej za łukami podniebiennymi, gdzie więc istnieje obawa zranienia jakiejś znaczniejszej gałązki tętnicznej, w przednim łuku przebiegającej (np. art. tonsillaris-gałązka art. palatinae desc. — w samym bowiem mięszu znajdują się jedynie małe gałązki — od art. car. int. — max. int. phar. asc. i pal. desc.), stosuje on zawsze żegadło galwaniczne.

Sposoby stosowania galwanokaustyki przy przeroscie migdałków dają się zredukować do następujących głównych typów:

1) Przypalanie przerosłej części migdałka za pomocą płaskiego kauteru. Jest to więc metoda analogiczna do tej, jaką i dziś jeszcze niektórzy autorowie stosują przy przerosłych muszlach nosowych. Przypalenie ma miejsce zwykle po uprzednim zakokainowaniu danego migdałka i wtedy jest prawie zupełnie bezbolesnem. Przypala się zwykle w kilku miejscach stosownie do wielkości migdałka, po kilku dniach, gdy strupki (ze zmartwiałych powierzchniowych części migdałka) odpadną — w miarę potrzeby powtarzamy przypalanie raz, lub kilka razy. Kaffeman ¹⁾ radzi zmartwiałe części usuwać za pomocą zimnej pętli. Autor ten stosuje metodę tą nawet u dzieci — płaskim kauterem jednak nie powierzchownie, lecz głęboko przypala. Metody tej t. j. użycia płaskiego kauteru, zarówno powierzchownie, jako też głęboko stosowanego — używałem z powodzeniem w kilku przypadkach u dorosłych. Metoda ta ma jedyną ujemną stronę, że działa zbyt słabo — powierzchownie — stąd potrzeba częstego powtarzania rękoczynu. I dla tego to w przypadkach przerosłych migdałków przekładam nad płaski kauter — śpiczasty — ostry, jakoteż użycie pętli gorącej. O metodach tych obecnie mówić zamierzam.

1) Ref. w Int. Cent. f. Lar 1890, Nr. 7.

2) Użycie śpiczastego kauteru. a) pod postacią wkłuwań. Metoda ta w ostatnich czasach coraz częściej znajduje zastosowanie przy przerosłych muszlach nosowych (zwłaszcza dolnych). Analogicznie zalecają ją niektórzy autorowie (Roth ¹⁾, Garrison, Knight ²⁾ i inni) i przy przeroście migdałków. Metoda ta polega na następującem postępowaniu: po dokładnem zakokainowaniu danego miejsca (przyczem czasami należy nam podobnie jak i przy użyciu pętli gorącej, użyć mięsaszowych zastrzyknięć kokainy 10⁰/₀ po parę kropel w paru miejscach, (gdyż metody te są nieco bolesniejsze, jak pierwsza) wkłówiamy rozpalony do czerwoności ostry kauter w tkankę migdałka na 1/2 ctm. Przypalanie trwać winno nie dłużej, jak parę sekund. Wkłówania te należy powtarzać na jednym posiedzeniu w kilku miejscach (3—5) oddzielonych od siebie na kilka millimetrów. Po kilku dniach gdy wszelki odczyn zapalny, zazwyczaj bardzo nieznaczny, zniknie — powtarzamy tenże rękoczyn. Takich posiedzeń wedle potrzeby może być kilka (4—10). Zwykle operacyja udaje się bez kropli krwi, jakkolwiek Knight ³⁾ opisał jeden przypadek, w którym nastąpiło krwawienie po użyciu powyższej metody.

b) pod postacią brózd. Na przerosłym migdałku kreśli się kilka (3—5) głębokich brózd poprzecznych (t. j. prostopadłych do osi podłużnej migdałka). Jest więc znowu metoda, podobna do tej, jaką stosują chętnie w przerosłych muszlach nosowych. W paru przypadkach metody tej użyłem przy przeroście migdałków, przyczem z rezultatów byłem dosyć zadowolonym.

3) Trzecią i ostatnią wreszcie metodę, jaką w ostatnich dopiero czasach stosować zaczęto — jest odcięcie przerosłej części migdałka za pomocą gorącej (galwanokaustycznej) pętli. I znów tu widzimy analogią z zastosowaniem galwanokaustyki w nosie. I tam w ostatnich czasach coraz więcej gorąca pętla zyskuje sobie zwolenników (Schech), do których i ja się zaliczam, gdy chodzi o usunięcie t. zw. polipowato zwyrodnionej muszli (zwłaszcza przedniego końca dolnej muszli). Metodę tę niezwykle często stosuję i jestem z rezultatów bardzo zadowolony. Co się tyczy jednak przerostu migdałków, to do pewnego stopnia należy być ostro-

¹⁾ Wien. Med. Woch. 1890 Nr. 3.

²⁾ i ³⁾ loco citato.

nym z użyciem gorącej pętli. Wiadomo bowiem jest rzeczą, że ażeby uniknąć znacznieszego krwawienia przy stosowaniu tej metody należy często strumień zamykać i otwierać t. j. rozpalać drut jedynie do czerwoności. Ostrożność tą łatwo zachować, gdy się ma do czynienia z przerostem muszli nosowej, gdzie więc powierzchnia nie jest zbyt wielką, a parę sekund wystarcza do usunięcia tą drogą przerosłej części. Inaczej się jednak rzecz ma z przerosłym, zwłaszcza znacznie migdałkiem, tu już parę sekund nie wystarczy do usunięcia tak znacznej części i z konieczności, chcąc przyspieszyć zakończenie, bądź co bądź niemilej dla chorego operacyi, rozpalamy pętlę zbyt mocno, przez co po operacyi często następuje nieprzyjemna komplikacya — mianowicie mniej, lub więcej obfite krwawienie. Dodajmy do tego, że operacyję tą wykonywamy przeważnie u dorosłych, gdzie więc po większej części w przeroście migdałków przyjmuje znaczny udział tkanka łączna — stąd dla usunięcia tej często w niezwykle zbitej tkanki, z konieczności używać musimy silniejszego strumienia.

I dla tego to Schech ¹⁾ nie jest zwolennikiem pętli galwanokaustycznej przy przeroście migdałków, tem więcej że zdaniem jego, rzadko kiedy tą drogą otrzymać możemy równą powierzchnię przecięcia. Bagiński ²⁾ natomiast metodę tą uważa za dobrą i bezbolesną. Do zwolenników metody tej należy wreszcie Knight ³⁾. Co się mnie tyczy, to jakkolwiek w niewielu jeszcze stosunkowo przypadkach ją stosowałem, to jednak nie odmawiam jej—wbrew twierdzeniu Schecha—pewnych zalet, do których przedewszystkiem zaliczyć należy radykalnie jednorazowe usunięcie danego cierpienia. Pod tym więc względem metoda ta zbliża się do następnej grupy resp. do metod, mających na celu wycięcie części przerosłej migdałka za pomocą noża lub tonsillotomu. Tymczasem inne metody użycia galwanokaustyki, a więc przypalenie płaskim kauterem, użycie śpiczastego kauteru do wkłowań, lub brózd, wymagają mniej lub więcej częstych powtarzań. Z drugiej jednak strony operacyja ta nie jest bezbolesną, jak utrzymuje Bagiński. Wprawdzie można rękoczyn uczynić do pewnego stopnia niebolesnym

¹⁾ loco citato.

²⁾ loco citato.

³⁾ Ref. w Int. Centr. f. Lar. 1890, Nr. 9.

przez uprzednie użycie kokainy (zwłaszcza podśluzowych wstrzykiwań). Najważniejszą jednak ujemną stroną tej metody stanowi obawa następczych krwawień, co względnie często przytrafić się może. Pod tym względem ja najzupełniej podzielam pogląd Schecha. Co do mnie to stosunkowo najchętniej stosowałbym gorącą pętlę tam gdzie mamy do czynienia przeważnie z hyperplasią samego miększu migdałka resp. jego torebek limfatycznych — a więc w przypadkach miękkich migdałków.

II. Do tejże grupy co i galwanokaustyka zaliczyć należy i *termocautère ignipunkturę* (*ferrum candens*). Dokonywa się ona za pomocą specjalnego aparatu (termokauteru) Paquelin'a zmodyfikowanego odpowiednio przez Krieg'a i Weil'a ¹⁾. Metodę tą nad amygdalotomią przekładają Bilhaut ²⁾ i Ramon de la Sotay Lastra ³⁾ prof. w Sewillii. Do zwolenników tejże metody należą również Ricordeau ⁴⁾ i Ruault ⁵⁾. De la Sotay Lastra stosował tę metodę z powodzeniem w 26 przypadkach. Po większej części zmuszony był powtarzać przypalania (od 1—9 posiedzeń). Autor ten uważa przypalania termokauterem za tak mało bolesną metodę, że użycie kokainy staje się zbytecznym (!). Metoda ta jednak, zdaniem mojem, napotykać będzie zawsze na nieprzewyciężony opór ze strony samych chorych, dla których widok rozpalonego żelaza, wprowadzanego do jamy ustnej przyjemnym być nie musi. Zresztą pominąwszy to, łatwo się zdarzać mogą przy tej metodzie (ze względu na stan psychiczny chorych — stąd niespokojne ich zachowanie się) obrażenia części zdrowych (języka etc.). Wreszcie metoda ta nie wyklucza krwotoku, jak o tem świadczy odnośny przypadek opisany przez Wernera. Z powyższych względów ja metody tej nie używam zupełnie, najzupełniej zadawalniając się trzema, z których o dwóch (kwas trójchloroctowy i galwanokaustyka) powyżej wspomniałem, o trzeciej zaś najracjonalniejszej, najczęściej stosowanej — mianowicie o krwawem odcięciu części przerosłych migdałka, obecnie obszerniej pomóć zamierzam. Pokróćce tylko jeszcze wspomnę o III metodzie, należącej do tejże, co galwanokausty-

¹⁾ cytowani u Schecha, str. 149.

²⁾ Ref. w Int. Centr. f. Lar. 1890. Nr. 8.

³⁾ Ref. w Int. Centr. f. Lar. 1890, Nr. 11.

⁴⁾ Ref. w Int. Centr. f. Lar. 1888, str. 14.

⁵⁾ loco citato.

ka i termokauter grupy. Mam tu na myśli młodą jeszcze bardzo gałąź terapeutyczną, nad którą w ostatnich czasach wiele i w różnych kierunkach robi się doświadczeń (Heryng ¹⁾, B. Fraenkel ²⁾ przy suchotach krtaniowych, Voltolini ³⁾ przy różnorodnych cierpieniach nosa i gardła, Kuttner ⁴⁾, Wolfenden przy strumatkach, Fort ⁴⁾ przy zwężeniach przełyku etc). Mam tu na myśli elektrolizę. Przy przeroście migdałków stosuje ją Solis Cohen z Philadelphii ⁵⁾, dalej Baumgarten ⁶⁾ z Buda Pesztu. Co się mnie tyczy, to aczkolwiek przy tem cierpieniu elektrolizy nie stosowałem, to jednakże opierając się na mych dotychczasowych badaniach nad elektrolizą, jakie przy wolach, oraz powiększonych gruczołach limfatycznych szyi robiłem w szpitalu Mackenzie'go (na Golden Square) w Londynie — ośmieliłbym się utrzymywać, że metoda ta ma przyszłość przed sobą. Jedyłą wielce ujemną stroną elektrolizy jest niezbędność długiego jej stosowania (średnio 10—20 posiedzeń). Przytem metoda ta jest dosyć bolesną. Najodpowiedniejszymi dla użycia elektrolizy będą te przerosty migdałków, w których przeważa hyperplasia elementów łącznotkankowych — więc przedewszystkiem przerost migdałków u dorosłych.

Zanim przejdę do szczegółowego opisu metod wycięcia przerosłych migdałków uważam za stosowne w tem miejscu powiedzieć słów parę o leczeniu ogólnem, konstytucyonalnem, przy tem cierpieniu jednocześnie stosowanem.

Leczenie to polega na podniesieniu stanu ogólnego, oraz na zwalczaniu istniejącej zazwyczaj dyskrazji. Przedewszystkiem leczenie to jest wskazanem obok miejscowego tam, gdzie jednocześnie istnieje, mniej lub więcej wyrażone zajęcie migdałka gardzielowego (t. zw. wyrosła adenoidalne jamy nosogardzielowej) oba cierpienia, jako wyrażenie istniejących żołązków. A więc zalecić należy odżywczą dyjetę — higienę — oprócz stosowania środków tonizujących: żelazo (fosforan—Mackenzie), tran, jod najlepiej w połączeniu—Semmon zapisuje w tych razach:

1) Gaz. Lek. 1890, Nr. 1 i daisze.

2) asystowałem takowym podczas moich studyjów w Berlinie.

3) Die Krankheiten der Nase etc. III wyd. 1888.

4) Ref. w Int. Cent. f. Lar. 1890 Nr. 10.

5) cytowany u Mackenziego.

6) loco citato:

Rp. Syr. ferri jodati 30,0

Ol. Jec. Aselli 60,0

MDS. Rano i wieczorem łyżeczkę od kawy.

Dalej arsenik pod postacią Sol. Fowleri, lub Pearsoni etc.

Lombron, cytowany u Mackenziego zachwala przy tem cierpieniu siarczane termy (Bagneres de Luchon), gdzie zarówno ogólne, jako też i miejscowe leczenie przeprowadzić można.

IV. Odcięcie przerosłej części migdałka (amputatio) dokonywa się albo ¹⁾ za pomocą noża, którą to metodę niektórzy autorowie stawiają wyżej nad użycie specjalnego przyrządu (tonsillotomu). Do nich należą Saint Germain ¹⁾, Calhoun ²⁾, Wiederhofer ³⁾, Wilms ⁴⁾, Hucter, Ried ⁵⁾ i wielu innych. Jako główne zalety noża autorowie ci wymieniają to, że jest się w stanie wyciąć tyle migdałka, ile potrzeba. Dalej słusznie utrzymują oni, że łatwiej przecieć o nóż, jak o tonsillotom. Wreszcie najgłówniejszy i to bardzo ciężki zarzut, jaki zwolennicy noża zadają tonsillotomowi (naturalnie mowa tu o t. zw. Mattieu'go), jest ten, że nóż obrączkowy może podczas wykonywania operacji pęknąć, co do przyjemnych rzeczy stanowczo nie należy. O przypadkach takich wspominają Schiffers ⁶⁾, Uspenski ⁷⁾, Katz ⁸⁾ i inni. Przypadek podobny przytrafił się Gouguenheimowi, o czem od niego usłnie się dowiedziałem podczas mego pobytu w Paryżu. W przypadku powyższym tonsillotom pochodził z fabryki samego Mattieu'go. Jeszcze podczas mej asystentury w szpitalu Ś-go Ducha na oddziale dr. Sokołowskiego byłem świadkiem podobnego przypadku. Pęknięcie tonsillotomu podczas operacji, sądzę, częściej się zdarza, niż by się zdawać mogło. Nie zawsze jednakże ogłasza się podobne przypadki. Nóż więc pod tym względem ma wyższość nad tonsillotomem — nie zawsze jednak zastosować się daje. Odpowiedniejszym on jest w przypadkach

¹⁾ Ref. w Int. Centr. f. Lar. 1885, str. 17.

²⁾ Ref. w Int. Cent. f. Lar. 1886, str. 334.

³⁾ Ref. w Int. Cent. f. Lar. 1884, str. 214.

⁴⁾ Real Encyclopédie Eulenbarga 15 tom — str. 563.

⁵⁾ cytowani u Rydygiera (Chirurgia szczegółowa, tom I, zeszyt. 2, str. 256).

⁶⁾ i ⁷⁾ loco citato.

⁸⁾ Ref. w Int. Cent. f. Lar. 1886, str. 98.

twardych migdałków (Mackenzie), w miękkich natomiast użycie noża jest często pod tym już względem niemożliwe, że przy wyciąganiu migdałka za pomocą kleszczyków (np. Muzeux'go), takowy się rozrywa. Dalej w ogóle u dzieci stosowanie noża bywa połączone z niebezpieczeństwem zranienia części zdrowych (języczka miękkiego, podniebienia etc) a to z powodu niespokojnego zachowania się małych pacjentów. Dla uniknięcia tego niektórzy chirurgowie zalecają wykonanie tej operacji w narkozie. Co się mnie tyczy, to u dzieci przekładam stanowczo tonsillotom nad użycie noża ze względu na niezbędną szybkość operacji, z drugiej jednak strony, jakkolwiek nóż stosuję czasami u dorosłych, to jednak chętniej w razach tych używam żegadła galwanicznego w formie, o jakiej powyżej wspomniałem. W jednym przypadku użycie noża jest absolutnie wskazaniem i niczem zastąpić się nie da, oto w przypadkach gdzie tonsillotomii z różnych względów (np. pęknięcie noża obrączkowego) dokończyć nie jesteśmy w stanie—i tylko nożem operacją dokończyć możemy. I dla tego to, przystępując do operacji tonsillotomii, powinniśmy koniecznie mieć pod ręką nóż, oraz kleszczyki, jednym słowem narzędzia niezbędne do wykonania operacji nożem, do której opisu obecnie przechodzę.

Technika tej operacji jest następująca: schwyciwszy lewy migdałek kleszczykami ostrymi, na bok zakrzywionymi (lub t. zw. Muzeux'go), trzymanymi w lewym ręku, wyciągamy nimi zwolna umiarkowanie migdałek z po za łuków podniebiennych w kierunku linii środkowej. Dodać winniem, że zbyt silnie wyciągać nie należy, gdyż nie chodzi nam bynajmniej o usunięcie całego migdałka, lecz tylko jego przerosłej części, (większą połowę). Taka exstirpatio migdałka nie jest przytem rękoźnym zupełnie bezpiecznym, zranić bowiem można tętnicę szyjową wewnętrzną (art. carotis int.) oddaloną od zewnętrznej powierzchni migdałka na $\frac{1}{2}$ —1 ctm. Jakkolwiek bowiem Otto Zuckerkandl ¹⁾ na preparatach anatomicznych wykazuje, że jest to prawie niemożliwem pod warunkiem, gdy się cięcie prowadzi w kierunku strzałkowym, jakkolwiek dalej Rydygier ²⁾ również powątpiewa o możliwości tego przypadku, to jednak

1) Ref. w Int. Centr. f. Lar. 1888, str. 214.

2) loco citato.

najlepszym dowodem, że to zdarzyć się może, są przypadki, ogłoszone przez Portal'a, Allon'a, Bruns'a, Bidord'a Hahna ¹⁾, Zresztą najzupełniej dla naszych celów wystarczy wyciąć część migdałka, za łukiem wystającą, lub nieco więcej (wyciągnąwszy wpieryw kleszczykami), gdyż po wycięciu danej porcyi możliwem jest lekkie powiększenie objętości pozostałej części migdałków (Semon). Pozostała część migdałka często sama przez się ulega zanikowi (Schech) lub ostatecznie, gdy i ona daje jeszcze impuls do nowych processów zapalnych—można ją zmniejszyć — najlepiej za pomocą galwanokaustyki.

Oprócz wyciągania migdałka kleszczykami można pomagać sobie jeszcze w ten sposób, że migdałek naciskamy od zewnątrz—pod kątem żuchwy (Semon), co jest jednakowoż mniej pewnem. Co się tyczy dalszego przebiegu operacyi, to mając już w wyżej opisany sposób przygotowany lewy migdałek, prawą ręką chwytamy za nóż guziczkowatą (może być prostym który ja przekładam — lub wygiętym), osadzony na długim trzonku i wycinamy część migdałka, wyrastającą z po za łuków. Niezbędnym jest nóż o tępyim—guziczkowatym końcu—a to w celu uniknięcia zranienia tylnej ścianki gardzieli — niezbędną jest również rzeczą, by nóż—resp. trzonek był dostatecznie długi—a więc by nam pozwalał dany rękoczyn wykonać pod kontrolą oka. Cięcie prowadzić należy w kierunku od dołu ku górze) a to w celu uniknięcia spływania krwi i zaciemniania sobie w ten sposób pola operacyjnego. Dolnym końcem noża nie należy zbaczać na zewnątrz, lecz ściśle trzymać się kierunku strzałkowego (sagittalnego, a to w celu uniknięcia zranienia art. corotis int. Jest to punkt bardzo ważny i dla tego to na niego szczególny kładę nacisk. Co się tyczy prawego migdałka, to postępując w powyższy sposób należałoby go wycinać lewą ręką wyciągając prawą. Ponieważ jednak nie każdy posiada odpowiednią wprawę i siłę w lewym ręku, można więc wykonać operacyję i prawą ręką, należy tylko umieścić się z tyłu chorego, który ma głowę silnie w tył przechyloną, lub wreszcie operować go w pozycyi leżącej z głową zwieszoną (metoda Rosego).

Drugą metodą jaką się posługujemy przy krwawem

1) loco citato.

usunięciu migdałka, jest t. zw. tonsillotomia, lub amygdalotomia, o której obecnie obszerniej, ze względu na jej pierwszorzędą doniosłość praktyczną, powiedzieć zamierzam. Ponieważ w wielu razach, zwłaszcza u dzieci niesfornych, użycie noża okazało się niemożliwem, zaczęto myśleć nad skonstatowaniem instrumentu, który by pozwolił operację wycięcia migdałka wykonać w jaknajprędszy sposób. Zasluga wynalezienia takiego instrumentu t. zw. tonsillotomu należy się amerykańskiemu chirurgowi Physickowi z Philadelphii¹⁾. Autor ten w r. 1827 skonstruował go na wzór uwulotomu Benjamin Bell'a. Przyrząd ten, którego do obecnej chwili używają stale w całej Anglii w zmodyfikowanej nieco przez Mackenzie'go postaci, obok wielu zalet, o czem poniżej, posiadał tę wadę, że wymagał użycia dwóch rąk. I dla tego to w 5 lat potem (1832) również Amerykanin Fahnestock skonstruował inny przyrząd, nazwany przez niego „sector tonsillarum“. Takowy obecnie powszechnie znany pod nazwą tonsillotomu Mattie'ugo, ulegał z czasem coraz to większym udoskonaleniom. I tak Guersant dodał doń widelczyk dla schwytania odciętej części, resp. dla przeszkodzenia wpadnięciu takowej do przełyku, lub co gorsza do dróg oddechowych. Ostatecznie przyrząd Fahnestocka udoskonalili francuzcy chirurdzy: Chassaignac i Maisonneuve, wreszcie Mattieu znany paryski fabrykant, pod którego nazwą tonsillotom ten, jak już wspomnieliśmy jest w całym świecie znany.

Ten ostatni ma najwięcej zwolenników (Rydygier, Massei etc. etc.) i z wyjątkiem Anglii—w całej Europie jest używany. Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że tonsillotom ten, którego opis, ze względu na jego popularność, uważam za zbyt obszerny, ma wiele stron dodatnich, które w zupełności usprawiedliwiają wielką jego wziętość. Przedewszystkiem więc pozwala on dzięki dość skomplikowanemu skąd inąd urządzeniu, wykonywać operację niesłychanie szybko, niemal w mgnieniu oka, co u dzieci niespokojnych jest warunkiem sine qua non powodzenia operacji. Drugą dodatnią stroną tonsillotomu Mattie'ugo jest to, że można operację wykonać jedną ręką, co znowu jest ważnem ze względu na to, że druga ręka potrzebną nam jest dla przytrzymywania języka szpatlem. Wreszcie trzecią zaletę stanowi to, że za-

¹⁾ patrz dzieło Mackenziego, tom I, str. 89.

stosowany do przyrządu mały widelczyk, chwyta część odciętą, uniemożliwiając wpadnięcie jej do przełyku, lub dróg oddechowych.

Tyle o stronach dodatnich. Są jednak i ujemne i to poważne. Do najważniejszych zarzutów, jakie tonsillotomowi Mathieu'go uczynić można, jest bez kwestyi to, że podczas wykonywania operacji — zwłaszcza w przypadkach twardych, włóknistych, lub zwapniałych migdałków nóż obrączkowy (z natury już wielce delikatny) pęknąć może, na co już poprzednio zwracałem uwagę cytując odnośne spostrzeżenia, w literaturze podane. Reiner, znany fabrykant instrumentów w Wiedniu zmodyfikował w dalszym ciągu tonsillotom Mattieu'go w tym sensie że nóż obrączkowy wysuwa się ku zewnątrz, prócz tego do górnego końca tonsillotomu można przymocować trzy różnej wielkości obrączki. To ostatnie ma na celu względ ekonomiczny — nie powiem jednak by te ulepszenia były szczęśliwie pomyślane. Pod względem trwałości — pewności instrumentu — nieskończenie wyższym jest tonsillotom Mackenzie'go. Płaski — szeroki nóż w tym instrumencie jest tak massywny, że o pęknięciu jego i mowy być nie może. Dalej przy użyciu tego instrumentu większą daleko można zastosować siłę, jak w genialnie wprowadzie obmyślanym lecz zarazem skomplikowanym przyrządzie Mattieu'go. Ten ostatni właśnie wskutek braku owej prostoty, która cechuje tonsillotom Mackenzie'go — nierównie trudniej oczyszczać się daje, co również za minus jego uważać należy. Robiąc porównawcze badania nad użyciem obu tych tonsillotomów — mianowicie wycinając u jednego i tego samego osobnika jeden migdał za pomocą tonsillotomu Mattieu'go, drugi zaś Mackenzie'go — doszedłem do przekonania, że (zwłaszcza u dorosłych) krwawienie bywa znaczniejszem po tej stronie, gdzie był użytym tonsillotom Mattieu'go. Dziwić się więc należy, dla czego na lądzie stałym tonsillotom Mackenzie'go pomimo stanowczo wyższych jego zalet nad Mattieu'go nie jest zupełnie znanym, resp. używanym. Zdziwienie swe również pod tym względem wyraził i Semon z Londynu w rozmowie prywatnej ze mną. Używa on stale tonsillotomu Mackenzie'go i jest najzupełniej z niego zadowolony. Wprawdzie instrument ten ma również swe ujemne strony, takowe jednakże przy bliższem rozpatrzeniu schodzą na drugi plan. I tak wymaga on użycia dwóch rąk, co uniemożliwia znów zastosowanie szpatla ję-

zykowego, który w takim razie musi trzymać, albo sam chory, co u małych pacjentów jest rzadko możliwem, lub asystent, co również z wielu względów jest niedogodnem. Użycie samotrzymającego się szpatla językowego Ash'a lub Schlesinger'a nie jest zupełnie odpowiedniem. Można również i sam tonsillotom zastosować jako szpatel, wprowadzając go w kierunku poziomym, następnie zaś szybkim ruchem zmienić kierunek na pionowy, wstawiając daną część przerosłą migdałka w okienko tonsillotomu—a wtedy wprowadzenie w ruch noża jest kwestyją sekundy. Ażeby jednak niedogodności tej t. j. użycia dwóch rąk, zaradzić, wyżej wspomniany już fabrykant instrumentów w Wiedniu Reiner zmodyfikował tonsillotom Mackenzie'go w tym sensie, że użycie jego staje się do pewnego stopnia analogicznem jak u Mattieu'go, z tą więc jedynie różnicą, że zamiast obrączkowego noża, pozostaje szeroki płaski nóż. Co do mnie jednak, to przekładam pierwotne urządzenie.

Drugim napozór ważnym zarzutem, stawianym tonsillotomowi Physick—Mackenzie'go jest ten, że odcięta część migdałka z powodu braku widelczyka wpaść może do żołądka, lub dróg oddechowych. Zarzut ten jednak przy bliższem rozpatrzeniu nie wytrzymuje poważnej krytyki. Przy zręcznie naturalnie wykonanej operacyi, prawie nigdy się to nie zdarza. Należy tylko w momencie, gdy odcięta została przerosła część migdałka szybkim ruchem zmienić kierunek pionowy tonsillotomu na pierwotny t. j. poziomy, tym sposobem wycięta część, leżąca na górnej płaskiej powierzchni tonsillotomu, zostaje usuniętą z jamy ustnej wraz z narzędziem. Podczas mego pobytu w Anglii miałem sposobność asystować przy setkach tonsillotomij ¹⁾ za pomocą tego instrumentu wykonanych, pewną ilość takowych sam również dokonałem, otóż na zasadzie mego doświadczenia przyznać muszę, że ani mnie się to nigdy nie wydarzyło, ani też nigdy nie byłem świadkiem podobnego przypadku — zawsze wycięta część migdałka można było ad oculos obecných zdemonstrować. Zresztą przypuśćmy nawet, iż w pewnych warunkach (niezręcznie wykonany rękoczyn — niespokojne zachowanie się dziecka etc.) odcięta część migdałka

¹⁾ W samym tylko szpitalu Mackenzie'go było w r. 1888 około 743 tonsillotomij, vide moje: „O stanie laryngologii w Londynie“ Gaz. Lek. 1889, Mr. 36 i dalsze.

wpadnie do żołądka — krzywdy w tem dla organizmu żadnej nie będzie, jak to zresztą słusznie utrzymuje Semon, na równi z innymi pokarmami migdałek będzie strawionym. Odcięta część migdałka wpaść może do dróg oddechowych, lub stoczyć się na nagłośnią, wywołując ataki zaduszania — oto są zarzuty, napozór poważne, stawiane tonsillotomowi Mackenzie'go. Otóż wątpliwą jest rzeczą, a nawet wprost niemożliwą, by tak wielki kawał, jak to zwykle bywa z odciętym migdałkiem mógł wpaść do krtani zwłaszcza dziecka o małym świetle, której wejście jest po większej części zakryte prawie nagłośnią, mocno ku tyłowi pochyloną. Co się zaś tyczy obsunięcia się odciętej części na nagłośnię, to słusznie Semon powiada, że to jest błahy zarzut, dla czego bowiem nie zdarza się to ze zwykłym kęsem pokarmowym, wreszcie gdyby to i stać się miało, to jako ciało obce wnet by z ruchem kaszlowym usuniętem zostało, zanim by przyszło do ataków suffokacyjnych. W celu uniknięcia jednak możliwości połknięcia części odciętej migdałka, Reiner, wielokrotnie już przez nas cytowany fabrykant wiedeński, dorobił do tonsillotomu tego widelczyk, zupełnie analogiczny do tego, jaki się znajduje w tonsillotomie Mattieu'go. Professor chorób usznych w Berlinie — Lucae, wymyślił dowcipny apparacik (rodzaj klapki), zabezpieczający od wpadnięcia migdałka ²⁾. Zdaniem mojem wszelkie te modyfikacje są zupełnie zbyteczne, przyczyniając się jedynie do większego skomplikowania instrumentu i ja stale używam prototypu Physick—Mackenzie'go, stawiając go wyżej nad Fahnestock—Mattieu'go tonsillotom, nad którym ma oprócz powyższych jeszcze tą przewagę, że dokładniej pozwala ustawić migdałek w pozycji, dla dokładnego wycięcia, niezbędnej.

Zresztą każdy operator ma predylekcyę do tego, lub owego instrumentu, i od przyzwyczajenia — wprawy przede wszystkim, a nie instrumentu, zależy dokładne wykonanie operacyi. Tak, czy owak, ten, lub ów tonsillotom używać będziemy — nie możemy poprzestawać na jednym egzemplarzu, choćby najczęściej używanego t. j. średniej wielkości. Zdarzyć się bowiem może, że dany migdał będzie

²⁾ Treitel na laryngologicznem posiedzeniu w Berlinie na początku tego (1890) roku demonstrował zmodyfikowany przez siebie tonsillotom Lucae'go. Na czem modyfikacya ta polega — nie jest mi wiadomem.

za wielki lub za mały dla danego tonsillotomu. W pierwszym razie wytniemy zaledwie czubek i zamierzonego w ten sposób rezultatu przez operacyę nie osiągniemy — z drugiej zaś strony jeżeli migdał jest zbyt małym dla danego kalibru instrumentu, to narażamy się na niebezpieczeństwo wycięcia zbyt wiele, oraz co ważniejsza zranienia łuku podniebiennego — resp. znaczniejszej gałęzi tętniczej (art. tonsillaris). Zwykle wystarcza komplet, składający się z trzech różnej wielkości tonsillotomów. W Mackenzie'go komplecie, jaki ja posiadam, znajduje się ogólna rączka, do której każdy z trzech noży przyśrubować można. Zasługuje na wzmiankę próba wycinania od razu obu przerosłych migdałków — w tym celu Mackenzie skonstruował podwójny tonsillotom, składający się z dwóch zwykłych Physick'a. Przyrząd ten jednak ma tą niedogodność, że pozwala wycinać tylko jednokowe części migdałka; tymczasem zwykle chodzi nam o wycięcie z jednego migdałka więcej, z drugiego zaś mniej, zależnie od niejednakowego stopnia przerostu.

(Dokończenie nastąpi).

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Patologija ogólna i Medycyna wewnętrzna.

178. Prof. LANDERER. O leczeniu gruźlicy balsamem peruwiańskim. *Die Behandlung der Tuberculose mit Perubalsam*. Rzecz czytana w sekeyi chirurgicznej 62 zjazdu przyrodników i lekarzy niemieckich. (*Deutsche medicin. Wochenschr. NN. 14 i 15.—1890*).

Od czasu odkrycia przez Koch'a pasorzytnicznej natury gruźlicy autor zajmuje się próbami leczenia tej choroby. Próby te mogą być rozmaite:

1) Środek swoisty. Nie uważając znalezienia takiego środka za niemożliwe, L. sądzi jednak, że widoki tego rodzaju są małe, gdyż nie ma leku, któryby nie był już przy gruźlicy stosowany bez powodzenia.

2) Leczenie mechaniczne i hydroterapia stanowią cenne środki pomocnicze, same przez się jednak istotnego wyleczenia spowodować nie mogą.

3) Leczenie bakteryjologiczne. Myśl zniszczenia lasecznika gruźlicy przez inny mniej szkodliwy, w działaniu swoim osłabiony rodzaj bakteryj, wydaje się autorowi rzeczą bardzo poważną, ale nie zupełnie bezpieczną.

4) Środki przeciwnie rozpuszczalne. Żaden z nich jako to: kwas karbolowy, sublimat, kwas salicylowy i inne nie obie-

cuje pewnego skutku; wszystkie one były już wyprowadzane do boju z gruzlicą, ale bezskutecznie. Najważniejszym zarzutem przeciwko nim jest to, że nie wywierają dostatecznego, tj. dość długotrwałego działania miejscowego, aby cierpienie gruzlicze zagoić. Wprowadzone do ogniska gruzliczego przez zastrzyknięcie miąższowe, wysysają się one niebawem i, nie wywoławszy normalnego działania miejscowego, muszą — przy użyciu większych ilości — prowadzić do ostrych lub przewlekłych zatruc ustroju.

Te rozpamiętywania naprowadziły autora na myśl wprowadzenia do ognisk gruzliczych za pomocą zastrzykiwań miąższowych trudno rozpuszczalnych środków przeciwgnilnych, tak, aby one w nich odkładały się i jaknajdłużej tam przebywały. Tą drogą spodziewał się L. otrzymać acz słabe, jednak długotrwałe działanie miejscowe i uniknąć w zupełności szkodliwego wpływu danego środka na ustrój. W ten sposób mógłby być osiągnięty cel pożądaný, mianowicie: wessanie produktów gruzliczych, lub przemiana ogniska gruzliczego na twarą, zdrową bliźnę, albo wreszcie wykluczenie go z obiegu przez zwapnienie lub podobne przestoczenie wsteczne. Z pomiędzy takich środków L. najpierw wybrał jodoform, wyniki jednak nie odpowiadały oczekiwaniom, co autor w części przypisuje nie dość energicznemu stosowaniu go z obawy zatrucia. Inne leki tego rodzaju, jak bizmut, tlenek, cynku, kwas salicylowy itd. okazały się jeszcze mniej skutecznymi. Działania kreoliny autor jeszcze nie wypróbował. Przypadkowo zapoznał się z balsamem peruwiańskim i używał go z początku zewnątrz przy skroficznych ropieniach gruczołów chłonnych. Wyniki przeszły wszelkie oczekiwania: nawet stare, wielokrotnie za pomocą wielkich operacyj bezskutecznie leczone przetoki powstałe z powodu zropiałych gruczołów, goiły się w krótkim czasie. Najszybciej działa balsam peruwiański na świeże, na przykład okrwawione powierzchownie owrzodziałe, na ziarninę zaś znacznie wolniej i nie tak energicznie, z powodu bowiem tłustości swojej ścieka z niej, nie pozostawiając wybitniejszych zmian. Ponieważ wymęczeni operacyjami chorzy nie zgadzali się na takie okrwawienie; przeto L. stosował silniej działającą mięszaninę balsamu z eterem (1:1—1:5), lub plaster (balsam z lepłą masą plastrową 1:3—1:5). Prócz tego przetoki były przestrzykiwane tą samą mięszaniną, wprowadzono do nich knotki, napojone nią itd. W ten sposób trwale wyleczone zostały 22 przypadki przetok, powstałych skutkiem zropiałych gruczołów pomiędzy niemi takie, które istniały już od 6 lat z opadami aż pod miesiąc mostko-sutko-obojeżykowy.

Jednocześnie skonstatowany został pomyslny wpływ środka przy cierpieniach gruzliczych kości i stawów. Leczenie tych spraw polegało — po ewentualnem wyskrobaniu — na tamponowaniu muslinem, napojonym balsamem, przestrzykiwaniu kanałów, w których mieściły się sączki itd. Działanie balsamu peruwiańskiego w porównaniu z innymi środkami przeciwgnilnymi, na przykład z jodoformem zasadza się tu przedewszystkiem na tem, że po wypchnięciu tampona — około końca 2 ty-

godnia—zwykle już znacznie w rozmiarach swoich zmniejszona rana, wypełniona jest szkarłatno czerwona, zdrową, łatwo krwawiącą i zdolną do wytworzenia blizny ziarniną. Obraz tu zupełnie różny od tego, jaki otrzymujemy przy stosowaniu jodoformu: obrzęknięta, nalotem pokryta ziarnina—niewątpliwa oznaka gruźliczego zakażenia rany. Gojenie ran tych pod balsamem idzie szybciej, a pozostawianie „przetok drenowych“ przy starannem leczeniu (przestrykiwanie balsamem z eterem, wkładanie napojonych nim knotków) nie ma miejsca. Teraz nasunęła się sama przez się autorowi myśl wprowadzania balsamu peruwiańskiego do zamkniętych ognisk gruźliczych. Tutaj jednak zaraz wyszła na jaw pewna niedogodność tego środka. Nie rozpuszcza się on, mianowicie, ani w wodzie, ani w glicerynie i olejach, lecz przemienia się na lepka, ciągnącą się masę. W eterze i wyskoku rozpuszcza się wprawdzie, ale w mocniejszej nieco koncentracji wywołuje zgorzel na uchu królika.

Nie pozostawało zatem nic innego, jak stosować balsam peruwiański w postaci zawiesiny. Z początku robił ją L. z gumy arabskiej z dodatkiem olejku migdałowego. Najważniejsza możliwa koncentracja jej jest 1 : 16 wody. Nieprzyjemny jest w zawiesinie dosyć mocny jej odczyn kwaśny, który zubożeniac należy przed użyciem wodanem sodu. Rozcieńczał ją autor fizyzyjologicznym roztworem soli kuchennej (0,7%). Z początku stosowany był do wstrzykiwań parossalnych rozezyn z 1 : 300 a później 1 : 100, 1 : 50, a nawet 1 : 16. Ilość wstrzykniętej zawiesiny wahała się pomiędzy kilku kroplami do 2 ctm. sześciennych. W ostatnich czasach użył L. do zawiesiny zamiast gumy arabskiej żółtka od jajka w równych częściach.

Bezpośrednich skutków wstrzykiwań do miękkich grzybowatych narośli ziarninowych często nie spostrzegamy żadnych. W innych razach występuje mała bolesność, która jednak przez okłady zimne łatwo daje się utrzymać w karchach. Tylko przy wstrzykiwaniach do wolnych jam stawowych lub pochew ścięgnistych bolesność jest większa i tu należy do zawiesiny dodać nieco kokainy lub wziąć ją w słabszej koncentracji. Przy stosowaniu wstrzykiwań do powierzchni położonych ognisk grzybowatych można zauważyć po upływie 12—24 godzin lekki obrzęk bez zaczerwienienia. Następna iniekcja powinna mieć miejsce po zniknięciu tego obrzęku, co zwykle następuje po upływie 2—3 dni. Przy użyciu zawiesiny z żółtka objawy miejscowe są jeszcze łagodniejsze, jakkolwiek można tu stosować rozezyny 1 : 10.

Dalszy skutek zastrzykiwań polega stale na modzelowaczeniu (Schrumpfung) narośli grzybowatej. Gdy się w takich razach widzi przypadki, w których przetoki, przy cierpieniu stawu biodrowego istniejące od 6 i 8 lat, goją się trwale po kilku wstrzyknięciach, gdy się owe znane narośle grzybowate pochew ścięgnistych widzi zmodzelowaczeniem po 6 wstrzyknięciach, to nie można wątpić, że w rzeczywistości balsam peruwiański energicznie wywiera na sprawy gruźlicze, nie niszcząc przy tem tkanek.

Stosując balsam peruwiański przy ropniach gruźliczych, autor znalazł, że po kilku wstrzyknięciach pękają one, a to z tego powodu, że balsam wywołuje zapalenie, i to może jest ujemną stroną tego środka w porównaniu z jodoformem. Ale za to ropnie goją się później prędko. Liczba w ten sposób wyleczonych przez autora przypadków gruźlicy miejscowej wynosi 74, Vamossy zaś uzyskał wyleczenie tą drogą w 27 przypadkach gruźlicy kości, stawów i części miękkich. (U nas kolega Jasiński w 10 przypadkach szpitalnych i 20 z prywatnej praktyki otrzymał skutki jaknajlepsze. Przyp. spraw.) Godną uwagi jest okoliczność, że zajęte sprawą chorobową stawy po leczeniu balsamem peruwiańskim w większości przypadków odzyskują możność wykonywania ruchów w dość znacznym stopniu. Po tak szczęśliwych próbach leczenia gruźlicy zewnętrznej autor zapragnął i sprawy gruźlicze wewnętrzne oraz centralne ogniska kostne uczynić dostępnymi działaniu balsamu peruwiańskiego. Tutaj jednak nastręczyły się poważne przeszkody, balsam peruwiański nie rozpuszcza się w wodzie i nie daje się z nią skłócić. Z tego powodu podawanie go przez usta już jest niemożliwe, gdyż przypuszczalnie bardzo małe tylko ilości jego mogą uleść wessaniu w kanale pokarmowym. Prócz tego autor doszedł do wniosku, że środek ten wywiera tylko działanie miejscowe, i że skutek, który mógłby być odniesiony do wessania rozpuszczonych części składowych nie daje się dokładnie wykonać. Wprowadzenie tedy balsamu peruwiańskiego do wewnętrznych ognisk gruźliczych mogło być tylko jedną drogą urzeczywistnione, mianowicie przez zastosowanie wstrzykiwań żylnych. Myśl jednak wprowadzania do krwiobiegu leków, zawierających ziarenka, jak naprz., balsam peruwiański, w pierwszej chwili musi wydawać się dziwą i zastraszającą. Spokojne rozmyślanie atoli usuwa cały szereg obaw. Jeżeli ziarenkom, które mamy wprowadzić do krwiobiegu, można nadać tak drobne rozmiary, aby nie przewyższały czerwonego ciałka krwi, to już można być pewnym, że zatkanie naczyń włosowatych na większej przestrzeni nie nastąpi. Jeżeli dalej wybierzemy płyn, odpowiadający surowicy krwi, jak naprz., fizjologiczny roztwór soli kuchennej (0,7%) i nadamy mu właściwy stopień alkaliczności, to płyn taki, który ani fizykalnie, ani chemicznie szkodliwych części nie zawiera, bez wielkiego niebezpieczeństwa może być wprowadzony do krwiobiegu. L wykonywał wstrzykiwania żyłne na królikach z zawiesiny gumowej przeszło 1000 razy bez wszelkich objawów zastraszających, na ludziach około 100 razy. W trzech przypadkach wystąpiła umiarkowana duszność, która jednak w przeciągu kilku minut minęła bez żadnych złych następstw. Przyczyną tego zjawiska, jak wykazała bezpośrednia obserwacja krążenia krwi w płucach żaby, było zlepianie się pojedynczych ziarenek balsamu pomiędzy sobą i przystawanie ich do ścian naczyń włosowatych, wskutek czego światło tych ostatnich na dużej przestrzeni zostaje zamknięte. Ponieważ jednak ziarenka zlepione były luźno, więc napływająca fala krwi rozbijała utworzony zakrzep, i cyrkulacja krwi w płucach znowu powracała

do stanu prawidłowego. Tem objaśnia się też poprawa w przytoczonych trzech przypadkach duszności. Nie ulegało więc wątpliwości, że niepożądane tworzenie się zakrzepu spowodowane było lepkością zawiesiny. Osłona gumowa, okalająca każde ziarenko balsamu peruwiańskiego stanowi przyczynę przystawania ich do ścian naczyń i zlepiania się ich pomiędzy sobą, a w następstwie formowania się przeszkód w krążeniu, których przy innej mniej lepkiej zawieszynie możnaby było uniknąć. Po rozmaitych próbach w tym kierunku L. przygotował zawiesinę z żółtka od jajka, która odpowiadała wszelkim wymaganiom. Przy badaniu pod drobnowidzem takiej zawiesiny widać, że oddzielne ziarenka spojone są daleko słabiej między sobą. Jeżeli wstrzyknąć ją nawet w koncentracji 1:20 do żyły brzusznej żaby, otrzymuje się obraz zupełnie inny, niż przy zawieszynie gumowej. Pomiedzy czerwonymi ciałkami krwi widać mało drobnych, mocno światło przełamujących ziarenek. Wkrótce jednak rzuca się w oczy coś innego. Przed zastrzyknięciem widać mało białych ciałek krwi, po niem zaś ilość ich szybko się powiększa, przy tem w wyglądzie ich daje się zauważyć znaczna różnica: są one prawie dwa razy większe, niż poprzednio, często bardziej owalne i mocno ziarniste, robiąc wrażenie, jak gdyby pochłonęły w siebie ziarenka zawiesiny. Po kilku minutach swobodnych ziarenek nie widać już wcale. Białe ciałka układają się czasem w węższych naczyniach włosowatych w kupki po 3—8, lecą jednak luźne i łatwo zmywają się i rozdzielają. Nawet przy dwukrotnie wykonanej iniekcji 1 ctm. sześciennego zawiesiny nie otrzymuje się przeszkód w krążeniu. Tak więc zdaje się niewątpliwie, że ziarenka zaraz zostają pochłaniane przez białe ciałka krwi, co zgadza się zresztą z wywodami innych badaczy, którzy zajmowali się kwestyją wprowadzania ciał ziarnistych do krwiobiegu. W 60 przypadkach, w których emulsyjna ta stosowana była do wstrzykiwań żylnych u człowieka, L. nie widział nigdy ani śladu opresyji. Dalszy zarzut przeciwko wstrzykiwaniom żylnym stanowi to, że nadzieja, iż wprowadzone do krwiobiegu ciałka ziarniste muszą dostać się do chorych miejsc, a nie gdzieindziej, niczem nie jest usprawiedliwione. Zarzut ten łatwo daje się odeprzeć. Los drobniotkich, do krwiobiegu wprowadzonych ziarenek bynajmniej nie zależy od przypadku. Zdrowego zwierzęcia odkładają się one, jak wykazali Ponfick, Sladjansky, Cohnheim, Rüttimeyer i inni, przeważnie w miejscach powolnego krążenia — w wątrobie, szpiku kostnym, u młodych zwierząt na linjach epifizarnych. Jeżeli zaś gdziekolwiek ma miejsce zapalenie, to właśnie dążą one do tego chorego miejsca, gdzie krążenie uległo zmianie (Schüller, Wyssokowitsch, Huber i inni.) Ztąd też usprawiedliwionem jest przypuszczenie, że w ustroju, dotkniętym gruźlicą, ziarenka zawiesiny balsamu peruwiańskiego właśnie do ognisk chorych kierować się będą, dlatego że znajdują się one w stanie zapalnym.

Do doświadczeń w tym kierunku robionych, zarówno jak w spostrzeżeniach klinicznych używaną była jeszcze dawniej-

sza emulsja gumowa. Ponieważ jednak pozwala ona stosować tylko koncentracje słabe, to wyników jej nie można przенosić na nowszą, mocniejszą i dogodniejszą do użytku zawiesinę z żółtka. Próby z tą ostatnią są dopiero rozpoczęte.

Ze zwierząt szczepionych w początkach czerwca r. z. jedno nie leczone zdechło z objawami daleko posuniętej gruźlicy, drugie ma guz gruźliczy w oku. Zwierzęta leczone są rzeżkie, i tęgie, jedno urodziło kilkoro młodych, z których wszystkie żyją, jedno przypadkowo zdechło. W płucach tego ostatniego (4 miesiące po wstrzykiwaniach) nie znaleziono makroskopowo nic wspólnego z gruźlicą. Pierwsze próby wstrzykiwań robione były na zwierzętach zdrowych, którym w przeciągu roku wstrzykiwano 2 razy tygodniowo 1 ctm. sześcienny emulsji gumowej. Pozostały one nie tylko zupełnie zdrowe, ale stały się nawet niezwykle ciężkimi i tłustymi. Sekcja nie wykazała nic nieprawidłowego w wewnętrznych organach. Białkomocz, o którym wspomina Vanossy, w jego przypadkach musiał zależeć od nieczystości preparatu.

Autor przedstawia preparaty płuc, pochodzących od królików, zarażonych gruźlicą i leczonych wstrzykiwaniami żylnymi balsamu peruwiańskiego. Leczenie rozpoczęło się 20 dnia po wstrzyknięciu żylnem czystej hodowli lasecznika gruźlicy. (Zwierzę pozostawione do kontroli zdechło 23 dnia; płuca, jak wykazała sekcja, dotknięte były ciężką gruźlicą). W płucu zwierzęcia, leczonego 28 dni, widać już wielką różnicę w porównaniu z poprzednim, jakkolwiek i tu jeszcze jest dużo ognisk gruźliczych i dużo laseczników. Wyraźnych oznak przemiany wstecznej nie widać. Preparaty płuca, pochodzące od zwierzęcia, leczonego 48 dni, wykazują już częściowe zwapnie ognisk gruźliczych. Ilość laseczników niezmiernie mała, te zaś, które się jeszcze znajdują barwią się gorzej niż zwykle, mają kształt nieprawidłowy, a niektóre znajdują się w stanie rozpadu i w kwasie saletrzanym natychmiast odbarwiają się, co, zdaje się, może być uważane za oznaki przemiany wstecznej.

W jaki sposób wyleczenie takie następuje, autor napewno powiedzieć nie jest w stanie, przypuszcza tylko, że dzieje się to skutkiem wywołanego przez balsam peruwiański zapalenia aseptycznego, które powoduje wsysanie. Tak samo, jak innego rodzaju zapalenie prowadzi do wyleczenia spraw bakteryjologicznych, naprz., jak róża leczy wilka, albo jak iniekcja jodu wpływa na wessanie płynu przy hydrocoele. Ciekawem jest to, że drogą, wskazaną przez L., można sztucznie wytworzyć zwapnienie. Samego środka nie uważa autor za swoisty przeciwko gruźlicy, twierdzi tylko że z powierzchni gruźliczo zmienionych laseczniki giną, jeżeli powierzchwie te znajdują się w ciągłym zetknięciu z balsamem peruwiańskim. Siła przeciwpasorzytna balsamu peruwiańskiego wogóle nie jest zbyt wielka. Nowack i Bräntigam w ostatnich czasach wykazali, że zawiesina z balsamu peruwiańskiego prawie żadnego działania antyseptycznego nie ma, podczas gdy czysty balsam posiada je w dość znacznym stopniu. Jeżeli jednak z doświadczeń w epruwtkach i na kul-

turach wynika, że dany środek posiada słabe własności przeciwnie, to doświadczenia takie—bez uszczuplenia ich wielkiej wartości—nie mogą być bezwzględnie przeniesione na ustrój. W ustroju wystarczają nam znacznie słabsze środki antyseptyczne i znacznie słabsze koncentracje ich, niż w epruwetce, dla tego, że dochodzi tam jeszcze własna działalność ustroju, czy to na działaniu komórek, czy soków tkankowych, czy obu razem polegająca.

Z 8 przypadków gruźlicy płuc, kiszek i krtani, leczonych wstrzykiwaniami żylnymi balsamu peruwiańskiego, pierwsze dwa po pewnej poprawie zakończyły się śmiercią; w obu leczenie prowadzone było krótki tylko czas. W następnych sześciu poprawa stanu ogólnego i prawie zupełne wyleczenie zmian miejscowych. Do tego dodać należy jeszcze 2 spostrzeżenia gruźlicy pęcherza moczowego z dobrem zejściem.

Odczyt swój zakończył L. następującymi słowami: „Rozumiem doskonale, że przedstawione panom metody pozostawiają dużo do życzenia pod względem pewności w wynikach, jak i dogodności w stosowaniu, i że zbyt sangwiniczne oczekiwania mogą tylko szkodzić samej rzeczy. To jednak, zdaje mi się, mogę powiedzieć, że, podług dotychczasowych poszukiwań, nie tylko mamy prawo, lecz obowiązek dalszego probowania leczenia gruźlicy balsamem peruwiańskim“.

Z. Srebrny.

179. C. von NOORDEN. **O użytkowaniu pokarmów przez chorych żołądkowych.** (*Ueber die Ausnutzung der Nahrung bei Magenkranken. Zeitschr. f. Klin. Med. 1890. Z. 1 i 2.*)

Autor zadał sobie pytanie, jakiemu losowi ulegają pokarmy, opuszczające chorobowo dotknięty żołądek, bardzo źle trawiony mięso i wogóle białko. Co się tycze tłuszczów i węglowodanów, to jest dla nas rzeczą zupełnie obojętną, czy one poszły do kiszek z żołądka, wydzielającego normalną ilość kwasu solnego lub też mniejszą albo większą etc. Inaczej rzecz się ma z białkiem, stanowiącym najważniejszą część składową naszych pokarmów. Sok żołądkowy działa bardzo energicznie na substancje białkowe, przerabiając je w ten sposób, że łatwo mogą być wessane. Jeżeli zatem wpływ żołądka na substancje chemiczne jest osłabiony lub zniesiony, to pokarmy dostają się do kiszek w stanie wymagającym od nich zwiększonego chemizmu i mechanizmu. Zwiększenie to jest koniecznym dlatego, że 1) bezwzględna ilość miazgi przesuniętej do kiszek jest większa, tak że one mają do czynienia z tą ilością pokarmów, którą zdrowy żołądek przerabia na peptony i po części wsysa; 2) кишки muszą teraz rozdrabniać pokarm (mięso); 3) sok pankreatyczny będzie miał do czynienia z pierwotnymi substancjami białkowymi, gdy tymczasem w zwykłych warunkach substancje te dostają się do kiszek w postaci acidalbuminy i jej pochodnych. Czy кишки mogą podolać temu zadaniu, autor stara się rozstrzygnąć. Przed nim jednak rozmawiać badacze rozstrzygnęli tę kwestyję do pewnego stopnia. Czerny z Kaiserem wycinali psu żołądek i przekonali się, że zwierzę nie tylko potem długo żyje, lecz nawet przybiera na wadze.

Badania tych autorów potwierdził Ogata, który wykazał, że kiszki dają sobie jeszcze radę z surowem mięsem, jajkiem i rososem, przyczem kał wydalony przedstawiał się zupełnie prawidłowe, a waga ciała zwierząt wzrastała. Inne zato pokarmy, a głównie mięso gotowane wychodziło z kiszek nie zużyte. Ogata twierdzi, że w żołądku pokarmy głównie tkanka łączna podlegają przygotowawczym zmianom, bez których kiszki nie są w stanie ich strawić. Daleko większą jednak zdaniem jego jest liczba pokarmów, które mogą zostać strawionymi w kiszkach dopiero po zminieniu ich powierzchni lub odpowiedniemi rozdrobnieniu—tycze się to głównie mięsa.

U ludzi podobne doświadczenia nie mogą być wykonane, poszukiwania zaś w tej kwestyi przy chorobach żołądka, w których ten udziału w trawieniu nie przyjmuje, nie były czynione. Autor wybrał takich chorych, u których wydzielanie się HCl. było do tego stopnia zmniejszone, że o trawieniu żołądkowem mowy być nie mogło, przyczem jednakże pokarmy nie zalegały w żołądku. Chorzy ci przez cały czas doświadczenia leżeli w łóżku i otrzymywali pożywienie składające się z mleka, mięsa skrobanego, bułki, masła i soli kuchennej. Pokarmy te autor dokładnie zanalizował, jak również wydzieliny (kał, mocz). Okazało się, że we wszystkich 3 przypadkach ilość azotu w kale wcale nie była zwiększoną, gdyż wynosiła 6—8% wprowadzonego z pokarmami azotu, chorzy zaś przybierali na wadze. Ztąd wynika, że u osób z upośledzonym chemizmem trawienia żołądkowego, pokarmy, nawet białkowe, zostają odpowiednio rozdrobnione i wessane.

Pomimo iż podobne doświadczenia nie były wykonywane na ludziach, jednak doświadczeni badacze niejednokrotnie zauważyli, że w podobnych przypadkach przy pewnych staraniach ogólne odżywianie dość pomyślnie się rozwija. Ztąd Jaworski i Gluziński doszli do wniosku, że żołądek nie gra roli narządu trawiącego, lecz przyjmującego pokarmy. Że trawienie odbywa się przeważnie w jelitach przekonał się także Grundzach oraz Ewald. Wszystko to tyczy się wyłącznie pokarmów, jakie na zasadzie długoletniego doświadczenia dajemy zwykle chorym żołądkowym; spodziewać się należy, że z bardziej złożonemi pokarmami doświadczenia wypadną inaczej, autor bowiem, badając pod mikroskopem kał chorego żywionego gotowanym mięsem, przekonał się, że mnóstwo włókien mięsnych pozostało niezmiennymi, widział nawet całe pęczki włókien mięsnych jeszcze nierozszczepionych.

S. Klejn.

180. Dr. O. MINKOWSKI. **Przyczynek do wiedzy o wchłanianiu tłuszczu *** (*Berl. Klin. Woch. Nr. 15, 1890*).

Chłonięcie w jelitach już dawno przestano uważać za sprawę zwykłego przenikania i przesiąkania, bo nawet wchłanianie wody nie da się w ten sposób wytłumaczyć. Nie ulega wątpli-

*) Wykład miny na posiedzeniu Towarz. Przyrodników i lekarzy w Sztrasburgu.

wości, iż działają tu bardzo złożone procesy, którym dają miano „życiowych“ („Vitale Prozesse“); autor zaś uważa je za sumę procesów chemiko-fizykalnych, dokładne zbadanie i wyjaśnienie których nie leży dotychczas w naszej możności. W celu wyjaśnienia tej sprawy były podejmowane liczne badania, stawiano wiele przypuszczeń i teoryj, każda jednakże dużo pozostawia do życzenia. Autor wymienia najważniejsze. Według jednej z nich tłuszcz pokarmów zamienia się w jelicie na bardzo delikatną zawieszynę, kuleczki której działaniem komórek błony śluzowej przedostają się do naczyń chłonnych. Histologowie, którzy przyjmują tę teoryję, nie zgadzają się na jedno w tem, jakie mianowicie komórki czynnie się tu zachowują. Zdaniem jednych przybłonek waleczkowy posiadający, jak wiadomo, od strony światła jelita brzeg prażkowany (Basalsaum) za pomocą tego brzegu chwytą pojedyncze kuleczki zawiesziny, które dalej przechodzą przez ciało komórek. Niektórzy podobno mieli widzieć jak pojedyncze paleczki tego brzegu wydłużały się dla ujęcia cząsteczek tłuszczu. Inni badacze znów widzieli jak w czasie chłonięcia tłuszczu t. zw. leukocyty przeciskały się między komórkami przybłonka aż do powierzchni błony śluzowej jelita pochłaniały we właściwy sobie sposób kuleczki tłuszczu i obładowane niemi zdążyły w odwrotnym kierunku do naczyń chłonnych. Ostatni pogląd broniony był przez Zawarykina i stał w ścisłym związku z nauką o fagocytach i ich znaczeniu dla ustroju. Najnowsze badania Heidenhain'a, Krehl'a i innych zdaje się obaliły poglądy Zawarykina.

Druża teoryja Kühne'go doświadczalnie uzasadniona przez Radziejewskiego głosi, że tłuszcz pokarmów uprzednio ulega rozszczepieniu na kwasy tłuszczowe i glicerynę, pierwsze z nich alkaliczna treść jelita zamienia na mydła i te dopiero jako ciała łatwo rozpuszczalne i dyfundujące uległy wessaniu w ustroju napowrót drogą syntezy zamieniają się na tłuszcze. Na korzyść tej teoryi przemawia fakt, że w jelitach rzeczywiście ma miejsce rozszczepianie się tłuszczów; a potem ustroj posiada własność wprowadzone doń kwasy tłuszczowe zamieniać na tłuszcze (Radziejewski, Munk). Perewoznikoff, Will i Ewald dowiedli, że taka synteza odbywa się w samej błonie śluzowej jelita, a autorowi streszczanej pracy udało się niedawno dowodnie wykazać, że własność tę posiada i błona śluzowa jelit człowieka. Przeciwnie przyjęciu omawianej teoryi istnieją jednak poważne zarzuty. Między innymi n. p. Munk wykazał, że przy obfitym podawaniu na pokarm tłuszczu, dla zmydlenia takowego niestarczyłoby alkaliów znajdujących się nie tylko w jelitach, ale i w całym ustroju.

Trzecia teoryja, zdaje się ogólnie przyjęta przez fizyologów, zajmuje poniekąd stanowisko pośrednie między dwiema powyższymi. Według niej główna masa tłuszczu ulega wessaniu pod postacią zawiesziny obojętnego tłuszczu (Neutralfett) jednakowoż uprzednio pewna część jego zostaje rozszczepiona dla wytworzenia zawiesziny. Wiadomo, że węglany alkaliczne, nie mając się obojętnych tłuszczów, łatwo dają mydła z kwa-

sami tłuszczowemi (Brücke, Gad). Otóż sole te działając na mieszaninę tłuszczów z ich kwasami między cząsteczkami pierwszych tworzą cząsteczki mydła, i w ten sposób powstaje bardzo delikatna zawiesina, która następnie ulega wessaniu. W wytworzeniu zawiesiny biorą udział różne wydzieliny wlewające się do kanału pokarmowego.

Wszystkie teorie tłumaczące wchłanianie tłuszczu przypisywały udział w tej sprawie tym wydzielinom; nie zgadzano się tylko co do sposobu działania i zakresu udziału każdej z nich. Wpływ na wchłanianie tłuszczu przyznawany jest: sokowi kiszkiowemu, żółci i wydzielinie trzustki.

Co do soku kiszkiowego, czyli wydzieliny gruczołów Lieberkühna, to wielu nie przyznaje jej wielkiego znaczenia w trawieniu nie tylko tłuszczów, ale i wogóle pokarmów organicznych. Hoppe-Seyler nawet wątpi w istnienie soku kiszkiowego, jako wydzieliny tych gruczołów. Natomiast Bunge dowodzi, iż obfita zawartość węglańu sodu w soku kiszkiowym pozwala zobojętnić kwaśną papkę, przeszłą z żołądka, i zmydlać tłuszcze.

Że żółć odgrywa ważną rolę w sprawie trawienia tłuszczu to widnieje z licznych faktów. Tak np. chłonięcie tłuszczu zostaje wybitnie upośledzone w razie zmniejszania dopływu żółci do jelit, tego dowodzą spostrzeżenia nad ludźmi chorymi na żółtaczkę i nad zwierzętami z przetokami żółciowemi. Atoli wpływ żółci na chłonięcie tłuszczu uważać musimy tylko za ułatwiający (begünstigend), a nie jedynie warunkujący (bestimmend) tę sprawę. W razie zupełnego nawet braku żółci w jelicie, chłonięcie tłuszczu zostaje tylko upośledzone, a nie zniesione. Na czem jednak ten wpływ żółci polega, tego jeszcze nie wyjaśniono.

Znaczenie soku trzustkowego w omawianej sprawie dokładniej poznano niż poprzednich. Mianowicie ma on własność rozszczepiania tłuszczów i tworzenia z nich zawiesiny. Rola to jednak nie wyłącznie przynależna wydzielinie gruczołu żołądkowego. Rozszczepianie tłuszczu w szerokim zakresie skuteczniają bakteryje gnilne w jelitach; a własność emulgowania dzieli on z innymi alkalicznymi sokami treści jelit.

Cl. Bernard, który w 1849 r. odkrył powyższe własności soku trzustkowego mniemał, że wchłanianie tłuszczu bez udziału soku tego zgoła jest niemożliwem. Wkrótce jednak znaleźli się badacze, którzy wręcz przeciwnie zdanie wygłaszali (Martinnotti, Fr. Müller i inni). Rzeczy tak stały, kiedy v. Mering'owi i Minkowskiemu udało się u psów, bez szkody dla zdrowia zwierzęcia, zupełnie wycinać trzustkę. Fakt ten dał powód do podjęcia szeregu doświadczeń nad trawieniem wogóle, a względnie chłonięciem tłuszczu przez błonę śluzową u tak zoperowanych zwierząt. Wyniki tych badań przeprowadzonych w pracowni autora przez dr. Abelmann'a *), rzucające wiele światła omawianą kwestyję, były następujące.

*) Szczegółowy opis doświadczeń oraz zestawienie odnośnej literatury znajduje się w rozprawie Dr. A. Ueber die Ausnutzung der Nahrungsstoffe nach Pankreasextirpation. Dorpat 1890.

Przedewszystkiem pokazało się, że po kompletnem wyluszczeniu trzustki tłuszcze pokarmów wogóle nie ulegały wchłonięciu; wyjątek stanowiło jedno mleko, które mniej więcej było rezorbowane. Wszelkie inne tłuszcze, jnkoto: masło, oliwa, lipanina, a także tłuszcze żółtka i mięsa, chociaż i w niewielkiej dawce dziennej podane (25—30 grm.), w tejże samej ilości znajdowały się w kale badanego osobnika. Gdy jednak wraz z niemi zwierzę spożywało świeżą trzustkę świni, wtedy większa część tłuszczów została wchłoniętą. Ztąd wynika iż miał rację Cl. Bernard utrzymując że dla chłonięcia tłuszczów niezbędną jest obecność soku trzustkowego, którego nie może zastąpić żaden inny sok trawienny.

Tak więc ujemny wpływ wyluszczenia trzustki nie ulegał wątpliwości. Jakie jednak jest działanie tego gruczołu? Przedewszystkiem nie polega ono li tylko na rozszczepianiu. Albowiem mimo podania tłuszczu, zawierającego stosunkowo dużo swobodnego kwasu tłuszczowego, jakim jest lipanina (około 6% kw. tł.), ostatnia nie uległa wessaniu. Z drugiej strony w doświadczeniach Abelmann'a zawsze w kale znajdowano przeważnie rozszczepione tłuszcze, przyczem kwasy ich były w większej części wolne, mała tylko ilość w połączeniu z alkaliami.

Z ostatniego wynika również bezpodstawność tej teorii, która twierdzi, że tłuszcze wchłaniane są jako mydła. Trudno bowiem było by pojąć dlaczego w powyższych doświadczeniach kwasy tł. nie połączyły się z alkaliami. Nie można tu zrobić zarzutu, że właśnie usunięty gruczoł miał dostarczyć potrzebnych do zmydlenia alkaliów, najprzód dlatego, iż w zwykłych warunkach tam, gdzie wlewa się sok jego, treść jelita jest jeszcze kwaśną. To też zwolennicy teorii zmydlenia uciekać się muszą we względzie dostarczania potrzebnych alkaliów do soku kiszkowego. Zresztą, jeśli dodanie do pokarmu miazgi trzustkowej, sprawiło wchłonięcie tłuszczu, to trudno przecieżyć przypuścić, aby tak mała ilość gruczołu dostarczyła potrzebne do zmydlenia alkalia. Nakoniec w dwóch doświadczeniach podano psom mydła, i oto pokazało się że takowe przeszły do kału w zupełności, częścią jako takie, a częścią jako wolne kwasy tłuszczowe. I druga teoryja — że dla chłonięcia tłuszczu potrzebne jest tylko częściowe rozszczepienie — nie ma racji bytu wobec przytoczonych doświadczeń. Gdyby bowiem tak było, jak chce mieć ta teoryja — to przecieżyć powinna była uledeż wessaniu lipanina, na której wolne kwasy przecieżyć mogły działać alkalia jelit. Bądź co bądź jeśli nawet przyznać pewne znaczenie zmydlenia dla danej sprawy, to musi się przyznać konieczność zadziałania jeszcze soku trzustki. Można by przypuścić, że wydzielina ta nie potrzebuje działać na sam tłuszcz, ale na organ wchłaniający czyli na błonę śluzową; przyznając możliwość wpływu i w tym kierunku, pamiętać należy o fackie, że mleko ulegało wessaniu mimo kompletnej extyrpacji trzustki.

Mleko, jak się okazuje, na równi z zawiesiną powstałą działaniem trzustki, jest postacią tłuszczu, która łatwo zostaje wchłoniętą przez błonę śluzową kiszek. Już więc a priori trze-

ba przypuścić, że między niemi z jednej strony, a zwykłą zawiesiną mydlaną (Seifenemulsion) — t. j. powstałą przez działanie węglanów alkaliów na kwasy tł. — z drugiej musi zachodzić poważna różnica. I rzeczywiście różnica taka istnieje przede wszystkim w zachowaniu się względnie do kwasów bo gdy ostatnia w zetknięciu z niemi się rozkłada (Cl. Bernard) wydzielając krople tłuszczu, to tamte wytrzymują działania kwasów. Własność tę posiada i zawiesina tłuszczowa w naczyniach chłonnych (Frey).

Przyczyną takiego zachowania się mleka i zawiesiny trzustkowej Landwehr, przypisuje obecności w nich odkrytej przez się gumy zwierzęcej. Pogląd tego badacza nie jest jeszcze dostatecznie uzasadniony.

Kühne, twórca wymienionej powyżej teorii, dawniej jeszcze zrobił ciekawe spostrzeżenie, że komórki błony śluzowej i naczynia chłonne, chłonec kuleczki tłuszczowej zawiesiny, zostawiają w spokoju inne drobne cząsteczki np. węgla, barwików etc. Zjawisko to tłumaczył on tem, iż prócz rozdrobnienia potrzeba, aby cząsteczki tłuszczu posiadały rodzaj białkowej otoczki, obdarzonej rodzajem pokrewieństwa (Adhäsion) względem pierwowzessa komórek nabłonka, która to własność pozwala im przechodzić przez ich ciało. Aczkolwiek istnienie takiej otoczki (Peptogenmembrane) podane zostało w wątpliwość ostatnimi czasy, to jednak zdaniem autora nie można wykluczyć czegoś podobnego. W każdym razie trwałość na działanie kwasów najprawdopodobniej zawdzięcza mleko obecności białka w otoczkach swoich kuleczek. Rozumie się że tylko pewien rodzaj białka może nadawać taką trwałość zawiesinie. Minkowski przypuszcza, że takie białko może powstać pod wpływem soku trzustkowego.

Przyszłym badaniom przypadnie w udziale wyjaśnienie na czem właściwie polega wpływ soku tego gruczołu warunkujący chłonięcie tłuszczów. Tymczasem dowiedzionem jest tylko to, że wszystkie tłuszcze, z wyjątkiem mleka, muszą uprzednio ulec działaniu swoistej wydzieliny trzustki, aby mogły być wchłonięte przez błonę śluzową jelit. To odrębne stanowisko mleka ma znaczenie nawet teleologiczne. Ponieważ bowiem, jak dowiedli Korowin i Zweifel prawdziwy sok trzustkowy zaczyna się wydzielać dopiero w kilka miesięcy po narodzeniu zwierzęcia, w początkach więc życia przy pokarmie mlecznym śladnie obywa się ono bez tej wydzieliny. Ciekawy był jeszcze jeden wynik badań podjętych w pracowni autora. Oto wpływ dodatni na trawienie tłuszczów przychodził do skutku nawet wtedy, gdy bezpośredni dopływ soku trzustkowego do jelit był przerwany. Mianowicie, gdy przy wyluszczeniu tego organu (wraz z przewodem), pozostawiono choć część jego mięszu zdolną do czynności. Otóż wtedy chłonięcie tłuszczu aczkolwiek w mniejszym zakresie, jednakże miało miejsce. Ostatnie zjawisko, a także wyłączne używanie do doświadczeń mleka (Fr. Müller) tłumaczy ujemne wyniki doświadczeń niektórych, bar-

dzo zresztą sumiennych, badaczy, którzy pragnęli wyjaśnić wpływ trzustki na wchłanianie tłuszczu. *Świątecki.*

181. LE MARINEL. **O mechanizmie wchłaniania tłuszczów** (*Journ. de Brux. XLVII. Setm. Jahrb. B. 225*).

Autor zestawia prace uczonych, w tym kierunku zrobione. Na szczególną uwagę zasługuje Zawarykin ponieważ wprowadza nowe poglądy. Ż. sądzi, że przenosicielami tłuszczu są ciała limfoidalne tkanki gruczołowej (adenoidalnej) kosmków, które chwytają tłuszcze zmienione w delikatną emulsję z przewodu kiszkowego a następnie przez nabłonek ślupkowy podnablonkowy śródbłonek i miąższ kosmka wprowadzają do śródkowego naczyńia chłonnego, znajdującego się w każdym kosmku. Dostawianie się kropelek tłuszczowych do komórek tych odbywa się za pomocą wyrostków wykonywujących ruchy ameboidalne. Wiener potwierdza, że takie komórki znajdujemy pomiędzy komórkami nablonka kosmków i gruczołów Lieberkühn'a, tkance włóknistej błony pośluzowej i pomiędzy czerwonymi ciałkami krwi w naczyniach kosmków, ale zdaje się że ten fakt jest mniejszej wagi, cała bowiem masa tłuszczu znajduje się, na co się zgadza i Gravenhagen, jako emulsyja w naczyniach chłonnych nie zaś w ciałkach białych.

Autor pracy zatytułowanej w nagłówku robił swoje doświadczenia na żabach, szczurach, myszach, gołębiach, królikach i morskich świnkach. Oto rezultaty do jakich dochodzi:

1) Komórki limfoidalne w mechanizmie wchłaniania nie odgrywają prawie żadnej roli.

2) Jedyne pierwiastkami, wchłaniającymi tłuszcze są komórki nabłonkowe ślupkowe.

3) Ilość wchłanianych tłuszczów jest stosunkowo nieznaczna.

4) W warunkach zwykłych, przy niewielkiej ilości tłuszczu w pokarmach, nie znajdujemy ich wcale w komórkach nabłonkowych, tłuszcze bowiem zmieniają się zupełnie w ciała rozpuszczalne (sole tłuszczowe, mydła) i w takiej formie bywają wchłaniane.

Grundzach.

182. Prof. BRIEGER i prof. C. FRAENKEL. **Poszukiwania nad bakteryjnymi jadami.** (*Berl. Klin. Woch. Nr. 11 i 12 1890*).

Szkodliwe działanie chorobotwórczych bakteryj na organizm zależy od produktów przemiany materji tychże. Stwierdzano to różnymi czasy odnośnie tyfusu, tężca i cholery. Produkty przemiany materji drobnoustrojów nazwano toksynami. Poszukiwania autorów w tym kierunku dotyczą baccillus diphtherie Löffler'i.

Już Löffler wykazał, że bakteryje błonicy osiedlają się tylko w miejscu szczepienia, że więc cały obraz chorobowy zależy musi od ciała chemicznej natury, od toxin, które według zdania L. są fermentami. (Enzym). Do tego samego przekonania dochodzą Roux i Yersin, którzy oddzielali toksyny od bakteryj drogą filtrowania przez porcelanowy Chamberlandowski filtr i uważają je za rodzaj fermentu (DiasataseEnsym). Autorowie do oddzielenia jadu dyfterytycznego od bakteryj uży-

wali bądź ogrzewania bądź filtrowania buljonowych hodowli. Wyniki, do jakich dochodzą, streścić się dają w następujących punktach:

1) Przy podskórnem zastrzykiwaniu zwierzętom usposobionym wyjałowionych hodowli laseczników Löffler'a otrzymują się te same objawy chorobowe, co i przy zastrzykiwaniu hodowli nie wyjałowionych (wychudnienie, porażenia; ropnie, zgorzel obrzęk w miejscu iniekcji itp., a niekiedy śmierć); tworzenia się błon rzekomych nie widziano.

2) Pod wpływem ogrzewania buljonowych hodowli do temperatury wyższej nad 60° C. jad dyfteryyczny (chemiczny) traci swe własności trujące.

3) Ciało chemiczne, od którego zależy szkodliwe działanie wyjałowionych hodowli dyfteryycznych bakteryj, należą do rzędu ciał białkowych i nazwane zostało przez autorów toxalbumina.

4) Toxalbumina dyfteryyczna sprowadza u zwierząt te same objawy, co przesącz buljonowych hodowli laseczników Löffler'a. Objawy te występują niekiedy dopiero po kilku miesiącach.

5) Toxalbumina dyfteryyczna w hodowli buljonowej tworzy się z białka surowicy krwi dodawanej zwykle do buljonów Blutserum bouillonculturen, lub też z peptonu. Taka sama toxalbina powstaje w ustroju z białka ustrojowego.

6) Podobne ciała białkowe o swoistych własnościach trujących czyli t. zw. toxalbuminy wykazać można w hodowlach innych bakteryj (typhus, tetanus, cholera, staphylococcus aureus).

A. Chełmoński.

183. HOFFA. Do nauki o naturze sepsis. (*Zur Lehre der Sepsis*)
Beil. Centabl. f. Chir.

W działaniu sepsis na ustrój ludzki odróżnić należy otrucie septyczne od zakażenia septycznego. Pierwsze wywołaniem być może przez wessanie ptomain lub fermentów do krwi; przy drugim do krwi dostają się drobnoustroje a śmierć może nastąpić wskutek ich rozmnożenia się. W ostatnim przypadku może istnieć zarówno otrucie fermentem i wtedy drobnoustroje muszą sprowadzić zwiększony rozkład białych ciałek krwi, jak to bywa przy septycemii mysiej Kocha. W przypadku pierwszym nie można dowieść znikania leukocytów, a drobnoustroje znajdują we krwi w ilościach małych. W tych przypadkach przyjmuje Hoffa działanie ptomain; by pytanie to rozwiązać wykonywał doświadczenia z bakteryjami septycemii króliczej Koch-Gaffky. Szczepił na uchu królików czyste hodowle tych bakteryj i postępował ze zdechłymi od septycemii królikami według metody Briegera. Przy tem znajdował stale jedną i tę samą zasadę silną truciznę—methylguanidynę ($C_2H_7N_3$). Wstrzykiwanie materji tej do krwi stale wywołuje obraz septycemji króliczej.

Ponieważ postępowanie według metody Briegera ze zwierzętami nie szczepionemi nie dało owej materji, autor powstanie jej przypisuje bakteryjom.

Tym sposobem poraz pierwszy wydobyto toksynę z ciała

zwierzęcia zakażonego przez czystą hodowlę drobnoustroju chorobotwórczego.

Jako źródło methylguanidiny uważa Hoffa kreatynę, na którą bacylle mają działać utleniająco.

Hoffa demonstrował drugą zasadę, wzoru $C_3H_6N_2$, też silną truciznę, którą wydobył ze zwierzęcia zarażonego przez czystą hodowlę bacillów karbunkułu. Tę truciznę nazywa on antracyną. S. Ster.

II. Farmakologija.

184. Dr. Jakób STILLING (Strasburg). **Barwniki anilinowe jako antyseptyka.** (*Medicinische Neuigkeiten* Nr. 18 r. 90).

Pomimo znakomitego rozwoju bakterjologii w ostatnich czasach, antyseptyka od czasów Listera niewiele postąpiła na przód; dotychczas nie znano środka, który by w koncentracji, nie szkodliwej dla organizmu człowieka, mógł niszczyć ropne drobnoustroje i miał własności silnego przenikania w tkanki.

Otóż środek posiadający obie powyższe własności został odkryty przez oftalmologa dr. I. Stillinga ze Strasburga. Botanikom oddawna był znanym fakt, że mikroby wszelkich gatunków silnie wsysają przetwory aniliny, i że przez nie szybko są zabijane. Dr. Stil. wraz z dr. Wortmann'em przedsięwzięli szereg doświadczeń z grupą fioletowych barwników aniliny, nazywanych przez nich dla krótkości Methyl-violett, i doszli do przekonania, że takowe w stężeniu 1:30000 znoszą rozwój gnilnych mikrobow a w stężeniu 1:2000 i 1:1000 znoszą zupełnie gnicie. Rezultaty owych badań w pracowni bakterjologicznej dokonanych przenieśli na zwierzęta a następnie na człowieka. Zdolność szybkiego przenikania (diffuzji) i względna nieszkodliwość stosowanych dawek barwników anilinowych wolnych od arseniku wypróbowana została na świnkach morskich i królikach; następnie zwierzętom tym wywoływano ciężkie cierpienia oczów i leczono roztworami anilinowych barwników; rezultat okazał się świetnym—choroby bowiem zostawały doszczętnie odrazu niszczone. Zachęćeni tem wynikiem autorowie stosowali ten środek i u człowieka. Lek został po raz pierwszy użyty przy owrzodzeniu rogówki u dziecka skrofalicznego, które to owrzodzenie leczone od miesiąca zwykłemi antyseptycznemi środkami nie chciało się zabliznić; wkraplanie roztworu methylviolett do worka łącznicy wkrótce doprowadziło do zabliznienia owrzodzenia rogówki. Następnie lek ten został stosowanym w całym szeregu ciężkich chorób oczu z pomyślnym skutkiem; daleko jednak szersze zastosowanie lek ten może znaleźć w chirurgji. Autor stosował go przy ropnem zapaleniu łożyska paznokcia na wielkim palcu u nogi, smarując olówkiem anilinowym chore miejsce; już po 48 godzinach palec stał się bezbolesnym przy ucisku a chora noga otęchła; zastrzały i oparzenia również pod tem leczeniem szybko się goiły. Szczególniej okazało się pomyślnem działanie

leku przy ropiejących owrzodzeniach i ranach; jeżeli roztwór leku dostał się na owrzodzenie, gdzie było ropienie, takowe od razu zostało znoszone; między innymi autor stosował roztwór aniliny u 70 letniego staruszka przy bardzo bolesnych i silnie ropiejących owrzodzeniach dolnej kończyny (ulcera varicosa), które sprawiały dotkliwie bóle i nie ustępowały zwykłemu leczeniu. Stilling wyjąłowił wszystkie owrzodzenia, z których jedno dosięgało wielkości dłoni roztworem anilinowym i doprowadził je wkrótce do zabliznienia; po dwóch dniach silny obrzęk kończyny ustąpił a po trzech dniach chory mógł chodzić. Autor sądzi, że we wszystkich działach medycyny środek ten będzie mógł znaleźć zastosowanie: w akuszeryi, chorobach skórnych, a nawet i przy zapaleniach błon surowicznych i przy owrzodzeniach kiszek.

Czyste przetwory anilinowe, mogące znaleźć zastosowanie w medycynie jako to farby, środki opatrunkowe, ołówki itd. według metody Stilling'a zaczęła wyrabiać je firma E. Merck'a w Darmstadiu i nadała im miano w handlu „pyoctanin“.

Wł. Kopytowski.

185. Dr. FELLNER i dr. FALK. **Hydrastin i hydrastinin.** *Allgemeine medicinische Centralzeitung 12 Marca r. 90. Medicin. Neuigkeiten Nr. 14 r. 90.*

Na zjeździe ginekologów we Freiburgu w 1883 r. dr. Schatz po raz pierwszy zdał sprawozdanie z leczniczego działania hydrastis canadensis przy krwotokach macicznych; w trzy lata później przedstawił dokładne wskazania dla użycia tego środka, gorąco go zalecając praktykom. Wkrótce potem w czasopiśmie medycznych pojawiło się kilka prac o hydrastis canadensis, które jednogłośnie okazały się pomyślnymi dla nowego środka. Praca Fellner'a wyjaśniła, że pod działaniem tego leku nie tylko naczynia w obrębie działalności nervi splanchnici ulegają zwężeniu, ale ma to miejsce w całym organizmie; to nam tłumaczy dodatnie działanie tego środka przy krwotokach z nosa, przy krwiopłuciu, krwotokach hemoroidalnych, wreszcie jako toniczne dla żołądka przy dyspepsyjach. Przy swych doświadczeniach na zwierzętach Fellner używał extractum fluidum hydrastidis canadensis, a otrzymane rezultaty można streścić w następujący sposób:

Działanie leku zależy od wielkości dawki i sposobu jej podania, a mianowicie:

1) Wielkie dawki od 6—9 grammów znacznie obniżają ciśnienie krwi i zwalniają tętno; w drugim okresie występuje przyspieszenie tętna i podniesienie ciśnienia; w trzecim natomiast na pierwszy plan występuje nieregularne działanie serca (arythmia pulsus bigeminus; trigeminus etcet) obniżenie ciśnienia krwi i śmierć zwierzęcia.

2) Dawki średnie 1—3 gr. wywołują podobne zmiany w krwi obiegu z tą jednak różnicą, że w pierwszym okresie ciśnienia krwi mniej opada, a w drugim natomiast więcej się wznosi; dawki te nie doprowadzają do arythmii i śmierci.

3) Małe dawki podnoszą tylko ciśnienie krwi.

4) Podskórne zastrzykiwanie leku, lawatywy, wreszcie wewnętrznego jego użycie, nawet w wielkich dawkach, działają podobnie jak małe, wprowadzone do krwioobiegu przez zastrzyknięcie wprost do żyły.

Działanie środka, według Fellner'a, zależy od podrażnienia ośrodków nerwowych mózgu, które sprowadza zwężenie, względnie rozszerzenie światła naczyń. Dalej lek ten działa i na zwoje nerwowe, założone w muskulaturze serca. Nakoniec F. przypisuje mu wpływ specjalny na muskulaturę macicy—ma jakoby wywoływać bóle porodowe.

Przeciwko ostatniemu założeniu wystąpił Schatz utrzymując, że dawki używane dotychczas w terapii należy uważać wyłącznie jako zwężające światło naczyń, zostając jednak bez znaczenia dla muskulatury macicy.

Z nowego tego środka leczniczego został otrzymany alkoholoid hydrastinum; z nim również przedsięwzięto liczne doświadczenia jak i z jego pochodnymi tj. produktami jego utlenienia, hydracyi itd.

Dr. Falk w laboratorium farmakologicznym prof. Liebreich'a w Berlinie czynił doświadczenia na zwierzętach, które następnie zastosował na chorych w klinice dr. Landau, a wyniki swe streszcza w następujący sposób:

Działanie hydrastiny jest o wiele korzystniejsze pod względem leczniczym aniżeli działanie alkoholoidu hydrastidis canadensis hydrastini; dodatny wpływ przejawia się silniejszym działaniem na zwężenie naczyń krwionośnych, na pobudzenie działalności serca i brakiem podrażnienia rdzenia, występującem przy hydrastynie; rezultaty badań farmakologicznych, w praktyce w zupełności potwierdziły otrzymane dane.

Wł. Kopytowski.

186. Zastosowanie olejku santalowego. (*Wiener medicin. Blätter* r. 90, 13 Lutego. *Medicin. Neuigkeiten* r. 90 Nr. 12).

Użycie olejku santalowego w praktyce lekarskiej znacznie się wzmogło w ostatnich czasach a liczne doświadczenia wskazują, że nowy ten środek skutecznie może zastąpić balsam kopaivi i pieprz kubeby, przy leczeniu rzerzączki. Nowy ten środek łatwo jest znoszony przez żołądek, a użyty przy ostrym tryprze, już po dwóch dobach stosowania, znacznie zmniejsza wyciek. Szczególniej Midy w Paryżu zajmował się badaniem własności olejku santalowego i doszedł do przekonania, że olejek otrzymywany z różnych próbek drzewa ma różnorodne własności. Drzewo santalowe otrzymuje się z Zanzibaru, Jawy, Australii itd.

Chińczycy, którym od dawna były znane własności przeciwtryprowe olejku santalowego używają do wyrobu olejku santalowego drzewa z Mysore. Hindusi, pomimo tego, że u siebie posiadają znaczną ilość drzewa santalowego, używają wyłącznie na użytek lekarski drzewa z Mysore. Polegając na tych danych, Midy dla wyrobu olejku santalowego wyłącznie używa drzewa z Mysore, a olejek otrzymywany przez niego działa delikatniej i posiada woń miłszą jak inne gatunki. Ostatni ro-

dzaj olejku wypróbowany był przez wielu lekarzy; przytaczamy tu zdanie kilku: Dr. Handerson (w *Medical Times*) opisuje spo-trzeżenie, że w przypadkach, gdzie bals. copaivae zawodzi, ol. santali dobrze działa. Durand zwraca szczególniejszą uwagę na łatwą strawność tego olejku. W szpitalu du Midi w Paryżu przekonano się, że ostry tryper już po trzech dniach przechodzi i bolesność przy oddawaniu moczu się znosi. Dr. Candmont poleca gorąco ten lek przy ostrym katarze pęcherza z następnymi krwawieniami z cewki moczowej. Dr. Giphoulon otrzymywał dodatnie rezultaty przy cierpieniach nerek i krwotokach z nerek. Nakoniec dr. Posner w Berlinie w towarzystwie lekarskim zdał sprawozdanie z pomyślnego działania olejku santalowego przy chronicznym tryprze. Wpływ pochodzenia olejku jest widoczny. Najskuteczniej działa olejek santalowy francuzki. Kapsułki Santal Midy zawierają w jednej kapsułce 0,2 olejku. Przy tryprze należy używać dziennie 8—12 kapsułek; przy innych cierpieniach dróg moczowych 3—6. Jeżeli przy tryprze zmniejszy się wysięk to zmniejszając dobową dawkę, należy zalecić choremu by jeszcze przez czas jakiś brał kapsułki.

Wl. Kopytowski.

III. Choroby oczne.

187. WÉCKER. **Nadużycie enukleacyi** (*Annales d'Oculistique* Nr. 3, 4, 5. 1889).

Najnowsze badania i prace o współzależnym (sympatycznym) zapaleniu oka, każą odróżniać podrażnienie od przerzucenia się zapalenia na drugie oko, i położyć tym sposobem tamę zbyt często wyluszczeniom gałki.

Oko zniszczone chorobą, można bez szkody wyjąć, lecz jeśli niebudzi obawy przeniesienia zapalenia lub zakażenia z przyczyny nowotworu, to zostawić go można choćby zmniejszwszy jego rozmiary, znanymi sposobami.

Wyluszczenie oka — zawsze będzie barbarzyńską operacją ze względów humanitarnych. Unikać więc jej trzeba.

Enukleacyja wykonana u ludzi biednych, którzy nie są w stanie kupić sztucznego oka, i utrzymywać go w należytej czystości, powoduje często długotrwałe zapalenie, ze zmianami łącznicy.

Anglicy poszli jeszcze dalej, oprócz enukleacyi, wykonywali i extyrpacyję całego worka łącznicowego, wywołując zupełny synblepharon Czyż można wybaczyć podobnie defigurującą operacyję?

Niejeden operator miał ten wstyd, że chorzy, którym kiedyś proponowali enukleacyję, ze względu na drugie oko, zjawiali się z wynówkami, że napróżno byli namawiani na taką operacyję.

Były czasy, kiedy twierdzili, że każde oko zepsute należy wyjąć choćby ze względu na histologię patologiczną!!

Autor oburza się na enukleację, przypadek gdzie chory umiera (1—3000) po operacji — nazywa zabójstwem.

Już 10 lat temu pisał autor, że w Londynie w Moorfields Hospital, na 22,150 chorych wykonano 188 enukleacji, gdy tymczasem w klinice autora, na tęż liczbę chorych było wykonanych tylko 60.

W zakładzie Quinz-Vingts — na 10,000 chorych wykonano od 120—130 enukleacji. Jeśli więc w dwóch zakładach co rok wyluszcza się 300 galek, śmiało można twierdzić, że $\frac{3}{4}$ zrobiono napróżno. Autor sam miał 2 śmiertelne przypadki po enukleacji (staphyloma i iridochoroiditis), które jak sam przyznaje, niekwalifikowały się do operacji. Dzisiejsze doświadczenie sprzeciwiało by się bardzo przeciw operacji exenteracji oka, wskrzeszonej przez Alberta Graefe; wmawiano, przy tej barbarzyńskiej operacji, że oko niewyjmuje się, a wypróżniali je zupełnie. Operacja ta wkrótce poszła w zapomnienie, i jedynie przy panophtalmis i buphtalmus można ją stosować. Przytem gojenie trwa długo, wywołując czasem współzulne zapalenie drugiego oka. Protezy też zastosować nie można.

Enukleacja przeciwwskazana przy następujących cierpieniach: bolesność gałki, mogącej lub nie wywołać sympatyczne zapalenie, zależy głównie od glaucomy z iridochoroiditis. Na usmierzenie bólów i ciśnienia wewnątrz gałkowego mamy doskonały środek powtórnej sclerotomii equatoryjalnej. Nie było jeszcze nigdy obserwowane aby jaskra skończona wywoływała przerzutowe zapalenie drugiego oka, tam nawet gdzie już był garbiec rzęskowy. Iridochoroiditis wywołana cierpieniem ogólnem organizmu, niewymaga enukleacji, gdyż cierpienie ogranicza się na jednym oku. Przy iritis tuberculosa Terson i autor wycinali z dobrym skutkiem miejsce zajęte, ocalając gałkę. Druga kategoria — tu należy deformacja galek ocznych, staphyloma totale, nie tylko rogówki, ale i wyrostków rzęskowych. Oko sterczy ze szczeliny powiekowej i drażnione, podlega napadom bólów glaucomatycznych — może potrzebować odciążenia połowy lub części. Powtarzane punkcje w okolicy równika, mogą zmniejszyć wielkość gałki i uspokoić bóle. Autor cytuje 2 przypadki, gdzie przy staphyloma totale, ocalił oko matce i dziecku (post blenorrh.).

Wskazania do enukleacji: 1. Urazowe zapalenie oka, i 2-e Nowotwory gałki. 1. Jeżeli zranione oko widocznie ulega zapaleniu pomimo stosowanej antyseptyki, gdzie podejrzujemy ciało obce którego wyjąć się nie da — tam enukleacja potrzebna. Każdy uraz wywołać może zakażenie oka, a ciało obce wywoła współzulne zapalenie drugiego oka. 2. Nowotwór glioma retinae wymaga szybkiej operacji, aby nie przeszedł na nerw wzrokowy, a po nim głębiej. Przy sarcoma choroidei — choćby jak najspieszniej operować — i jak najwcześniej — to i tak organizm zginie, gdyż nowotwór pojawił się w oku, a istnieje w całym organizmie (wątroba).

Oszczędzając w ten sposób masę oczów, nieoperując tylko

wyjątkowe przypadki, nie tylko oszczędzamy próżnych męczarni ludzkości, ale i podnosimy urok naszej nauki. *Piaszyński.*

188. Dr. K. M. SAPIEŻKO. **W kwestyi zajęcia zatok czołowych** (*Wiest Oftalm. VI 1889*).

Autor zastanawia się nad tem że zapalenie z otok czołowych zdarza się często (?) — i że przez sąsiedztwo swoje ognisko zapalne może się otworzyć do jamy czaszki. W krótkim czasie autor spostrzegł 6 takich przypadków ale wskazuje tylko ważniejsze. Obserwacje robiono w klinice Prof. Chodina. Kozak Iwanoff przybył do kliniki 1887 r. z wrzodem starym nad prawem okiem, a raczej pośrodku górnego brzegu orbity znajdowała się fistuła, z której płynie trochę płynu ropnego. Powieka górna, zwyrodniona trachomą, wywrócona do góry tak, że rzęsy dochodzą do brwi. Gałka oczna obniżona, rogówka zmętniała pokryta małemi owrzodzeniami — gałka zepchnięta na dół i wysunięta naprzód. Przypuszczając cierpienia kości orbity, po odseparowaniu części miękkich, zbadano kanał fistuły; o 3 cent. od brzegu orbity znaleziono obnażoną kość, a sonda przechodzi swobodnie w górę w kierunku prostopadłym. Obawiając się, że górnej ściany orbity niema, a bojąc się uszkodzić mózg, nałożono antyseptyczny opatrunek. Na drugi dzień przekonano, się że z otworu zrobionego leje się ropa bardz obficie, założono więc dren, przez który wyszło masę ropy i płynu opalizującego $\frac{1}{2}$ szklanki. Płyn ten wychodził rytmicznie, odpowiednio systole puls. Powstało zatem przypuszczenie, że jama która mieści taką masę płynu musi mieć ściankę dotykającą się do mózgu. W płynie znaleziono komórki nabłonka błon śluzowych — nie było więc wątpliwości, że proces mieści się w sinus frontalis. Po umieszczeniu chorego w chirurgicznym oddziale, był zrobiony otwór, w przedniej ścianie zatoki. Zatoka była ogromna, wielkości jaja gęsiego (normalnie 4 kub. cent. podług Boyer'a) wysłana grubą i nierówną błoną śluzową, wiśniowego koloru. Cała ta jama otoczona była kostną ścianką.

Aby dać upływ ropie, zrobiono otwór do nosa, założono dren i ranę zagojono. Po usunięciu zrostów bliznowatych między powieką, a skórą brwi — ectropion wyrównał się, a gałka oczna po zniknięciu obrzmienia wróciła na swoje miejsce.

Widzenie jej odzyskało $\frac{20}{200}$ Chory przestał się skarżyć na ból w czole. Przyczyną cierpienia, zapewne było zatkanie połączenia między zatoką czołową a nosem. Powolne zbieranie się płynów wydzielniczych usurowało ścianki kostne — i zatoka doszła do olbrzymich rozmiarów. Co do pulsacyi, to ponieważ płyn był zawarty w przestrzeni otoczonej błoną zgrubiałą (hypertrophia) i przekrwioną — przeto ogólna summa fal pulsacyi oddawała się przy wypływie płynu. Podobne zjawisko widział Leber, Lyder i Burtens. Przypadek ten był demonstrowany w Towarzystwie lekarskiem — i owa pulsacyja płynu. Autor cytuje jeszcze 2 przypadki analogiczne i przychodzi do przekonania, że cierpienie tylko na drodze operacyjnej usunąć się daje.

Piaszyński.

189. Dr. Ch. ABADIE. **Leczenie oddzielenia siatkówki.**
(*Annales d'oculis* 3, 4, 5 lir. 1889).

W obec postępu w ostatnich czasach chirurgii ocznej i wydoskonalenia operacji zaćmy, zezą i jaskry, gdzie możemy powstrzymać zgubne jej następstwa, nieraz już próbowano leczyć oddzielenia siatkówki na drodze chirurgicznej.

W ostatnich czasach używano punkcye, drenowanie (złotem) i galwanocaustykę.

Próbowano i środki medyczne, jak pilocarpinę, rtęć, spokój i leżenie na wznak, lecz środki te niedawały widocznej ulgi.

Pomimo niepowodzeń robiono ciągle próby, i autor był zdania, że będzie na to mieć wynaleziony sposób chirurgiczny. Prace anatomopatologiczne — chociaż przez poważnych badaczy przedsiębrane, nierozjaśniały kwestyi, gdyż robione były w okresach końcowych cierpienia. Toż samo i w kwestyi glaucomy, której istota jeszcze nie jest na pewno ustanowiona.

W 1888 r. na kongresie w Paryżu, przedstawiał autor projekt punkcyi, na miejscu oddzielonej siatkówki. Schoeler, oprócz punkcyi zastrzykiwał tinct. jodi i widział kilka polepszeń, ale były i smutne następstwa gwałtownych zapaleń phtisis bulbi.

Aby zmiejszyć podrażnie, autor zaczął używać mieszaniny

Tinct. jodi 5,0

Aq. dest. 5,0

Kali jod. 0,25

i w taki sposób po zastosowaniu ścisłej metody antyseptycznej i z niezuleniu oka, robi punkcye na 8—10 milim. od dolnego brzegu rogówki, przypuszczalnie w miejscu oddzielenia siatkówki. Punkcye wykonywa nożykiem szerszym Graefego, i po wypuszczeniu, ruchem noża płynu podsiatkówkowego, oko mięknie i oddzielona siatkówka zbliża się do choroidei — wtenczas aby wyzwać lekkie zapalenie wprowadza cieniutką igielkę złotą, połączoną ze szpryczką Prewatza, i wstrzykuje 1—1½ kropli swego płynu. Reakcyja bywa słaba, oko powoli odzyskuje swą właściwą konsystencyę. Przy oględzinach ophtalmoskopem, zauważymy przyczepienie się siatkówki. Miejsce wstrzyknięcia przedstawia się zmętniałe — w jakiś czas, w tem miejscu widzimy plamę białawą, ograniczonego chorio-retinitis.

Jak działa powyższy sposób, czy punkcya pomaga do zbliżenia się błon, czy podrażnienie wywołuje owo zrośnięcie, lecz fakt pozostaje faktem. i tym sposobem w świeżych przypadkach można przynieść ulgę i zapobiedz dalszemu szzerzeniu się rozdzielenia.

Piaszczyński.

190. MALGAT. **Chromheteropia** (*Rocveil d'Ophtal VI 1889*).

Nazwą tą oznaczamy stan, kiedy oba oczy u jednego osobnika, mają innego koloru tęczówki. Według spostrzeżeń autora, oczy z ciemno zabarwioną tęczówką bywają zdrowsze i więcej normalne, jak oczy z jasną barwą tęczówki — oczy takie podlegały katarakcie, a to z przyczyny utrudnionych warunków krążenia i odżywiania przedniej części oka, przy cienkości samej tęczówki, a również wskutek silniejszego działania

promieni światła, przez tęczówkę pozbawioną w części barwnika.

Podobną obserwacją zrobił Dr. W. Sym i nazwał to cierpienie heterochromia, Na 8 przypadków — 5 było oczów piwnych i 5 niebieskich — w tych w trzech były zmiany patologiczne — jedno — choroiditis, glaucoma w drugim i katarakta w trzecim. W trzech ostatnich — w dwóch neuritis optica duplex i astygmazym nadwzroczny, a w 8-y m wysoka myopia (staph. posticum).

Piaszczyński.

IV. Choroby weneryczne i skórne.

191. Prof. FOURNIER. **Przymiot języka.** *L'union médicale* Nr. 55, 57, 58, 61 r. 90).

W każdym okresie przymiotu język może uleść porażeniu; jednakże pierwotny objaw przymiotu występuje bardzo rzadko. Autor w ciągu swej rozległej 27 letniej praktyki widział objaw pierwotny 37 razy. Objawy wtórne przymiotu występują bardzo często; natomiast trzeciorzędne, nierównie rzadziej jak drugorzędne, chociaż wcale nie stanowią rzadkości.

Pierwotny objaw przymiotu występuje w dwóch postaciach, to pod postacią obnażenia z nabłonka ciągłości błony śluzowej, obtarcia, to pod postacią owrzodzenia; z gruczolów najpierw ulegają obrzmieniu gruczoly limfatyczne, położone około wyrostków kości gnykowej; rzadziej gruczoly podszczękowe. Przebieg pierwotnego objawu na języku podobny jest do przebiegu owrzodzeń pierwotnych na częściach płciowych. Leczenie: czystość ust, płukania kleiste (ślaz, Iniane siemię); pędzelkowanie przetworami boraksu np. Rp. Mel. rosat, Glicerin aa grm. 15, Borac. venet 1, grm. Przyczyna choroby: bezpośrednie lub pośrednie zarażenie np. fajką, łyżką, palcem itd.

Wtórne objawy przymiotu również występują pod dwoma postaciami: to pod postacią wilgotną (sączące kłykciny), to pod postacią suchych wykwitów. Pierwsze są powszechnie znane z powodu ich częstości; autor odróżnia cztery ich formy: formy plam, grudek, grudek przerosłych i owrzodzeń.

Forma sucha, znana pod nazwą psoriasis linguae, leucoplakia linguae, przedstawia się pod postacią plam zupełnie gładkich, suchych, szaro białych, nie zmieniających barwy od dotknięcia lapisem; zmiany zależą od zaniku brodawek języka; występują już to we wszystkich okresach przymiotu, już to po przeciągu lat kilkunastu od zarażenia. Rozpoznanie choroby jest dość łatwe, przy czem różniczkowa dyagnoza podana bywa we wszystkich podręcznikach, w skutek tego autor ją opuszcza, zatrzymując się dłużej nad cierpieniem języka, herpes bucalis, (wyprysk), dającego nie raz powód do fałszywego rozpoznania choroby. Cierpienie to występuje pod postacią licznych, drobniotkich pęcherzyków, które pękając tworzą powierzchowne obnażenia błony śluzowej języka, goją się szybko, podobnie do wyprysku na częściach płciowych.

Leczenie wtórnych objawów przymiotu języka rozpada się na leczenie ogólne rtęcią i miejscowe, w ostatnim celu używa się lapisu, azotanu rtęci. Azotan rtęci działa szybciej, ale jest boleśniejszy w użyciu, można więc nim przypalać tylko raz jedno owrządzenie. Do przypalań należy dołączyć płukania z chloranu potażu i boraksu.

Trzeciorderny przymiot języka występuje pod postacią rozrostu komórek z charakterem embryjonalnym i kończy się wytworzeniem tkanki łącznej bliznowatej sclerosis linguae lub jej rozpadem (kilaki, gummata syphilitica). U mężczyzny język częściej cierpi jak u kobiet—przyczyną alkohol i tytuń, choroba występuje najczęściej między 5—13 rokiem od zakażenia. Autor na 787 przypadków przymiotu widział to cierpienie u 152 chorych.

Forma z rozrostem tkanki łącznej może być powierzchowna lub głęboka. Przy pierwszej formie powierzchnia języka przedstawia ograniczone wykwity, gładkie, twarde, czerwone. Głęboka forma choroby przedstawia bardzo poważne cierpienie; język przytem jest obrzękły, powiększony, porany bruzdami, twardy z zwyrodnioną błoną śluzową. Powiększenie języka tyczy się przeważnie grubości tego organu; język może zgrubić od kilku milimetrów do centymetra; powierzchnia jego dzieli się bruzdami na wiele części, wsktek tego przypominają sobie powierzchnię mózgu—autor daje mu nazwę lingua cerebroformis. Wskutek zmian błony śluzowej przyłączają się wtórne jej cierpienia, wywołane przez pokarmy drażniące lub gorące, przez dym z cygar i papierosów jako to: ustawiczne chyloryjacje, szczeliny, spękania itd.

Rozwój tego cierpienia jest bardzo powolny, lecz postępowy; jeżeli choroba nie komplikuje się cierpieniem błony śluzowej, to oprócz rozstroju w ruchach języka nie przyczynia choremu żadnej przykrości; jeżeli zaś występują wyżej przytoczone zmiany na powierzchni języka, jest on nadzwyczaj bolesny, i zwykle łączy się ze ślinotokiem.

Forma kilakowa bywa powierzchowna i głęboka. Powierzchnowe kilaki sadowią się w błonie śluzowej języka i występują to pojedynczo to po kilka razem, często grupując się na jego powierzchni w formie odcinków koła; wielkość kilaków waha się od ziarnka konopi do soczewicy; często przechodzą w owrządzenia.

Znacznie cięższem jest cierpienie, jeżeli kilaki sadowią się w muskulaturze języka; i tu też kilaki występują to pojedynczo to w znacznej ilości i dosięgają znacznych wymiarów—migdała, dektyla. Znany jest przypadek Cloquet'a, gdzie język obrzinał się z powodu rozpadłych kilaków—wystawał z jamy ust i zwiślał się za podbródek—leczenie swoiste sprowadziło wyzdrowienie. (Przypadek wzięty był za raka).

W przebiegu kilaków języka odróżnić należy cztery okresy. Okres rozrostu, przeobrażeń wstecznych, rozpadu i gojenia.

Pierwszy okres ciągnie się zazwyczaj kilka lub kilkanaście miesięcy—na powierzchni języka gołem okiem, a jeszcze bardziej dotykaniem można wyczuć guz twardej, bezbolesny, cho-

rzy oprócz utrudnionych ruchów języka i wskutek tego często go przygryzania innych dolegliwości nie doświadczają. Z czasem guz mięknie i przechodzi w owrzodzenie głębokie, zwykle 3—4 milimetrów sięgające, choć bywają przypadki, że dno owrzodzenia odstaje od powierzchni języka na 2 lub 3 centymetry. Brzegi owrzodzenia występują pod postacią waleczka twardego, czerwonego ze strony tkanki języka (odezyn tkanek języka), zagłębiając się stromo w owrzodzenie. Dno pokryte bywa zmartwiałościami cząstkami tkanek, które oddzielając się stopniowo pozostawiają żółtawy nalot w formie wysepek.

Bez swoistego leczenia owrzodzenie może trwać całe miesiące. W „Lancethe“ z roku 1865 opisane jest owrzodzenie kilakowe trwające lat 20.

Występując w znacznej liczbie i rozpadając się kilaki dają początek owrzodzeniom zlewającym się z sobą; do przebiegu kilaków może dołączyć się fagedenizm, przy czem owrzodzenie zwykle rozszerza się ku tyłowi, i łączy z silnym obrzękiem języka.

Gruzoły limfatyczne przy trzeciorzędnych objawach przymiotu języka zazwyczaj nie są powiększone. Rokowanie w obu tych formach choroby bywa różne. Pomimo to, że kilaki rozpadając się tworzą głębokie owrzodzenia, komplikujące się często z łagadeną i na pierwszy rzut oka zdają się nierównie cięższym cierpieniem, ustępują łatwo swoistemu leczeniu i sprawa kończy się wyzdrowieniem chorego. Forma sklerotyczna tylko w swych początkach jest dostępną leczeniu; po wyluszczeniu zbitej tkanki łącznej leczenie swoiste nie daje żadnego polepszenia.

Trzeciorzędne objawy przymiotu języka mają skłonność do częstych nawrotów; tak np. Fournier u jednego chorego z kilakami języka widział 10 powrotów w ciągu roku. Rozpoznanie przymiotu języka jest nadzwyczaj utrudnione; ma jednak ważne praktyczne znaczenie. Choroba przedstawia podobieństwo do:

1) Glossitis sclerotica przedstawia wielkie podobieństwo do psoriasis linguae non syphilitica przy tem cierpieniu plamy występują koloru perłowej macicy, zupełnie są gładkie — wykwitły przymiotu mają kolor żółtawy.

2) U palaczy tytoniu występują zmiany języka bardzo podobne do zmian opisanych przy przymiocie (Glossitis nicotiqua). Ricord pierwszy opisał je pod mianem „języka oparzonego“ (langue cuite). Język taki jest koloru czerwonego na końcu, pozbawiony aksamitnego wejrzenia od zaniku brodawek, na częściach środkowych białawy; w miejscu dotyku cybucha lub munsztuka papierosa zazwyczaj stwardniały. Do cierpienia często dołączają się złuszczenie nabłonka, a nieradko i bruzdy jak przy sklerotycznym cierpieniu języka natury swoistej.

Dla postawienia dyagnozy należy pamiętać, że objaw ten występuje u osób dużo i dawno palących, a powtóre, że u palaczy egzystują plamki koloru perłowej macicy w kątach i wewnątrz jamy ustnej. Zresztą dwa te cierpienia nie wykluczają się wzajemnie.

3) U osób mających zęby popsute lub też zeszpecone na

krawędziach występują na brzegach języka, w miejscach odpowiadających cierpiącym zębom owrzodzenia — zwrócenie uwagi na chore zęby wyjaśnia całą sprawę.

4) Glossitis tuberculosa przedstawia wielkie podobieństwo z rozpadłemi kilakami; lecz przy gruźlicy języka jak to zauważył pierwszy Trebt, na brzegach owrzodzenia można zauważyć małe, żółtawe gruzelki (tubercula miliaria) charakterystyczne dla gruźlicy. W braku ich zwracamy uwagę na płuca.

5) Cancer linguae. Rozpoznanie raka języka jest o wiele ważniejszym od innych cierpień, chociażby z tego powodu, że nie raz usuwano język dotknięty przymiotem, uważając go za dotknięty rakiem. (Przypadek Lallemand'a gdzie było postawione rozpoznanie raka języka, lecz z powodu trudności, operacja nie była wykonana; leczenie swoiste spowodowało wyzdrowienie).

Owrzodzenia spowodowane przymiotem występują na języku zwykle we wcześniejszych latach (u młodszych chorych), gdy tymczasem rak między 50 i 70 rokiem. Bardzo często u chorych dotkniętych rakiem można zauważyć psoriasis linguae, na tle którego rak się rozwija; jeżeli więc na języku znajduje się owrzodzenie podejrzanego natury jednocześnie z psoriasis linguae, możemy bez wachania uważać owrzodzenie za rak rozpadły. Obecność dwóch owrzodzeń w różnych miejscach języka przemawia za kilakami.

Same zaś owrzodzenia przedstawiają następujące dane dla różniczkowej dyagnozy:

Rak występuje bardziej pod postacią guza jak owrzodzenia; rzecz się ma wręcz przeciwnie z kilakiem; brzegi owrzodzenia rakowatego są wywrócone, grzybowate, stwardniałe; podstawa twarda; objawów tych brak zupełny, albo występują słabo w owrzodzeniach kilakowych. Dno raka wydziela płyn krwawy, przy ucisku silnie krwawi — brak tego przy kilakach. Owrzodzenie rakowe jest bardzo bolesne, bóle szerzą się w stronę ucha; język jest mało ruchomy, pokarmy bardzo drażnią owrzodzenie; objawy słabo występują przy kilakach. Charłactwo wcześniej występuje przy raku. Powiększenie odpowiednich gruczołów przy raku.

W trudnych przypadkach pozostaje rozpoznanie e nocentibus et juvantibus.

Przy leczeniu trzeciorzędnych objawów przymiotu na języku należy brać pod uwagę, czy mamy do czynienia z kilakami, czy z rozrostem tkanki łącznej (forma sklerotyczna), na stopnie choroby. Przy kilakach wskazany jest jodek potasu, przy rozroście tkanki łącznej przetwory rtęci, czy to pod postacią protojodureti hydrargiri do środka w pigułkach, czy też co bywa lepszym, wcierania szaruchy. Przy recydywach mogą znaleźć zastosowanie kąpiele siarczane.

Ważną rolę gra też miejscowe leczenie. Na pierwszym planie postawić należy czyste utrzymywanie jamy ustnej, płukania rozmięczające (ślaz, siemie lniane), ałun i sublimat bywają źle znoszone. Przy owrzodzeniach dobrze robią rozpylania przetworów jodu, stosowne dwa lub trzy razy na dobę w ciągu

10–15 minut, według następującego wzoru. Rp. Kali jodati 2–3 grm. Tinct jodi gtt 40, Aq dest. 250. Przy speknięciach i szczelinach na powierzchni języka dobrze robi tuszowanie co dni kilka miejsc chorych lapisem, przy rozpadniętych kilakach, po wydzieleniu mas zropiałych lepiej robi nalewka jodowa. Tuszowania innymi środkami, jak: roztworem kwasu chromowego, kwasem azotnym, przypalania rozpalonem żelazem autor uważa za zupełnie zbyteczne. *Wl. Kopytowski.*

192. VIALANÉIX **Badania nad powstawaniem gorączki zwiastunowej w okresie wtórnym przymiotu.** *Etude sur la fièvre syphilitique prodromique de la période secondaire (Annales de dermat et syphil. Nr. 12 1890 r.).*

Autor opierając się na licznych spostrzeżeniach stwierdził, że częstość gorączki przymiotowej zwiastunowej w okresie wtórnym jest znacznie większą niż powszechnie jest przyjętem. Powodem tego jest zjawianie się jej przedewszystkiem u kobiet i osób młodych, jej nietypowość, krótkotrwałość, znikanie przed wystąpieniem wysypki; trudność rozpoznania w niektórych przypadkach, można ją bowiem przyjąć niekiedy za gorączkę durzycową; rokowanie sprzyjające, znikanie dobrowolne, lub w krótkim czasie po zastosowaniu leczenia swoistego.

193. BAUDONIN. **Przyczynę do nauki o przymiocie ciężkim wczesnym.** *Contribution à l'étude des syphilis graves précoces (Annales de dermat et de syph. 1889 Nr. 12).*

Autor odróżnia kilka form tego cierpienia:

1) Przymiot może być ciężki w samym początku, nawet przed wystąpieniem objawów skórnych. Ogólnemu zakażeniu towarzyszą wtedy groźne objawy, to pod postacią gorączki, zwanej durzycą przymiotową, to niedokrwistości głębokiej z upadkiem odżywiania i niezwykłą skłonnością do zemdlenia.

2) Rzadko bywa ażeby objawy te istniały same, najczęściej widzieć można już po upływie kilku tygodni od pokazania się wrzodu pierwotnego, przypadłości ciężkie, owrzodzenia i gummaty rozsiane. W przypadkach tego rodzaju, wczesnie występujące wykwitły są grudkowate, grudkowo-krostowate, gruzelkowate.

Często zjawia się porażenie okolicy nosowo-gardzielowej. U tego rodzaju chorych zauważyć się daje znaczny upadek wagi ciała.

3) W trzeciej odmianie występuje wczesnie przymiot trzewiów, tu należą również wczesne zmiany przymiotowe ośrodków nerwowych, nerek, narządu wzrokowego, przedewszystkiem tężółki; krtani, tchawicy i oskrzeli; uszy rzadziej porażeniu ulegają.

4) Nakoniec przymiot może porazić wczesnie jednocześnie skórę i trzewia, wytworzyć postaci mięsane, mogące przyjąć wygląd bardzo rozmaity.

Autor opierając się na 132 spostrzeżeniach, które zawierają się w jego pracy, znalazł 116 (t. j. 95,4%) w których ciężkie objawy wystąpiły pomiędzy pierwszym miesiącem a koń-

cem pierwszego roku, tymczasem w drugim roku objawy te spostrzegane były tylko w sześciu przypadkach.

Przyczyną powstawania złośliwych wczesnych objawów jest: wiek podeszły, zołzy, gruźlica, alkoholizm przedewszystkiem, niedostatek, zakażenia bagienne, pewne usposobienia wrodzone, wrodzona nerwowość.

Co się dotyczy związku pomiędzy przypadłościami początkowymi i złośliwością późniejszą przymiotu, autor skłania się do poglądów uważających owrzodzenia przymiotowe uporczywe, przedewszystkiem phagedaeniczne, za zwiastuny późniejszych ciężkich przypadłości. W wątpliwość jednak podaje wpływ owrzodzeń przymiotowych pierwotnych rozwijających się na zewnątrz organów płciowych, a przedewszystkiem w jamie ustnej.

Wojciechowski.

194. UNNA. Przymiot i pryszczycza łojotokowa. *Syphilis et eczema sebarrhoicum*. (*Annales de dermat et syphil.* Nr. 8 i 9, 1889).

Wszystkie formy pryszczycy łojotokowej mogą przygotować grunt dla przymiotu grudkowego.

Autor stwierdził, że syfilidy należące do objawów wtórnych, są zawsze formami mieszanymi pryszczycy łojotokowej i przymiotu.

Przymiot grudkowy pokryty strupkami, jest syfilidem soczewkowatym umiejscowionym na pryszczycy łojotokowej strupowatej, tym sposobem przymiot jest pokryty strupami z tłuszczu, suchemi.

Postać ta syfilidów zajmuje stale siedliska uprzywilejowane przez pryszczycę skóry, przedewszystkiem skórę pokrytą włosami i twarz.

Grudki seborhoei płaskie, w stanie zapalnym żółto czerwone, zmieniają się pod wpływem przymiotu na grudki swoiste ciemne, zabarwione, więcej wystające, podobne do guzów przypłaszczonych w środku. Forma ta nadewszystko uwydatnia ślady sebor. w rowku nosowargowym i bródkowym. Przyczyną powstawania jej w tych miejscach jest obfite nagromadzenie gruczołów potowych, znajdujących się w stanie zapalnym.

Na pozostałych okolicach ciała, przedewszystkiem na tułowiu i goleniach, przymiot grudkowy przyjmuje formy pełzające, koliste i półkoliste, odcinków koła, zlewające się z sobą ze środkiem niezmiennym.

W przypadkach tego rodzaju eczema sebor, rozszerzając się tworzy formy pełzające; nie wywołuje tego przymiot gdy sam istnieje.

Faktem jest dowiedzionym, że wykwyty przymiotu zajmują przedewszystkiem miejsca skóry, które pod wpływem jakichkolwiek bodźców przedstawiają przekrwienie. Swierzbza n. p. usprawiedliwia zjawianie się syfilidów u tego rodzaju chorych pomiędzy palcami. Unna twierdzi, że syfilidy pełzające w okresie wtórnym przymiotu, mogą być wywołane chorobami pasożytniczymi pełzającymi naskórka.

Jest jedna z form syfilidów łuszczących się, rozwijająca się w okresie wtórnym przymiotu na skórze dłoni, rozszerzająca się

w licznych kierunkach jak prawdziwa wysypka pełzająca. Towarzyszy jej zazwyczaj znaczne napięcie skóry, bóle i swędzenie. Wysypka odznacza się stopniowem wytwarzaniem się masy słoisto nagromadzonych łusek żółtych, twardych, tłustych, przede wszystkim na obwodzie; w środku tymczasem wykwitły są przypłaszczone. W okolicy stawów palcowych i fałd dłoni sprządza głębokie nadpęknięcia.

Ciężka ta postać syfilidu łuszczącego się jest powikłaniem pryszczycy łojotokowej z syfilidem grudkowym.

W wielu przypadkach wypadania włosów u syfilityków istnieje również eczema seborrhoicum.

Syfildy grudkowe występujące pod postacią monet przypłaszczonych, ciemno czerwonych, obszernych, otoczonych strzępkami naskórka, spotykające się na czole, nosie, policzkach i podbródku, występują również na tle seborrhoae. Są one, ze względu na sprawiające oszpecenie, bardzo uciążliwymi dla chorych i wymagają leczenia miejscowego, pod wpływem którego znikają bardzo szybko.

Pryszczycza sebor. wilgotna, pomieszana z przymiotem była opisywana niegdyś pod nazwą — syphilis vegetans. Za przyczynę powstawania tego rodzaju grudek wilgotnych (condylomata plana), przyjmowano nieczystość i wilgotność naturalną stykających się powierzchni ciała. Unna dowodzi, że w miejscach tych występuje najpierw eczema intertrigo natury łojotokowej, na tak dopiero przygotowanym gruncie rozwijają się wspomniane odmiany syfilidów. Do uprzywilejewanych dla tego rodzaju wykwitów należą: organa płciowe, okolice otworu stolcowego, okolica pachwinowa i pachowa, skóra głowy pokryta włosami. Co się dotyczy tego ostatniego umiejscowienia, to jawnie nie odgrywa tu roli wilgotność, lub stykanie się dwóch powierzchni skóry, lecz pryszczycza łojotokowa.

Autor przychodzi również do przekonania, na podstawie licznych spostrzeżeń, że owrzodzenia pełzające, rozwijające się w okresie ziarniniaków kiłowych bywają wywołane przez pryszczycę łojotokową.

Ze stanowiska patologii ogólnej współistnienie tych dwóch procesów jest zupełnie uzasadnione. Syfildy w epoce objawów wtórnych, również jak pryszczycza łojotokowa — są cierpieniami przede wszystkim powierzchni zgięć kończyn, głowy i organów płciowych; większa obfitość narządów wydzielających, wilgotność tkanek jako też czynniejszy napływ krwi — czynią okolice te jednakowo przyjaznymi dla rozwoju obu procesów.

Wojciechowski.

195. MORRIS. Pryszczycza miejscowa. Local eczema. (*Annales de dermat. et de syph. Nr. 11, 1889*).

Autor opisuje 2 odmiany pryszczycy miejscowej, jedna z nich została opisana wcześniej przez Unnę pod nazwą Eczema seborrhoicum, drugą zaś opisał pierwszy raz autor pod nazwą eczema folliculorum. Ta ostatnia występuje przede wszystkim na powierzchniach wyprostnych kończyn i skórze pokrytej włosami.

Zjawiają się najpierw plamy czerwone będące w związku z otworami woreczków, które wkrótce tworzą wzniesienia pod postacią grudki czerwonej. Po pewnym czasie następuje stan zapalny skóry znajdującej się pomiędzy grudkami, tworzą się tym sposobem blaszki czerwone, okrągławe, pomiędzy którymi łatwo widzieć można rozszerzone woreczki. Swędzenie jest bardzo silne.

Autor sądzi, że pryszczycza ta jest prawdopodobnie natury pasożytniczej, rozszerza się bowiem stopniowo i regularnie na obwodzie, gdy w środku znika, daje się wyleczyć środkami czysto miejscowemi.

Wyróżnia się ona od pryszczycy łojotokowej swemi objawami i umiejscowieniem. Obie pryszczycze prawdopodobnie są wywołane innymi pasożytami. Leczone bywają obydwie przez zastosowanie związków przeciw pasożytniczych, przedewszystkiem siarki.

196. GARS. **O tożsamości róży i zapalenia naczyń chłonnych z punktu widzenia bakteriologicznego** (*De l'identité de l'erysipèle et de la lymphangite au point de vue bacteriologique*). Annales de dermat et typh, 1889 Nr. 10.

Gars uzupełnił poszukiwania Verneulla i Klado dotyczące się identyczności czynników chorobotwórczych róży i zapalenia naczyń chłonnych; dwie te choroby, tak wiele mające wspólnego klinicznie, że niekiedy stają się trudne do odróżnienia, zajmują obydwie systematy chłonne, róża będąc umiejscowioną w siatce początkowej naczyń chłonnych, a lymphangitis w pniach już uformowanych.

Streptococcus róży opisany przez Nepren'a i Fehlejsen'a, którego nie należy uważać za jednoznaczny ze streptococcus pyog. albus, znajduje się we wszystkich typowych zapaleniach ropnych naczyń chłonnych, a ropa z zapaleń tego rodzaju zaszczepiona królikom na uszach wywołuje typową różę.

Wojcikowski.

197. TAEUZER. **Ueber das Ulerythema ophryagenes** (*Monatshefte f. pract. Dermatologie 1889 Nr. 5*).

Autor spostrzegł sześć przypadków tego niezwyklego cierpienia włosów, nie opisanego dotąd. Występuje ono w wieku dziecięcym, sprowadzając najpierw zaczerwienienie skóry brwi (w tem miejscu cierpienie istnieje całe życie), później rozszerza się na okolice sąsiednie, przedewszystkiem twarz i skórą pokrytą włosami, rzadziej zajmuje barki. Z początku cierpienie jest podobne do liszaja włosowego (lichen pilaris), rozwiniętego na podstawie nieco zaczerwienionej, później w kilku miejscach powstaje zapalenie skóry bardzo powierzchowne. Zapalenie to torebek włosowych charakteryzuje się przez wyrostanie późniejsze kilku włosów grubych, najczęściej w formie kapki. Spostrzegać się czasem dają objawy zapalenia torebek bez zropienia, wtedy gdy skóra znajdująca się pomiędzy nimi, będąc porażoną stopniowo, jest siedliskiem sprawy zanikowej.

Okres końcowy tego cierpienia niezmiernie przewlekłego, charakteryzuje się zupełnem wypadnięciem włosów i zanikiem

skóry, wygląd wtedy miejsc porażonych podobny jest do zmian pozostających się na skórze po długotrwałych parchach (favus).

Cierpienie to odznacza się w ogóle niebolesnością, a jeżeli takowa zjawia się, to przyczyną bywają wylęgające się kolonie kokków, spowodzające zapalenie ropne woreczków włosowych, powikłanie to występuje najczęściej pod wpływem leków mocno drażniących skórę pokrytą włosami, tymczasem środki lekko ściągające (siarka, resorcyna) mogą poprawić ciężkie formy choroby, a łagodne zupełnie wyleczyć.

Cierpienie to ze względu na stałe zapalenie skóry i jej zanik najwięcej zbliża się do rzędu żapań zakaźnych swoich (n. p. wilk) albo też zrogowaceń (n. p. psoriasis).

Cierpienie powyższe należy do ulerythem (oule—blizna, erythema czerwoność) opisanych przez Unna; ze względu na swój punkt wyjścia i siedlisko na łukach brwi Tæuzer proponuje nazwać je ulerythema superciliare v. ophryagene.

198. BOUNET. **Przyczynek do nauki o zatrzymaniu wydzielania się potu.** *Contribution à l'étude de la dysidrose (Annales dermat et de syphil. Nr. 10, 1889).*

Dysidrosis występuje pod postacią pęcherzyków pierwotnie przeświecających; charakter chemiczny zawartości pęcherzyków i ich reakcja są jeszcze przedmiotem licznych sporów. Bounet przyznaje reakcji wykwitów znaczenie drugorzędne i znajdował ją zazwyczaj kwaśną.

Pęcherzykom tym, rozmaitej wielkości, może towarzyszyć silne swędzenie, mogą one również popękać przez drapanie, częściej jednak nikną pomału, pozostawiając na swem miejscu łuski formy okrągławe; albo też naskórek zostaje zmacerowany i przyjmuje wygląd wilgotnego pargaminu.

Dysidrosis umiejscawia się przedewszystkiem na rękach i jest zazwyczaj obustronną; na palcach przedstawia wykwit podobne do ziarenek sago; na dłoni małe pęcherzyki, banki szerokie lub zaokrąglone, albo też wzniesienia mniej lub więcej obszerne i nieregularne. Na stopach, różnice te wykwitów są jeszcze jawniejsze, grubość naskórka nadaje im kolor żółty, mniej lub więcej ciemny.

Na twarzy występuje pod formą pęcherzyków mających również wygląd ziarenek sagowych, albo też ziarenek ołowiu mniej lub więcej szarych, zajmujących połowę dolną czoła, powieki i obwody oczodołów, policzki, boki i nasadę nosa, lub tylko jedną część tych okolic.

Dysidrosis rozwija się przez nasilenia, występujące jedne po drugich, trwające od sześciu do dziesięciu dni; tym sposobem cierpienie trwać może 3 do 4 miesięcy, przejść w stan przewlekły i od czasu do czasu ulegać obostrzeniom. Występuje ono najczęściej w porze gorącej, albo też u osób z powodu swego zajęcia wystawionych na działanie wysokiej temperatury; spostrzegać się daje przedewszystkiem u osób z osłabieniem nerwowem i skłonnych do pocenia się. U ludzi tych, skłonnych do zatrzymania potu, można częstokroć napotkać na powierzchniach bocznej i dłoniastej palców ciągłe łuszczenie

ograniczone, t. j. odmianą słabych wykwitów omawianego cierpienia.

Dysidrosis prawdopodobnie polega na zwężeniu ustrojowym proporcji, pomiędzy organami wydzielającemi pot, a produkcyją tego płynu, powiększoną w danym czasie.

Wojciechowski.

V. Wiadomości pomniejszych.

199. Dr. A. E. Hoadley z Filadelfii używa od lat 13 przy błonicy z najlepszym rezultatem Tra Myrrhae w następującej postaci:

Rp. Kali chlorati 5,00
Tinctr. myrrhae 15,00
Acidi Carbolici 5,00
Mel. depur. 20,00
Aquae q. s. ad 150,00

1) W przypadkach lekkich, ograniczonych do gardzieli należy dawać co $\frac{1}{2}$ godziny po 15 kropli przez dzień i noc, przytem przed połknięciem zaleca się jaknajdłużej trzymać lekarstwo w ustach i gardzieli. Oprócz tego co 1 lub 2 godziny przepłukiwać gardziel tą samą mikszturą.

2) W przypadkach błonicy więcej rozszerzonej w kierunku nosa i tchawicy do tego należy dołączyć jeszcze rozpylanie.

3) W przypadkach b. ciężkich należy delikatnie mechanicznie zdejmować blony i po każdej takiej procedurze stosować inhalacye z powyższej miksztury z dodatkiem sublimatu $\frac{1}{3000}$ przez całą godzinę, z kilkuminutowymi przerwami.

4) Jako prophylacticum dawać lek w sposób podany pod Nr. 1.

Ponieważ działanie Trae Myrrhae w gardzieli nie trwa dłużej jak $\frac{1}{2}$ godziny Hoadley kładzie nacisk na konieczność powtarzania dawki najdalej co $\frac{1}{2}$ godziny. Dla otrzymania dobrego skutku powyższe leczenie trzeba stosować strictissime.

200. Ciężki krwotok po tonsillotomii obserwował Dr. Tuller. Ucisku swojego rodzaju uciskadłem nie mógł chory znosić długo. Nawet podwiązanie tętnicy szyjowej krwotoku nie zatrzymało; dopiero wielokrotne sprycowanie ciepłą wodą krwotok zmniejszyły. Anemia była tak wielka, że trzeba było robić infuzję z roztworu soli kuchennej. Chory wyzdrowiał zupełnie dopiero po miesiącu.

D. M. Zeit. 33/90.

201. Dr. Len, lekarz wojsk pruskich, zachwala gorąco **leczenie czyraków wstrzykiwaniami kwasu karbolowego**. Takowe działają bardzo dobrze we wszystkich stadjach rozwoju czyraków; zastosowane wczesnie, przed nastąpieniem ropienia, działają prawie abortywnie. Wstrzykiwać należy względnie dość dużo, bo po pół szpryczki Pravaz'a 3% roztworu w małe, po całej zaś w dwóch miejscach przy dużych. Leczenie to daje rezultaty lepsze i prędsze jak leczenie okładami, pędzlowanie jodyną, a nawet wczesne przecinanie. Do tego nie jest bolesne. D. M. Zeit. 33/20.

202. **Najnowsze środki lekarskie**. Chemja syntetyczna nie przestaje wzbogacać farmakologii w co raz to nowe środki. Czy one nie utoną w zapomnieniu fali, kwestyja inna; sądzimy, że nie będzie pozbawionem interesu dla czytelnika zapoznać się choć powierzchownie z najnowszymi produktami technologii chemicznej, mającymi zastosowanie w lecznictwie.

— **Abryna**, nieorganizowany ferment z nasion Jequirity, powodujący znane zapalenie spojówki. Zupełnie identyczne zapalenie da się wywołać przez rycynę, ferment zawarty w nasionach rącznika. Przy wprowadzeniu bezpośrednim do krwi abryna wywołuje śmiertelne zatrucie już w dawce $\frac{1}{100}$ miligrama na kilo żywej wagi. Rycyna jest znacznie mniej

trująca, 0,03 pro kilo jest dawką zabójczą. Objawy zatrucia przy obu środkach: zapalenie żołądka i kiszek z wybroczynami krwawymi, prędkie upadek sił, drgawki, senność i śmierć. Nawiasem mówiąc czyszczące działanie oleju rycynowego nie zależnem jest od rycyny. (Kobert).

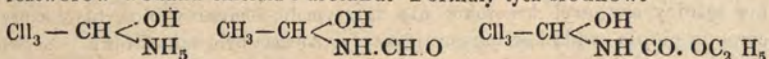
— **Ac. anisicum** $\text{EH}_4 \begin{matrix} \text{OCH}_3 \\ \text{COOH} \end{matrix}$, kwas anyzowy, zwłaszcza jego sól sodowa ma działać podobnie do kwasu salicylowego w ostrym reumatyzmie stawowym, nie wpływając ujemnie jak kw. salicylowy, na działalność serca i ciśnienia krwi (Curci). W tym samym celu zalecają także kwas dwujodosalicylowy $\text{EH}_2\text{J}_2 \begin{matrix} \text{OH} \\ \text{CO}_2\text{H} \end{matrix}$. Dawki jak kw. sal.

— **Aurum monobromatum**. Au. Br. zalecany jako najlepszy środek przeciw epilepsji i migrenie, z powodu małych dawek (0,008—0,012 p. die) ujemne strony bromu nie występują w tym przetworze (Goubert).

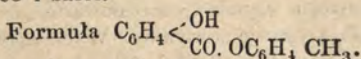
— **Anemonina** $\text{C}_5\text{H}_2\text{O}_6$ kamfora i działający składnik z Anemone Pulsatilla, wskazana w kokluszach, katarze, oskrzeli, duszności, a zwłaszcza w bolesnem miesiączkowaniu (Bovet). Dawka dzienna 0,05—0,1.

— **Bromek cezu i rubidu**. Według Leafenanera w szeregu metali alkalicznych wzrasta działalność przeciw epilepsji wraz z wagą atomową, mamy więc szereg Li — Na — K — Rb — Cs. — Bromek tego ostatniego ma posiadać działanie najsilniejsze. Z powodu wysokiej wagi atomowej Cs Br zawiera znacznie mniej bromu niż K Br.

— **Chloralamon**, połączenie chloralu z amoniakiem, **Chloralamid**, połączenie z formamidem, **Chloraluretan**, z uretanem, środki zalecane zamiast chloralu. Nie wpływają podobno ujemnie na działalność serca, jak chloral. — Urel jest identyczny z chloraluretanem, a somnal — mieszanina roztworów wodanu chloralu i uretanu. Formuły tych środków.



— **Cresalol**, salicylan krezyłu, ciało analogiczne z salicylanem fenolu czyli salolem. W kiskach rozpada się na kwas salicylowy i krezol, mniej trujący od fenolu. Zalecany przez Nenckiego w tych samych przypadkach co i salol.



— **Nowe przetwory rtęci:**

Tymolooctan i Naftolooctan, nierozpuszczalne przetwory, zalecane do zastrzykiwań podskórnych zamiast kalomelu w syfilisie, le. z mają być mniej bolesne, nie wywoływać ropni.

— **Kalium Cobaltonitrosus**, nierozpuszczalny przetwór kwasu azotowego, nadający się przeto łatwo do przechowania bez rozkładu do ścisłej dyspensacji. Wskazania te same co i innych azotonów: assylu, sodu lub nitrogliceryny. Dawka 0,03.

— **Lobelina**, podobny do nikotyny alkaloid z *Lobelia inflata*. Siarczan jego zalecany w duszności bronchityków i kurczowej. Wewnątrz i podskórnie. Dawka 0,2—0,3 p. die.

— **Oleum Maruré**, nowe brazylijskie artilueticum, zwłaszcza w owrzedzeniach syfilitycznych. Dawka łyżeczka.

— **Chlorek tetrahydro β naftylaminy**: $C_{10}H_8H_3NH_2$ HCH zwięza źrenicę i podnosi znacznie ciepłotę ciała (o 4^0 — 5^0), w czem się różni od innych pochodnych naftaliny i chinoliny, zniżających temperaturę (Filehne).

— **Sulfaminol**. Nowy nietrujący środek przeciwnilny. Psy znoszą go w ilości 0,9 na kilo ciała.

— **Pyoktanina**, nowy środek przeciwnilny, wyrabiany z barwników anilinowych, modyfikacya niebieska i złota, nieznanego składu chemicznego.

(Według cyrkularzy fabryki E. Merck w Darmstadt z r. b.

D. M.

Kronika miesięczna.

— Wygasła epidemia influenzy odzywa się jeszcze w pojedynczych przypadkach. W ostatnich czasach notowano ich kilkanaście z przebiegiem dość ciężkim, acz krótkotrwałym, cierpieniu ulegają przeważnie dzieci do lat 15.

— Ż dniami 1 lipca r. b. zakład leczniczy pod nazwą „Dom zdrowia“ przy ul. Szpitalnej ma być zwinięty z powodu ekspiracyi kontraktu między właścicielami i przejścia posesyi w inne ręce, natomiast ma powstać w jednej z najładniejszej i najspokojniejszej części miasta zakład leczniczy dra K. Dobrskiego i drugi zakład dla chorób kobiecych spółki ginekologów tutejszych, którzy mają zająć część dawnego „Domu zdrowia“.

— W „Przeglądzie lekarskim“ drukują się obecnie dane do klimatologii Zakopanego, z którymi po nkończeniu w krótkości zaznajomimy czytelników. Zwracamy uwagę kolegów na te dane i zarazem stawiamy pytanie, kiedy Ojców i Złoty Potok doczekają się podobnych spostrzeżeń?

— Według doniesień Kuryera Warszawskiego zjawila się cholera w Hiszpanii, Kuryjer Poranny znowu kazał jej grasować w Taszkencie. Wiadomościom tym jednak brak jeszcze potwierdzenia, tembardziej, iż pisma owe zaznaczają wątpliwość, czy istotnie była to cholera azyjatycka, czy też cholera nostras. W każdym razie wobec poprzednich wiadomości zimowych o cholery w Persyi Europa powinna być na pogotowiu. W tym celu na pograniczach Rossyi wyznaczono już 18,000 rs. na środki ochronne. Naszem zdaniem środki te powinny być przedsiębrane dla polepszenia stanu sanitarnego miast, kordony są już przebrzmiałym środkiem, w którego skuteczność stracono już wiare.

— We Francyi (mającej 38 milionów ludności) w roku szkolnym 1888 i 89 uzyskało stopień doktorów medycyny 625 osób. A mianowicie na fakultetach: w Bordeaux 66, Lille 18, Lyonie 47, Montpellier 77, Nancy 13 i Paryżu 399.

W Prusach (na 45 mil. ludności) w tymże czasie otrzymało dyplomy doktorskie 1030, a mianowicie na fakultetach: w Berlinie 128, Bonn 82, Erlangen 47, Freiburgu 44, Giessen 17, Göttingen 26, Greiswald 80, Halle 32, Heidelbergu 17, Jenie 39, Kiel 58, Królewcu 29, Lipsku 0, Mar-

burgu 22, Monachium 114, Rostocku 1, Strasburgu 46, Tubingen 28, Wrocławiu 19 i Würzburgu 201. Porównawcza tablica za ostatnie cztery lata wykazuje wzrost liczby lekarzy w obu tych państwach.

	188 ⁵ / ₆	188 ⁶ / ₇	188 ⁷ / ₈	188 ⁸ / ₉
we Francyi	546	624	642	625
w Prusach	685	847	935	1030.

— Drogi udzielania się wścieklizny. Niemówiąc o bezpośredniem zakażeniu przez ukąszenie, Dr. Goltier, robił próby z pokarmami i płynami zmieszsznemi z produktami wściekłych zwierząt. Pędzłowaniem błony śluzowej jamy ustnej 4 króliki na 30 padło, podając z pokarmami emulsię z mleczka — 2 padło na 30. Najmocniej działał jad rozpylony w nozdrza i tchawięę, na 15 królików 11 padło. Najmniej działa na łącznicę powiek 1—3 na 100. Przy doświadczeniach radzi być ostrożnym i miejsca podejrzane i skałeczenia wymywać jodyną.

— Czaszka Charlotte Corday, wystawiona przez Rolanda Bonaparte, była badana przez G. Lombroso; podług niego czaszka należy do platycoephalos ma duże orbity, jak na czaszkę kobiety, a wewnątrz czaszki dość rozwiniętą fossetę occipitale, co zdarza się spostrzegać 16 razy na 100 u zbrodniarzy (Corday zabiła Marata).

— 1 Maja w Berlinie obchodzono uroczyste 25-lecie działalności lekarskiej prof. Liebreicha znanego klinicysty, który między innymi wprowadził do praktyki lekarskiej chloral.

— Zmarłemu prof. Westphalowi Towarzystwo Psychiatrów w Berlinie poświęciło oddzielne posiedzenie.

— W Paryżu temi dniami (jak donosi Le Progrés médical) umarł na ulicy dr. Charles Lelièvre, dymisjonowany lekarz floty. Śmierć nastąpiła z wycieńczenia, w ostatnich bowiem czasach biedak żył z jałmużny. Fakt ten podajemy bez komentarzy, dowodzi on jak świętym i godnym zazdrości jest los lekarza w krajach cywilizowanych.

— Jak daleko sięgać może nietolerancyi w rzeczach nauki dowodzi rozporządzenie, mocą którego w Irlandyi do szpitali dopuszczani są tylko lekarze, należący do party narodowej.

— W Królewcu profesorowie i ich asystenci utworzyli stowarzyszenie dla wzajemnego komunikowania sobie najnowszych wiadomości z prasy lekarskiej. Każdy z członków jest obowiązany referować jedno lub kilka pism lekarskich na zebraniu, zwracając naturalnie pilniejszą uwagę na prace wybitniejsze. Podobne stowarzyszenie u nas może więcej jak gdzieindziej miało by racyję bytu.

— W Niemczech zacznie wkrótce wychodzić nowe pismo p. n. Zeitschrift für Psychologie u. Physiologie der Sinnesorgane.

— W prowincyi Hong Kong w Chinach wprowadzono obowiązkowe szczepienie ospy.

— We Włoszech ustanowiono posadę oddzielnych inspektorów, którzy mają hodować i rozsyłać limfę ospową lekarzom komunalnym dla obowiązkowego szczepienia ospy ochronnej wszystkim mieszkańcom.

— Dr. Parke jak donosi British Med. Journ. zaszczepił ospę Honegrom należącym do ekspedycyi Stanleya. Z zaszczepionych tylko 2 uległo tej chorobie z lekkim przebiegiem w czasie panującej wówczas epidemii. Z pośród nie szczepionych zmarła znaczna ilość.

— Według tymczasowego programu X międzynarodowego zjazdu w Berlinie zapowiedziane są następne rozprawy.

Dział medycyny wewnętrznej: 1) o leczeniu chorób serca. Referent: Nothnagel-Wiedeń. 2) O leczeniu chorób nerwowych. Ref. Lépine-Lyon, Grainger — Stewart — Edynburg. 3) O leczeniu niedokrewności Ref. Osler — Baltimora, Laache — Christjanija. 4) O leczeniu dyftery w Ameryce. Ref. Jacobi — New-York. 5) O leczeniu suchot płucnych, zwłaszcza w szpitalach dla suchotników. Ref. Weber — Londyn, Loonus — New-York. 6) O leczeniu cukróvky Ref. Pavy — Londyn; Dujardin - Beaumetz — Paryż, Seegen — Wiedeń. 7) O myxoedema Ref. Ord — Londyn. 8) O Denga Ref. Floras — Konstantynopol. 9) O leczeniu kamieni żółciowych Ref. Harvey — Londyn. 10) O istocie i leczeniu uremji. Ref. Landois — Gryfija. 11) O istocie i leczeniu wiądu Ref. Strumpell — Erlangen.

Oprócz tego zapisano się z następnemi odczytami: 1) O fizyk. wpływie chorób serca Culter — New-York. 2) O rozpoznawaniu ropni wątroby. Pele — Amsterdam. 3) O wzmaganiu się ciśnienia wewnątrz czaszkowego i o tegoż objawach Adamkiewicz — Kraków. 4) O przerostowej cyrozje wątroby Rosenstein — Leyden. 5) O operacyjnem leczeniu wysiękowego zapalenia opłucnej Lewaszew — Kazań. 6) O leczeniu cukrzycy — Lewaszew Kazań. 7) Epidemja dyftery w Norwegii. Johannessen — Christjanija. 8) *Enuresis nocturna* u dzieci. Tienhowen — Haga. 9) The bearing of the exclusive bacillary theory of tuberculosis on the clinical history of phthisis. Andrew-Clark — Londyn. 10) O patologii układu współczulnego przepony. Talma — Utrecht. 11) On milk sickness. Kimmoll — Findlay (Ohio). 12) O metodach terapeutycznych w wewnętrznej medycynie. Brieger — Berlin. 13) On Acute obstructive pulmonary process Smith — New-York. 14) O próbnem przekłwaniu klatki piersiowej. Fürbringer — Berlin. 15) Istota choroby morskiej. Rosenbach — Wrocław.

Oddział chorób nerwowych i psychiatryi. 1) Chirurgja ośrodkowego układu nerwowego. Ref. V. Horsley — Londyn. 2) Nerwice traumatyczne. Ref. Schulze — Bonn. 3) Anatomja patol. Demonstracja preparatów. Ref. Mendel — Berlin.

Oddział położnictwa i chorób kobiecych. 1) Antyseptyka w położnictwie. Pef. Galatin — Londyn — Stadfeldt — Kopenhaga, Sławjańskijskij — St. Petersburg, Fritsch — Wrocław. 2) Sztucznie przyspieszony poród, wskazania i sposoby. Ref. Th. Parvin — Filadelfija, Calderini — Parma, Macau — Dublin, Dohin — Królewiec. 3) Całkowite wyluszczenie przez pochwę. Ref. Williams — Londyn, Pozzi — Paryż, Schauta — Praga, Olshausen — Berlin. 4) Elektryzacja mięśniaków. Ref. Apostoli — Paryż, Th. Keith — Londyn, Eph. Cutter — N. York, Zweifel — Lipsk.

Dział chorób skórnych i wenerycznych: 1) Patogeneza zabarwień i odbarwień skóry. 2) Rozpoznawanie, rokowanie i leczenie przewlekłej rzeźączki u mężczyzny i kobiety. 3) Leczenie przymiotu 1) wyniki a) wyjęcia b) zapobiegawczego ogólnego leczenia. II. Rozpoczęcie, trwanie (przewlekłe z przerwami, czasowe?) i najpewniejsze metody leczenia konst. przymiotu. 4) O leczeniu zapalnych chorób skóry. 5) Specjalne wskazania rozmaitych sposobów stosowania rtęci przy leczeniu przymiotu. 6) Do jakich momentów przyczynowych należy odnieść występowanie trzeciorzędnych postaci przymiotu. 7) O roli usposobienia, nerwowych, chorobotwórczych przyczyn i pasożytniczych czynników w grupie chorób pojmanywanych pod nazwą „Eczeme“. 8) Istota wysypek sztucznych (przez leki). 9) *Lupus erythematode*, jego natura i leczenie.

Dział chorób ocznych. 1) Współczulne zapalenie oczu. 2) Trachoma. 3) Wpływ światła elektrycznego na oko.

Dział chorób usznych. 1) Stosunek drobnoustrojów do cierpień ucha średniego i ich powikłań. Ref. Moss, Zenfal. 2) Cholesteatoma ucha. Ref. Kuhn, Bezold. 3) Czy otwarcie wyrostka sutkowego przez przewód słuchowy zewnętrzny można uważać za równoznaczne z innymi używanymi tu metodami. Ref. Heszler. 4) Leczenie następcze po wydłutowaniu wyr. sutkowego. Ref. Kretschman. 5) Wskazania do wycinania młotka i kowadelka. Ref. Staake. 6) Anatomia patol. labiryntu. Ref. Sternbrugge. 7) Zachowanie się narządu słuchowego w chorobach ośrodków nerwowych, zwł. przy wiaździe. 8) Otitis interna w następstwie dziedzicznego przymiotu. 4) Statystyka najważniejszych chorób usznych. 10) Badanie słuchu i ujednostajnienie określeń zdolności słuchowej. 11) Rozpoznawanie, rokowanie i leczenie postępującej głuchoty przy przewlekłym, nieropnym, zapaleniu ucha średniego.

Dział Laryngologii i Rinologii. Przemowa przy otwarciu sekcji. Fraenkel — Berlin: Laryngologia od ostatniego zjazdu międzynarodowego. 1) Rozpoznawanie i leczenie raka krtani. 2) Rozpoznawanie i leczenie cierpień jam bocznych nosa. 4) Przymiot górnych dróg oddechowych. 5) Ostre zakaźne zapalenie gardła i krtani. 6) Intubacja. Ref. Dwyer — N.-York.

Dział geografii lekarskiej i klimatologii (Historia i Statystyka) 1) O wpływie klimatu zwrotnikowego nad przybyszami z wyższych szerokości i o zachowaniu się ich względem panujących pod zwrotnikami chorób i o możliwości aklimatyzowania się pod zwrotnikami europejczyków i mieszkańców Półn. Ameryki. 2) O wpływie warunków klimatycznych, gruntowych, towarzyskich na częstość i przebieg suchot płucnych, zwłaszcza w strefach gorących. 3) O endemicznem i epidemicznem rozszerzaniu się żółtej gorączki i o wpływie na nią klimatu, gruntu i stosunków. 4) O Beriberi. 5) O trudzie ze specjalnem uwzględnieniem dziedziczności i zaraźliwości. 6) O malaryi, i jej rozszerzaniu się geograficznem łącznie z pytaniem czy wszystkie jej formy zależą od tej samej lub różnej przyczyny.

Dział Hygjeny. 1) Jakie środki są wskazane przeciw szerzeniu się dżyfteryi. Ref. Roux—Paryż, Löffler — Gryfija. 2) Niebezpieczeństwa dla zdrowia i moralności ludności ze strony prostytutki, środki do opanowania prostytutki w ogóle i w szczególach i na drodze międzynarodowej. Ref. Thizy—Bruksella, Kaposi — Wiedeń. 3) Hygiena w zakładach służących do przebywania większych mass ludźi (domy noclegowe, dla podrzuteków, więzienia itd.) Ref. Max Gruber — Wiedeń, Erisman—Moskwa, Baer — Berlin. 4) Stan kwestyi o gruźlicy. Środki międzynarodowe przeciw szerzeniu się choroby. Ref. Sormani — Pavia, Cornet — Berlin. 5) O licznem występowaniu duru brzuszego w miejscowościach mniej lub więcej wolnych od duru w odstępach kilkoletnich. Ref. Walcot — Boston, Fodor — Buda. 6) O wyżywianiu mass w czasie wojny i epidemii. Ref. Forster — Amsterdam. 7) O ile panujące obecnie pojęcia o wpływach szkodliwych dla zdrowia cmentarzów mogą się jeszcze ostać Ref. T. Hofman — Lipsk, Petri — Berlin. 8) O śmiertelności dzieci i żywieniu dzieci Ref. Flugge — Wrocław.

Odczyty: Etyjologia i zabezpieczenie przeciw tężcowi. Sormani Pavia. 2) Hygiena podróżujących kolejami. Czatazy. 3) Znaczenie chorób wenerycznych przy kontroli lekarskiej prostytek—Neisser.

Dział sądowej medycyny. 1) Czy znojemność gonokoków jest na tyle ustalona, aby z obecności ich w wydzielinie pochwy u dziecka można było

z pewnością wnioskować o rzerzające o przypuszczalnego gwałciiciela. 2) O niemocy męskiej i o możliwych kryteriach na podstawie których możnaby in foro o niej wnioskować. 3) Czy powietrze, które przez oddechanie dostało się do płuc może na trupie z nich się wydalić w tym stopniu, żeby płuca noworodków przedstawiały dane, jak płuca, które wcale nie oddychały. 4) Czy zmiany wywołane w otworze stołcowym przez bierną pederastję mogą zniknąć po zaniechaniu czynności pederastycznych i w ile czasu po ostatnim razie Ref. Liman. 5) Czy zapomocą metody Schultz'ego płuca nowonarodzonego, które jeszcze nie oddechały mogą nabrać takich cech jak płuca, które oddechały? 6) Czy wrazie znalezienia septycemii u osoby, która poroniła w tajemnicy, można podejrzewać albo utrzymywać, że poronienie zostało wywołane sztucznie, lub czy też septycemja może się rozwinąć i po dobrowolnem poronieniu. 7) Czy istnieje samodzielna „Moral insanity“ czy też ten całokształt objawów jest częściąowem zjawiskiem innych postaci zburzeń umysłowych? Czy mumifikacya trupów jest dowodem popierającym przypuszczenia otrucia arszenikiem, czy też nie ma tu żadnego znaczenia? 9) Znaczenie prób życiowych. 10) O wpływie nowszego rozwoju nauki o zakażeniu nad sądową lekarską ocenę przypadków śmierci zaszyłych po uszkodzeniu ciała. 11) Znaczenie ptomain dla medycyny sądowej. 12) Jakie stanowisko ma zająć lekarz sądowy wobec kwestyi o samozakażeniu u położnic. 13) Dane lekarzy sądowych co do rozpoznawania symulacji nerwic, zwłaszcza urazowej. 14) Dane lekarzy sądowych, co do powstawania i znaczenia tężnia pośmiertnego.

— **Towarzystwo Lekarskie Warszawskie** ogłasza następujące tematy do nagród konkursowych z funduszu zapisanego przez D-ra Walentego Koczorowskiego.

I. Nowe tematy.

1. Zbadać anatomo-patologicznie i klinicznie tak zwane narośle odczuwalne w jamie nosogardzielowej.
2. Zbadać sposoby mnożenia się komórek w nowotworach patologicznych.
3. Określić na zasadzie własnych badań systematycznych rozpoznawanie odruchów ścięgnistych w chorobach układu nerwowego.
4. Sprawdzić na podstawie własnych badań nowsze poglądy na etyologiją zimnicy.

II. Tematy już poprzednio ogłoszone:

2. Zbadać chemicznie produkty trujące (ptomainy) jednego z grzybków chorobotwórczych.
6. Zbadać bliżej zmiany anatomiczne w ścianach dróg oddechowych przy chronicznym nieżycie.
7. Zbadać na nowo ze stanowiska fizjologicznego: czy istnieje *prima intentio* przy zagajaniu przeciętego nerwu.
8. Wykazanie na zasadzie własnych badań, pochodzenia, morfologicznych różnic i fizjologicznej roli białych ciałek (leukocytów).

Termin do złożenia rozpraw oznacza się do dnia 31 Marca 1891 r.

Za pracę napisaną na którykolwie z powyższych 8 tematów wyznacza się nagroda rs. 300.

Rozprawy nagrodzone wydrukowane będą nakładem Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, najmniej w 300 egzemplarzach, które stanowiąc będą własność autora. Wszystkie prace nadesłane być mają w rękopismach pod adresem Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie

(ulica Niecała Nr. 7) z zachowaniem zwykłych form konkursowych, t. j. nazwiska autorów i miejsca ich zamieszkania mają być podane w oddzielnych kopertach zapieczętowanych i opatrzonych stosownymi dewizami.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz stały

Dr. Szókański.

NEKROLOGIJA.

Zmarli:

A. Wiegand w wieku lat 57, prosektor szpitala Ujazdowskiego w Warszawie.

F. Siredey 18 Maja w Paryżu.

Wykaz prac oryginalnych ogłoszonych w czasopismach lecarskich polskich.

MAJ 1890.

- R. Barącz.* Przyczynek do nauki o promienicy (P. L.).
Prof. Blumenstok. Przyczynek do kwestyi nerwic urazowych (P. L.).
Prof. A. Adamkiewicz. O przeroście opon rdzenia (P. L.).
N. Wielman. O influenzy panującej z końcem r. 1889 i początkiem 1890 we Lwowie (P. L.).
Cz. Podgórski. Orexinum muriaticum jako środek natrawienny (P. L.).
K. Noiszewski. Hipoteza wybuchowego powstawania śladów pamięci wzrokowej i odruchów. (Pamięt. T. L. W.).
E. S. Swieżawski i K. Wenda. Wojciech Oczko syfilidolog polski XVI w. (Pamięt. T. L. W.).
T. Heryng i F. Jawdyński. Przypadek uwięznięcia kości u nasady języka etc. (G. L.).
E. Biernacki. Strychnina jako środek działający na mózg (G. L.).
M. Rejchman. Oesophagitis exfoliativa (G. L.).
J. Pełczyński. Przyczynek do leczenia poprzecznych złamań rzepki kolanowej (G. L.).
A. Sokołowski. Kilka uwag nad stosunkiem wzajemnym dyjatezy artretycznej do suchot płucnych (G. L.).
J. Grundzach. O powstawaniu brunatno zabarwionych strzępków w zawartości żołądka (G. L.).
W. Szumlański. Przyczynek do wrodzonego zniekształcenia ucha zewnętrznego (G. L.).
W. Bruner. O zachowaniu się trypsyny i pepsyny w moczu (G. L.).
E. Kohn. Przypadek pomyślnego wyleczenia przewlekłego wycisowania macicy (G. L.).
Dr. Med. J. Pawiński. Ostra prosowata gruźlica bez gorączki. (G. L.).
Stefan Filipkiewicz. O przyczynie na tle skazy dnowej (G. L.).
M. Warman. Tamponada Dührssenowska przy krwotokach położonych (G. L.).
Drobnik. Leczenie wrodzonej stopy szpotowej u dzieci. (N. L.).
Holtzen. Influenza w szpitalu Sióstr Miłosierdzia w Poznaniu (N. L.).
Wicherkiewicz. Zapalenie tkanki przytwardówkowej (N. L.).
-

Nadesłano do Redakcyi.

H. Ebers. Zakład wodolecznicy w Krynicy, rok 1889.

J. Pełczyński. Przyczynek do leczenia poprzecznych złamań rzepki kolanowej. Odb. z Gaz. Lek.

J. Grundzach. O powstawaniu brunatno zabarwionych strzępków w zawartości żołądka. Odb. z Gaz. Lek.

S. M. Beard'a: Neurastenija, jej objawy, istota, skutki i leczenie Nr. 15, 16 i 17 Odczytów klinicznych wyd. przez Gaz. Lek.

F. Biernacki. Ein Fall von chronischer hereditärer Chorea. Odbit. z Berl. Kl. Woch. 22. 1890.

J. Zawadzki. Zdrojowiska krajowe Busko, Solec, Sławinek, Nałęczów, Nowe-Miasto n. Pilicą, Ojców. Odb. ze „Zdrowia“.

Dr. Wassercug. O wlijanii kokaina na krowoobraszczenie. Dyssertacyja na stopień Doktora medycyny.

Odpowiedzi od Redakcyi.

Koledze Wr. z Warszawy. Wszak podajemy źródło z którego wiadomość podaną zaczerpnęliśmy. Po otrzymaniu listu kolegi sami probowaliśmy przyrządzić roztwór, o którym mowa i chociaż utworzyły się męty na dno opadające, płyn jednak był zupełnie przezroczysty i do danego użytku możliwy. Zwracamy uwagę kolegi, czy rzeczywiście miał kolega do czynienia z natrum sulphuratum, o który, jako o mniej używany, jest dość trudno.

Koledze P. z Solca. Postępowanie kolegi D. a raczej zarządu jest nader niewłaściwe. Zarząd sam sobie winę przypisze, że forytując kuzynka zniechęci publikę, która słusznie uważać się może za wyzyskiwaną, o czem pisało już w jednym z pism codziennych.

Koledze W. z Węgrowa. Za referat dziękujemy, jest on bardzo dobry, polecamy się nadal.

Od Wydawcy.

„Kronika lekarska“ wychodzić będzie w ciągu roku 1890 według takiego samego programu i na takich samych warunkach jak dotychczas.

Dla uniknięcia zwłoki w przesyłce pisma uprasza się P. P. prenumeratorów o wczesne wnoszenie przedpłaty i o dokładne zawiadomienie o wszelkiej zmianie adresu. Zaległych P. P. prenumeratorów, którzy dotąd jeszcze nie wnieśli przedpłaty za rok bieżący, uprasza się o regulowanie rachunków w jak najkrótszym czasie.

OGŁOSZENIA.
LABORATORYJUM CHEMICZNE
„ORION”

Warszawa Nowy Świat № 37

Poleca **Kalandir** (ekstrakt wschodni) łatwo i spiesznie niszczy liszaje: mokre, zjące, suche i inne wyrzuty skórne nie ustępujące przed żadnemi innemi środkami. Środek znany pana Śląskiego aptekarza, zalecany przez wielu panów doktorów specjalistów.

8—2



Wino piołunowe gorzkie
(Vin de Vermouth).

Przygotowane na winie węgierskiem wytrawnem, jak również i na francuskim desserowem (słodkie).

Cena butelki zawierającej 435,0 rs. 1 kop. 50.

p o l e c a

Apteka H. Biertümpfla

Marszałkowska Nr. 133, róg Ś-to Krzyckiej w Warszawie.

0—14

APTEKA I SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH

WPROST ZE ŹRÓDEŁ SPROWADZANYCH

M. BARCZA

w WARSZAWIE

94 *Marszałkowska* 94.

Jest stale zaopatrywaną we wszelkie wody mineralne naturalne świeżego czerpania, jak również w lekarstwa specjalne zagraniczne i środki learskie w ostatnich czasach w użycie wprowadzone.

Liquor ferri albuminati Grüning

(Natrium ferri albuminatum liquidum):

Wprowadzony przezemnie do handlu, właściwym sposobem otrzymany roztwór, odznacza się doskonałemi własnościami terapeutycznemi.

Nie psuje się, zawiera 0,5% tlenniku żelaza i wyrównywa zupełnie własnościom roztworu białkanu żelaza Drees'a.

N. B. Z powodu istnienia licznych przetworów białkanu żelaza, należy przepisywać:

„Liquor ferri albuminati Grüning.”

Skład główny na Królestwo w aptece **Wendy i Wiorogórskiego**, N. 45 Krakowskie Przedmieście w Warszawie.

W. Grüning,

Mag. farm. w Połędzie.

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 istniejący.

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

SKŁAD MATERIAŁÓW APTECZNYCH Wiktora Waligórskiego

Nowy Świat Nr. 38 w Warszawie

ma zaszczyt polecić:

Materyały apteczne. — Przetwory chemiczne. — Specyalia zagraniczne. — Specyalia wyrobu aptekarza A. Rakowskiego. — Przedmioty opatrunkowe.

Wody mineralne naturalne i sztuczne.

PERFUMY ANGIELSKIE I FRANCUSKIE.

APTEKA E. GESSNERA

Aleja Jerozolimska Nr. 27, róg Kruczej

w WARSZAWIE

ma honor podać do wiadomości pp. Doktorów, iż stosując się do przyjętej nader dogodnej formy, podawania leków pod postacią win, przygotowała obecnie cały szereg tego rodzaju preparatów i listę takowych poniżej zamieszcza:

Wino Kakaowo-Chinowe (*Vin de Bugeaud*) przyrządzone na Maladze, butelka rs. 1 kop. 50.

Wino Chinowe czyste na Maladze, butelka rs. 1 kop. 50.

„ „ z żelazem zawiera $1\frac{1}{2}$ żelaza, butelka rs. 1 kop. 75.

Wino Condurango czyste na Xeresie, butelka rs. 1 kop. 75.

„ „ z żelazem zawiera $2\frac{1}{2}$ żelaza, butelka rs. 2.

Wino Coca (*Vin de Coca*) na liściach Krasnodrzewu (*Erythroxylon coca*) na Maladze, w stosunku 1 : 20, butelka rs. 1 kop. 50.

Wino goryczkowe (*e rad. Gentianae*) na Xeresie, butelka rs. 1 kop. 50.

Wino Kola (*Vin de Cola*) na nasionach Kola, przedtem odpowiednio upalonych i na Maladze. Nasiona Kola zawierają $2,34\frac{1}{2}$ Cofeiny, butelka rs. 2 kop. 25.

Wino Kwassyjowe na winie węgierskiem wytrawnem, butelka rs. 1 kop. 50.

Wino Kwassyjowe na Xeresie, butelka rs. 1 kop. 50.

Wino pepsynowe słodkie na francuzkiem desserowem, zawiera $2\frac{1}{2}$ pepsyny, butelka rs. 2.

Wino pepsynowe wytrawne na Xeresie zawiera $2\frac{1}{2}$ pepsyny, butelka rs. 2.

Wino przeczyszczające z korą Cascara Sagrada na Maladze. Jedna do $1\frac{1}{2}$ łyżki sprowadza należyte wypróżnienie, butelka rs. 2.

Wino rabarbarowe czyste na Maladze, butelka rs. 1 kop. 75.

Wino rabarbarowe z korą chiną królewskiej na Maladze, butelka rs. 1 kop. 75.

Wino senesowe (*fol. Sen. Alex. sine resinae*) na Xeresie. Jedna do $1\frac{1}{2}$ łyżki sprowadza należyte wypróżnienie, butelka rs. 1 kop. 75.

Butelka zawiera 420,0 do 450,0 (14—15 uncyj).

DLA KASZLĄCYCH i OSŁABIONYCH

Koncesyjonowane przez
władze lekarskie

Nagrodzone na wystawach
hygieniczno-lekarskich



EKSTRAKT I KARMELKI „LELIWA”

Przygotowane podług wskazań Lekarzy i Chemików, pewniejsze i 50% tańsze od zagranicznych. **Faszka ekstraktu miodowo-ziółtowo-słodowego kop. 75**, tegoż ekstraktu z dodaniem chinu lub żelaza i chinu rs. 1. **Paczka karmelków kop. 15**. Wylączna sprzedaż w aptekach i składach aptecznych. **Główny skład** w Warszawie w składzie aptecznym Mrozowskiego i Spiessa, w Odessie u Gajewskiego, w Astrachaniu u Kerna, w Kownie u Miron-Klimowicza, w Moskwie u Mattejsena i u Pączkowskiego, w Kijowie u Żeligowskiego i w Południowo-Ruskim Towarzystwie aptecznym, w Wilnie u Segala, w Tyflisie u Wyczalkowskiego i Ajwazowa, w Baku u Czyszkowskiego

Dr. med. Czesław Stiche

ordynuje jak zawsze

w **Karlsbadzie**

Kreuzgasse Insel-Rügen.

3—3

J. RUTKOWSKI

APTEKA i PRACOWNIA

CHEMICZNO - FARMACEUTYCZNA

w **WARSZAWIE**

ulica Długa Nr. 16. — Telefonu Nr. 266.

Przetwory chemiczne i farmaceutyczne. Nowe środki lekarskie. Barwniki d-ra G. Grüblera z Lipska oraz wszelkie przetwory używane do badań mikroskopowych. Naczynia i przyrządy pomocnicze, jako to: szkiełka przedmiotowe i przykrywkowe, szkiełka zegarkowe, miseczki do preparatów i t. p.

Wina lecznicze.

20—2



SIMON i STECKI

Główny Skład Win i Trunków Zagranicznych

w WARSZAWIE

Krakowskie-Przedmieście 38

oraz

Filije: Nowy Świat 15 i Elektoralna 5

Polecają WW. panom lekarzom dla chorych i rekonwalescentów:

Prawdziwe koniaki kuracyjne sprowadzone z najlepszych domów francuzkich, wina lecznicze, jako to: stare węgierskie wytrawne i maślacze, francuzkie białe i czerwone dobrze odležałe, starą malagę na różne ceny, Vermuth de Turin, wina St. Raphael i inne, oraz wszelkie likiery zagraniczne, po cenach umiarkowanych. Szczególną uwagę zwracamy na wino kuracyjne Vermouth de Turin zalecane w ostatnim czasie przez zagraniczne powagi lekarskie bardzo skutecznie przeciw **influenzy**.

Za dobroć i prawdziwość wszystkich powyższych win i trunków firma poręcza. 12—2

Najtańsza fabryka trumien metalowych
i wyrobów galanteryjno-blacharskich

STANISŁAWA POZNIAK

48 Nowy Świat 48

Poleca swoje wyroby a mianowicie:

Lodownie pokojowe, wanny, klozety bezwonne, kubły nocne, filtry do wody, bidety oraz wszelkie inne wyroby wchodzące w zakres blacharstwa. Wszelkie zamówienia załatwiają się natychmiast. Firmę moją mam honor polecić JW. Panom i Paniom z nadmienieniem, że wszelkie powierzone mi roboty wykonywam po cenach możliwie przystępnych i za dobroć i akuratne wykończenie poręczam. 4—2

NOWO OTWORZONY

ZAKŁAD GALWANICZNY

PIOTRA FILIPSKIEGO

Przyjmuje złocenie, srebrzenie i niklowanie na wszystkich metalach. Ceny niskie. **Róg Placyku i Piekarskiej Nr. 14** wprost Kapitulnej, na 1 em piętrze. 8—2

ORYGINALNE WINA

WĘGIERSKIE, FRANCUZKIE I KRYMSKIE

oraz analizowany przez lekarza-chemika szpitali warszawskich d-ra Nenckiego jako prawdziwy wyrób z wina



Lepszy na cele lecznicze niż francuzkie koniaki, z których największa część z powodów wyniszczenia winnie przez filoxerę, tworzy się ze spirytusu kartoflanego.

Tańszy, gdyż nie cięża ona takwym wysokim cło

transport około rs. 2 od butelki otrzymać można wyłącznie w Składzie Win.

BRACI KEMPNERÓW

Długa Nr. 5.

Cena $\frac{1}{4}$ but. rs. 1,50, $\frac{1}{2}$ but. kop. 80, $\frac{1}{4}$ but. kop. 40.
Gatunek wyższy 3 gwiazdki $\frac{1}{4}$ but. rs. 2,50, $\frac{1}{2}$ but. rs. 1,25.
Skřzynki po 6 but. wysyłają się do wszystkich st. dr. żel. franco w Królestwie i gub. zachodn. po rs. 9—resp. rs. 15. 8—2

BERENT I PLEWIŃSKI

Łrakowskie-Przedmieście № 61

ZAKŁAD OPTYCZNO-MECHANICZNY

Wyrabia wszelkie aparaty wchodzące w zakres elektroterapii, a mianowicie do prądów stałych, indukcyjnych i kąpieli elektrycznych jako też kauteryzacyi. 8—2

Pensjonat leczniczy D-ra Czerwińskiego

FÜRSTENHOF

(stacyja Kapfenberg w Styryi)

z d. 10 Maja otwarty

Pokój, stół, kąpiele i kasynowe razem dziennie według pokoju zajmowanego, 3 do 5 złr.

2—2

z Administracyi Zakładu.

ODCZYTY KLINICZNE

(Zbiór wykładów tłumaczonych i oryginalnych, poświęconych
przeważnie medycynie praktycznej),

wydawane przez

Redakcyję Gazety Lekarskiej,

wychodzą w odstępach miesięcznych, objętości średnio 2 arkusze druku

Dotychczas wyszły:

1. *Heubner.* Dyfteryt szkarlatynowy i jego leczenie.
2. *Struempell.* Nerwice pochodzenia traumatycznego.
- 3 i 4. *Loewenfeld.* Nowoczesne metody leczenia neurastenii i histeryi.
5. { *Dührssen.* O pomocy akuszerskiej w przypadkach zwężeń miednicy.
Schauta. O leczeniu tyło-pochylenia i tyło-zgięcia macicy.
6. *Hertz.* Gruźlica płuc u dzieci.
7. *Sattler.* O stosunku narządu wzroku do cierpień ogólnych organizmu.
8. *Krówczyński.* Leczenie trypra ostrego i przewlekłego.
- 9 i 10. *Oertel.* Dyjetetyczne i mechaniczne leczenie chorób serca.
11. *Matlakowski.* Tegoczesny sposób operowania raka sutki.
12. *Unverricht.* Metody terapeutyczne w medycynie wewnętrznej.

W r. 1890.

13. *Sokołowski.* Skryte postacie suchot płucnych.
14. *Dührssen.* Leczenie krwotoków poporodowych.
- 15, 16 i 17. *Beard.* Neurastenija, jej objawy, istota, skutki i leczenie.

Następujące zeszyty zawierać będą:

Gajkiewicz. Przymiot układu nerwowego.

Elsenberg. Leczenie przymiotu i. t. d.

Cena pojedynczego zeszytu kop. 30. Nadsyłający z góry pieniądze za 12 zeszytów płaci tylko rs. 3.

Nabywać można

w ADMINISTRACYI GAZETY LEKARSKIEJ (Marszałkowska N. 119)
i we wszystkich księgarniach.

ROK XXIV.

GAZETA LEKARSKA

Pismo tygodniowe, poświęcone wszystkim gałęziom medycyny naukowej i praktycznej, wychodzić będzie w roku 1889, a 24-ym od założenia Gazety, według tegoż samego programu jak dotychczas.

Roczny tom Gazety Lekarskiej zawiera przeszło 1200 stron druku, wiele drzeworytów i tablice litografowanych.

Warunki prenumeraty: w Warszawie rocznie **rs. 5**, półrocznie **rs. 2 kop. 50**; na prowincyi, w Cesarstwie i zagranicą rocznie **rs. 6**, półrocznie **rs. 3**.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. Wł. Gajkiewicz** (Marszałkowska 115).

Wydawca: **Dr. St. Kondratowicz** (Marszałkowska 119)

Dr. Stanisław Prager

jak od lat jedenastu praktykuje
w Marienbadzie. 6—2

Dr. Chłapowski

Ordynuje podczas sezonu kąpielowego jak ze-
szłych lat w **Kissingen** w Bawaryi. 3—2

Dr. Dymnicki

od 33 lat Lekarz zdrojowy w **Busku** przyjmuje
w domu własnym. 5—2

INSTYTUT SZCZEPIENIA OSPY OCHRONNEJ

D-rów MACZEWSKIEGO i K. SIERPIŃSKIEGO

Marszałkowska Nr. 116

Posiada zawsze świeżą krowiankę.

JAN KRZYKOWSKI

OPTYK ELEKTROTECHNIK

Marszałkowska Nr. 109

poleca:

Aparaty elektryczne wszelkich systemów własnego wyrobu, jako
też skutecznie pod gwarancją reperacje takowych.

Wyrabia i urządza dzwonki elektryczne.

Posiada na składzie:

Szklą, okulary, nanośniki, termometra lekarskie, inhalatory, res-
piratory, irygatory, szpryce, paski rupturowe i t. p. przedmioty
w wielkim wyborze.

Specyjalne szprycki do lewatyw glicerynowych.

Środki opatrunkowe i bandaże po cenach fabrycznych.

Uwaga. Wykonywa wszelkiego rodzaju roboty w zakres techni-
ki lekarskiej wchodzące ściśle według przedstawionych wzorów
i planów rysunkowych.

Znane ze swej dokładności i taniości termometra maksymalne
nadeszły w wielkiej ilości.

SPIS RZECZY.

str.

Prace oryginalne.

- Dr. Jan Sędziak. Leczenie przerosu migdałków. 278

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Patologija ogólna i Medycyna wewnętrzna.

178. Prof. Landerer. O leczeniu gruźlicy balsamem peruwiańskim 295
179. C. von Noorden. O użytkowaniu pokarmów przez chorych żołądkowych 301
180. Dr. O. Minkowski. Przyczynek do wiedzy o wchłanianiu tłuszczu. 302
181. Le Marinel. O mechanizmie wchłanianiu tłuszczów. 307
182. Prof. Brieger i prof. C. Fraenkel. Poszukiwania nad bakterijnymi jadami. 307
183. Hoffa. Do nauki o naturze sepsis 308

II. Farmakologija.

184. Dr. Jakób Stilling (Strasburg). Barwniki anilinowe jako antyseptyka 309
185. Dr. Fellner i dr. Falk. Hydrastin i hydrastinin 310
186. Zastosowanie olejku santalowego 311

III. Choroby oczne.

187. Wecker. Nadużycie enukleacji 312
188. Dr. K. M. Sapięko. W kwestyi zajęcia zatok czołowych. 314
189. Dr. Ch. Abadie. Leczenie oddzielenia siatkówki. 315
190. Malgat. Chromheteropia 315

IV. Choroby weneryczne i skórne.

191. Prof. Fournier. Przymiot języka 316
192. Vialaneix. Badania nad powstawaniem gorączki zwiastunowej w okresie wtórnym przymiotu 320
193. Baudonin. Przyczynek do nauki o przymiocie ciężkim wczesnym 320
194. Unna. Przymiot i pryszczycza łojotokowa 321
195. Morris. Pryszczycza miejscowa 322
196. Gars. O tożsamości róży i zapalenia naczyń chłonnych z punktu widzenia bakteriologicznego 323
197. Tæuzer. Ueber das Ulerythema ophryagenes. 323
198. Bounet. Przyczynek do nauki o zatrzymaniu wydzielania się potu. 324

V. Wiadomości pomniejszych.

199. Leczenie błonicy 325
200. Krwotok przy wycięciu migdałków 325
201. Leczenie czyraków wstrzykiwaniami kwasu karbolowego 325
202. Najnowsze środki lekarskie 325

Neurologja. Kronika miesięczna.

Opowiedzi od Redakcyi. Ogłoszenia.