

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

SPIS RZECZY: **Prace oryginalne.** I. D-r W. *Eichler*. Przypadek odmy podskórnej u osobnika z gruźlicą płuc—str. 559. II. D-r *Czesław Otto*. Kryoskopia i zastosowanie jej w chorobach serca i nerek (c. d.)—str. 563.

III. **Dział sprawozdawczy:** I. *Chirurgia*. 250. *Springer*. Nowy opatrunek ochronny—str. 569. 251. *Hildebrandt*. Uwagi nad działaniem pocisków armatnich w wojnie z Burami—str. 570. 252. *Weljaminow*. Fototerapia na podstawie badań doświadczalnych i klinicznych w akademii medyko-chirurgicznej—str. 571. 253. *Tavel*. Wycięcie części wewnątrz. nerwu sromowego w przyp. pochwy i świerzbiczki sromu niewieściego—str. 572. 254. *Schroeder*. Uszkodzenia nerwu przeponowego—str. 573. II. *Choroby kobiet i akuszerya*. 255. *Veit*. Białkomocz i ciąża—str. 574. 256. *Seligmann*. Wyltszcz. pochwo-we sub graviditate mięśniaka podśluzowego—str. 575. 257. *Henkel*. Krwotoki poporodowe i ich leczenie—str. 576. 258. *Fabricius*. Przyczynę do rozpoznania różniczk. ciąży zamacicznej—str. 578. 259. *Trendelenburg*. O chirurgicznym leczeniu ropnicy połogowej—str. 579. 260. *Geiringer*. Przypadek ropnicy połogowej, wyleczony maścią Credé'go—str. 581. 261. *Kessler*. Mięśniak i serce—str. 582. 262. *Küster*. Dobór płci—str. 582. III. *Choroby uszu*. 263. *Burger*. Choroby uszu i ubezpieczenia na życie—str. 583. 264. *Hasslauer*. Bakteryol. ostr. zapaleń ucha środkowego—str. 584. 265. *Vymola*. Przycz. do lecz. ostr. zapaleń ucha—str. 584. III. *Choroby skóry*. 266. *Jessner*. Leczenie chorób skórnych środkami wewnętrznymi—str. 585. IV. *Wiadomości terapeutyczne*: od № 267—271—str. 592. V. *Bibliografia*—str. 593. VI. *Korespondencya z Siedlec*—str. 593. *Kronika bieżąca*—str. 595. *Ogłoszenia*.

Sommaire du Nr. 14. I. D-r W. *Eichler*. Un cas d'emphysema subcutanea chez un phthisique—p. 529. II. D-r C. *Otto*. La cryoscopie dans les maladies du coeur et du reins—p. 563.

I. PRZYPADEK ODMY PODSKÓRNEJ

(*emphysema subcutaneum*)

u osobnika z gruźlicą płuc.

Podał

D-r Witold *Eichler* (*Międzyrzec*).

22-go września roku zeszłego wezwany byłem do kowala B., z powodu krwotoku płucnego.

Wywiady. Pacjent, liczący 36 lat wieku, nie obarczony dzie-dzicznie i dotąd zdrowy zupełnie, od kilku dni dostał kaszlu bez za-

dnej widocznej przyczyny i zauważył, że płwocina, wydzielana obficie, stawała się coraz więcej zabarwiona krwią, aż wreszcie zaczął wykrztuszać czystą krew pienistą. Bólów przy kaszlu i oddychaniu nigdzie nie czuje; osłabł znacznie i stracił zupełnie apetyt. Spirytuali nadużywał.

Stan obecny. Pacjent z niezbyt jeszcze upośledzonym odżywieniem i dobrze zbudowany, bez „habitus phtisicus“. Błony śluzowe normalnie zabarwione. Wypluwa czystą krew pienistą dość obficie; kaszel niewielki. Wobec krwotoku chory nie był bardzo dokładnie badany, zauważyłem wszakże większe zapadanie prawej okolicy podobożyczkowej w porównaniu z lewą oraz rzężenia średniobańkowe od przodu ze strony prawej i od tyłu ze strony prawej od góry do *spina scapulae*. W lewym płucu natomiast żadnych zmian patologicznych, o ile się zdaje, nie było. W innych narządach wewnętrznych zmian nie wykryto. Tętno pełne, 90 uderzeń na minutę, ciepłota wydawała się podniesioną (termometr nie był użyty). Powtórnie widziałem chorego dopiero 6-go listopada, to jest w 6 tygodni przeszło. Chory podaje, że krwotok wkrótce ustąpił i nie powtarzał się. Na wygląd zauważyłem w ogólnym stanie chorego szybką zmianę na gorsze. Wychudzenie znaczne, wypięki na twarzy, które miał i w stanie zdrowym, stały się sinawymi, zarówno jak i wargi. Uskarża się na coraz większe osłabienie tak, że nie ma siły wstać z łóżka, ma silne poty, zły sen, męczący kaszel i brak łaknienia.

Przy badaniu okazało się przytłumienie odgłosu opukowego w fossa supra i infraclavicularis dextra i w fossa supraspinata; szmer oddechowy oskrzelowy w górnych częściach tegoż płuca i rzężenia spóldźwięczne w całym płucu. W lewym płucu zmian poważniejszych nie stwierdzono. Cech jam nigdzie niema; opłucna nie zajęta. Lekka duszność. Od tego czasu chorego widywałem już częściej w coraz gorszym stanie, właściwym phtisis floridae i rychły zgon rokującym. Tętno zawsze było przyśpieszone, T-a zawsze podniesiona, dochodząc do 39,6°C. Wkrótce do tego przyłączyła się uporeczywa biegunka, którą tylko od czasu do czasu i na krótko udawało się powstrzymać.

26-go listopada chory dostał silnego ataku duszności przy dość drobnym i nierównym tętnie, osłabł silnie i przestał wypluwać płwocinę.

W płucu lewym od góry do samego dołu z tyłu i na lewym boku rzężenia wilgotne. Zapalenia opłucny, ani objawów pneumothorax niema.

29/XI duszność ustąpiła w znacznym stopniu i płwocinę zaczął wykrztuszać. W lewym płucu stan podobny trwa dalej, u dołu wy-

stępują rzeżenia trzeszczące. T-o 39,0°. Opłucna niezajęta, prawe płuco—jak wyżej.

1/XII wezwano mnie znów do chorego z oznajmieniem, że opuchł cały i bardzo źle się czuje. Po przybyciu dowiedziałem się, że choremu dla ulżenia postawiono kilkanaście baniek suchych 29/XI na lewej stronie, co już czyniono niejednokrotnie i w czasie, kiedy chorego nie leczyłem. Zaraz po tej manipulacji chory, zakaszławszy się, zauważył, że kołnierzyk u koszuli uciska mu szyję. Po rozpięciu kołnierza żona chorego zauważyła silne obrzmienie szyi, poczem bardzo szybko, podług jej słów, chory spuchł cały. Zauważę nawiasem, że pomimo takiego stanu wezwano mnie dopiero na trzeci dzień.

Stwierdziłem, co następuje:

Chory leży na lewym boku, dość bezwładnie; duszność w umiarkowanym stopniu. Na niektóre pytania odpowiada nieprzytomnie. Powieki lewego oka silnie wzdęte, tworząc wspólnie guz wielkości balonika gumowego na 30 gramów. Gałki ocznej niewidać zupełnie. Na prawem oku tylko dolna powieka obrzęknięta, zakrywając również gałkę oczną, tak, że chory nie widzi. Pod skórą czaszki, uszu i nosa odmy niema; natomiast, policzki, szyja, kończyny górne do palców, tułów cały wokół do pośladków wzdęte moeno, tak, że o zbadaniu organów wewnętrznych nie może być mowy.

Moszna również wzdęta do wielkości głowy nowonarodzonego. Wszystkie miejsca obrzęknięte przy ucisku wydają odgłos trzeszczący, charakterystyczny dla odmy podskórnej; dołek, naciśnięciem palca zrobiony, w tej chwili się wyrównywa; dźwięk opukowy na miejscach obrzękniętych jasny. W jamie ustnej oprócz nieznacznego powiększenia języka, zmian żadnych niema. Tętno z trudnością udaje się wybadać: 100 uderzeń na minutę; T-a pod pachą 36,0° C. Chcąc choć trochę ulżyć choremu, wypompowałem mu powietrze z powiek, poczem mógł patrzeć. Pomimo nie tak bardzo złego, na pozór, stanu, chory zmarł tejże nocy.

Opisany powyżej przypadek zasługuje, niewątpliwie, na zaznaczenie, choć brak oględzin pośmiertnych nie pozwala na wykrycie istotnej przyczyny powstania odmy.

Jak wiadomo, odróżniamy według Sahli'ego, Strümpf'a, Jacoud'a i in. odmę podskórną samoistną, która powstaje skutkiem tworzenia się gazów w tkance łącznej pod wpływem drobnoustrojów, np. w ogniskach septycznych, wybroczynach krwawych, oedema malignum. Niekiedy taka odma również może powstać i wskutek zra-

nienia, jak up. w przypadku podanym przez Thévenot¹⁾, którego chory uległ zgnieceniu nogi na wysokości wyrostka tibiae; po 3-ch dniach w przypadku tym wystąpiły objawy gangrène gazeuse.

Częstszą postacią jest tak zwana odma ex aspiratione, uwarunkowana dostaniem się powietrza pod skórę wskutek pęknięcia jakiegokolwiek organu powietrze zawierającego, lub też wskutek rany zewnętrznej.

Spotykamy się więc z tym rodzajem odmy:

1) Przy przedostaniu się powietrza z narządów oddechowych, jak np. przy gwałtownych napadach kaszlu, w kokluszu u dzieci wskutek pęknięcia pęcherzyków płucnych; w odmie piersiowej z rozdarcie tkanek, sięgającym aż do warstwy podskórnej; w jamach płucnych, które w razie zrośnięcia obu listków opłucny drażą ku zewnątrz, aż do tkanki podskórnej; po złamaniach żeber kaleczących płuca; w ranach zewnętrznych kaleczących płuca; w ranach lub owrzodzeniach tchawicy i krtani np. podczas napadów kaszlu w czasie tracheotomii; przy nieostrożnem przedmuchiwanu uszu, jak dowodzi przypadek M a k s'a²⁾, zakończony, zresztą, pomyślnie.

2) Dość często odma powstaje z pęknięcia lub zranienia przyłyku np. przy raku tegoż.

3) Może powstać odma też wskutek ran zewnętrznych lub owrzodzeń żołądka i kiszek.

4) Może również powietrze z jamy brzusznej po laparotomii przedostać się wskutek ruchów wymiotnych pod tkankę podskórna, czego dowodzi przypadek M a d l e n e r'a³⁾; chora bez leczenia przyszła do siebie.

Przytem należy dodać, że obrzmienie występuje najpierw w tem miejscu mniej więcej, w którym powietrze dostało się do tkanki łącznej podskórnej. W przypadkach pęknięcia pęcherzyków płucnych w fossa jugularis; przy ranach zewnętrznych obok miejsca zranienia.

Z powyższego zestawienia krótkiego widzimy, jak różnorodne są przyczyny powstawania odmy podskórnej.

Niewątpliwą jest rzeczą, że w naszym przypadku mieliśmy do czynienia z suchotnikiem i że, prawdopodobnie, istniała jama, która była punktem wyjścia odmy podskórnej, przypuścić również należy,

1) Ref. w Ježeniedelniku Nr. 47. 1901 z Gazette des Hôpitaux z 6-go sierpnia 1901.

2) Monatschr. für Ohrenbeilhunde V. 1901.

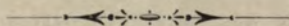
3) Ref. w Ježeniedelniku Nr. 16 z r. 1901 z Monatsschr. für Geburtsh. u. Gynaek. März.

że ściana jamy była zrośnięta bezpośrednio z opłucną ścienną, która zcieńczała i przy silnym kaszlu przerwała się, powodując odmę podskórną. Gdyby bowiem zrośnięcia takiego nie było, otwarcie jamy do opłucny wywołałoby odmę piersiową, czego w naszym przypadku nie było. To przzerwianie jamy nastąpiło w okolicach śródpiersia przedniego, gdyż obrzęk pierwotnie wystąpił z przodu szyi.

Co było bezpośrednią przyczyną pęknięcia, dociec trudno, prawdopodobnie nastąpiło ono w czasie kaszlu bezpośrednio po postawieniu baniek.

O ile jednak przystawienie baniek suchych mogło być przyczyną wywołującą odmę, ewentualnie pęknięcie jamy, naturalnie, stwierdzić nie można, należało by bowiem mieć więcej w tym kierunku dokładnie obserwowanych przypadków.

Zwracam uwagę na przypadek ten, ciekawy sam przez się, w celu zaznaczenia, jak trudno częstokroć znaleźć źródło odmy skórnej, a tembardziej objaśnić mechanizm jej powstania.



II. Z Kliniki Terapeutycznej Szpitalnej prof. A. Szczerbakowa
w szpitalu Dz. Jezus,

KRYOSKOPJA

i zastosowanie jej

w chorobach serca i nerek.

Podał

D-r Szesław Otto.

Ordynator Kliniki Terapeutycznej Szpitalnej U. W.

(Ciąg dalszy).

Zanim przystąpimy do kryoskopii moczu, musimy przypomnieć sobie teorye tworzenia się jego.

Podług teoryi Ludwiga woda moczu wydziela się w kłębkach, a potem częściowo zostaje wessaną w kanalikach moczowych. Podług Hüfner'a, kanaliki moczowe zwierząt, zużywających mało wody i wydzielających mocz odpowiednio stężony, są bardzo długie, gdy

tyczasem stworzenia żyjące w wodzie, których mocz, podług badań Dresera, jest nadzwyczaj rozcieńczony, mają krótkie kanaliki moczowe. Te porównawcze dane fizyologiczne przemawiają za tem, że nasycenie moczu wzrasta w stosunku prostym do długości kanalików moczowych.

Jeżeli wydzielanie wody moczem odbywa się w kłębkach, a potem następuje częściowe jej wessanie w kanalikach, to już z konieczności stopień tego wessania musi zależeć od czasu przejścia moczu przez kanaliki. Jeżeli szybkość wydzielania wody w kłębkach zwiększa się, to samo przez się zwiększa się i szybkość prądu w kanalikach. Wskutek tego wessanie wody jest bardzo nieznaczne; należy więc oczekiwać, że w tych warunkach nasycenie moczu musi się zmniejszać. Podług badań Heidenhain'a szybkość wydzielania wody moczem zależy od szybkości obiegu krwi w nerkach; zmniejszenie tej ostatniej musi wpływać na zmniejszenie szybkości prądu w kanalikach. A więc w wadach serca w okresie całkowitego niewyrównania musi się zwiększyć wessanie wody w kanalikach, i mocz będzie bardziej nasycony. I przeciwnie, jeżeli szybkość obiegu krwi w nerkach zwiększa się, wchłanianie wody w kanalikach jest małe, i mocz mocno będzie rozcieńczony. Spostrzeżenia kliniczne fakty te potwierdzają.

Wszystko przemawia za tem, że tam, gdzie mocz nienormalnie długo pozostaje w kanalikach, wydziela się nienormalnie nasyconym (przy zdrowych nerkach), podczas kiedy mocz, szybko przepływający przez kanaliki, jest bardzo rozcieńczony.

Do tych samych wyników przyszedł Sobierański (Archiv. für exp. Pathol. 1895 r.) w badaniach nad wydzielaniem karminu i uważa kanaliki, jako aparat, służący do nasycania moczu.

Oprócz wody, podług teorii Bowman'a i Heidenhain'a, wydziela się w kłębkach wszystka sól kuchenna moczu, gdy tymczasem inne związki bezchlorowe wydzielają się przez nabłonek kanalików moczowych, przyczem, jak twierdzi Koranyi, pomiędzy temi solami następuje wymiana cząsteczek: ile cząsteczek NaCl wessało się z kanalików moczowych w krew, tyleż cząsteczek bezchlorowych wydzieliło się z krwi do kanalików moczowych.

Przy tej wymianie cząsteczek wynik musi z konieczności zależeć od czasu, jak długo krew i mocz są w styczności za pośrednictwem ścian kanalików moczowych. Jeżeli styczność ta trwa długo, mocz zawiera umiarkowanie mało NaCl i dużo związków bezchlorowych (przy zdrowych nerkach).

Jeżeli płyn z kłębków przepływa w kanalikach szybko, to w moczu pozostaje dużo NaCl, a natomiast mało związków bezchlorowych. W moczu wydzielonym w ciągu 24 godzin zawartość NaCl i związków bezchlorowych w warunkach fizjologicznych prawie zawsze jest stałą i wahania są tu niewielkie. Szybkość prądu moczu w kanalikach zależy od szybkości wydzielania się wody w kłębkach, a podług badań Heidenhain'a czynność kłębków zależy od szybkości obiegu krwi w nerkach, a więc przy niewyrównanych wadach serca szybkość obiegu krwi w nerkach mała, ergo mocz przepływa w kanalikach wolno, pozostając w dłuższej styczności z krwią i dając możliwość wymiany cząsteczek NaCl na związki bezchlorowe. W tych warunkach mocz powinien zawierać mało NaCl, a bardzo dużo związków bezchlorowych, jeżeli teoria wymiany cząsteczek w kanalikach ma rację bytu. Badania moczu chorych sercowych potwierdzają tę teorię. Jeżeli u tychże chorych sercowych w okresie niewyrównania podamy środek nasercowy, to z chwilą poprawy czynności serca zmniejsza się stosunek NaCl do związków bezchlorowych: ilość NaCl zwiększa się, a związków bezchlorowych zmniejsza się,—fakt potwierdzający teorię Koranyi'ego. Doświadczenia Ludwiga z podwiązaniem moczowodów mówią także na korzyść tej teorii.

Wiadomo z fizyki, że jeżeli dwa roztwory różnego nasycenia od dzielimy w naczyniu błoną przepuszczalną dla rozpuszczalną i cząsteczek rozpuszczonych, to zauważymy, że błona będzie wypięta w stronę płynu mniejszego nasycenia; pod koniec obserwacji, kiedy dzięki osmozie ilość cząsteczek w obu roztworach będzie jednakową tego wypięcia już nie zauważymy, albowiem ciśnienie na błonę z obu stron będzie jednakowe. Jeżeli oddzielimy od siebie dwa roztwory błoną, przepuszczającą rozpuszczalnik, lecz nie przepuszczającą cząsteczek rozpuszczonych, wówczas cząsteczki te wywierają na błonę ciśnienie, które nazywamy ciśnieniem osmotycznym. Takie ciśnienia osmotyczne wywierają cząsteczki soli we krwi, w moczu, wysiękach i przesiękach. Ciśnienie to znajduje się w ścisłym związku z nasyceniem roztworu: im więcej dany roztwór jest nasycony, tem większe jest ciśnienie osmotyczne.

Nasycenie roztworu wywiera wpływ nie tylko na ciśnienie osmotyczne, lecz także i na ciepłotę zamarzania danego roztworu. Podług praw Raoult'a, ciśnienie osmotyczne roztworu jest w stosunku prostym doniżenia punktu zamarzania.

Dla określenia ciśnienia osmotycznego moczu Koranyi wziął pod uwagę stosunek zamarzania moczu do ilości chlorku sodu w %

$\frac{\Delta}{\text{NaCl}\%}$ i obliczył na mocy tego stosunku tak zwany wskaźnik solny.

Wskaźnik solny substancji rozpuszczonych w moczu odpowiada na wagę ilości chlorkusodu, wywierającego w wodzie ciśnienie osmotyczne, równe ciśnieniu danego moczu. Jeżeli punkt zamarzania moczu oznaczymy przez Δ , ilość dobową przez V , a punkt zamarzania 1% roztworu soli kuchennej podług Koranyi'ego $= -0,613$, to wskaźnik solny Koranyi'ego $= \frac{\Delta V}{61,3}$. Według mniemania Koranyi'ego istnieje ścisły związek pomiędzy Δ moczu normalnego i zawartością soli kuchennej, i dlatego stosunek $\frac{\Delta}{\text{NaCl}\%}$ może być miarą ciśnienia osmotycznego moczu; stosunek ten waha się u ludzi zdrowych od 1,23 do 1,69, a wskaźnik solny $\frac{\Delta V}{61,3}$ od 35 do 45; przy zmianach w nerkach i sercu otrzymujemy inne cyfry.

Prawie wszyscy autorowie nie zgadzają się na pogląd Koranyi'ego, że pomiędzy Δ moczu i zawartością w nim chlorku sodu istnieje ścisły związek i twierdzą, że tembardziej niema takiego związku w stanach patologicznych, w których przebiegu ilość soli kuchennej w moczu podlega bardzo znacznym wahaniom. Mocz zawierający znaczne ilości mocznika, kwasu moczowego i związków ksantynowych, przy niewielkiej ilości chlorków (np. przed kryzą u chorych na włóknikowe zapalenie płuc) wskazuje podług Koranyi'ego znaczne ciśnienie osmotyczne; odwrotnie, mocz w diabetes insipidus z nieznaną zawartością mocznika, chlorków i t. d. wykazuje mniejsze ciśnienie osmotyczne. Jeżeli jednak porównamy własności osmotyczne składników jednego i drugiego moczu, to przekonamy się, że we włóknikowym zapaleniu płuc poszczególne składniki posiadają niższe ciśnienie osmotyczne, aniżeli substancje w moczu w diabetes insipidus i że—wbrew wzorowi Koranyi'ego—ciśnienie osmotyczne pierwszego moczu powinno być słabsze niż drugiego ¹⁾.

Prof. Poehl wyraża wskaźnik osmotyczny K stosunkiem ciśnienia osmotycznego P do ilości części stałych R w procentach, a nie w litrze:

$$K = \frac{P}{R}$$

¹⁾ Doświadczenia Pfeffera nad ciśnieniem osmotycznym (P) roztworów cukru różnego nasycenia (R) przy jednakowej t^0 wskazują na ścisły stosunek między ciśnieniem i nasyceniem $= \frac{P}{R}$.

Jeżeli ciśnienie osmotyczne P wyrazimy przez ciśnienie atmosferyczne, $P = 12,07 \times \Delta$ to

$$\frac{12,07 \times \Delta}{R}$$

Biorąc w rachubę—według *P o e h l'a* 10% roztwór, otrzymamy wskaźnik osmotyczny

$$K = 120,7 \times \frac{\Delta}{R}$$

Punkt zamarzania normalnej krwi $= -0,56^{\circ} C$, więc ciśnienie osmotyczne krwi $P = 12,07 \times \Delta$; $\Delta = 0,56$, więc $P = 12,07 \cdot 0,56 = 6,76$ atmosfer.

Osoce krwi zawiera części stałych 9,82%: w tej liczbie znajduje się 7% substancji białkowych, które nie wywierają wpływu na ciśnienie osmotyczne (białko wogóle nie wywiera wpływu na ciśnienie osmotyczne limfy); pozostaje więc $R = 2,82\%$.

Wskaźnik osmotyczny krwi:

$$K = \frac{P}{R} = 120,7 \frac{\Delta}{R} = 120,7 \frac{0,56}{2,82} = 23,96.$$

Sprawność nerek wyraża się podług *P o e h l'a* tem, że wskaźnik osmotyczny krwi 23,96 podnosi się w moczu do 40 (wahając się między 36 i 40).

Dwie te metody określania czynności nerek i serca nie dają tak doniosłych wyników, jak najnowsza metoda kryoskopii moczu podług *C l a u d'a* i *B a l t h a z a r d'a*, oparta na rozróżnianiu w moczu cząsteczek chlorkusodu i cząsteczek bezchlorowych; pierwsze przechodzą przez ustrój bez zmiany, wpływają jednak na własności osmotyczne moczu, drugie zaś są wynikiem przerabiania pokarmów i desasymilacji tkanek: są to cząsteczki przez ustrój wypracowane (*molécules élaborées*); te ostatnie mają doniosłe znaczenie kliniczne, albowiem zatrzymanie ich w ustroju wywołuje objawy samozatrucia. Wychodząc z tej zasady, *C l a u d* i *B a l t h a z a r d* robią szczególny nacisk na ilość tych cząsteczek, wydzielonych przez nerki.

Podług prawa *R a o u l t'a* punkt zamarzania moczu określa ilość cząsteczek w 1 ctm. sześcienn. Jeżeli osobnik wydzielił przez dobę V ctm. sześciennych moczu i waży P kilogramów, to na 1 kilo wagi ciała wydzieliło się przez nerki w ciągu doby $\frac{\Delta V}{P}$ cząsteczek. Tak więc $\frac{\Delta V}{P}$ oznacza ogólną całkowitą diurezę cząsteczkową (*diurése moléculaire totale*); w diurezie tej znajdują się cząsteczki wydzielone

przez kłębki i cząsteczki wymienione w kanalikach moczowych przez nabłonek.

Wiadomo, że 1% roztwór chlorkusodu zawiera w 1 ctm. sześciennym 60,5 cząsteczek. Mocz posiadający p% chlorku sodu zawiera w jednym ctm. sześciennym 60,5. p cząsteczek, chlorku sodu, a w dobowej ilości V będzie ich zawierał 60,5. p. V.

Na 1 kilo wagi P ciała danego osobnika będzie cząsteczek chlorkusodu

$$\frac{60,5. p. V}{P}$$

Jeżeli od całkowitej diurezy $\frac{\Delta V}{P}$ odejmiemy ilość cząsteczek wydzielonych przez kłębki $\frac{60,5. p. V}{P}$, to otrzymamy ilość cząsteczek wymienionych przez nabłonek w kanalikach moczowych:

$$\frac{V\Delta}{P} - \frac{60,5. p. V}{P} = \frac{V}{P} (\Delta - 60,5. p);$$

jeżeli $\Delta - 60,5. p = \delta$ to otrzymamy uproszczoną formułę dla cząsteczek, wydzielonych przez nabłonek kanalików moczowych:

$$\frac{V\delta}{P}$$

Formuła $\frac{V\delta}{P}$ wyobraża więc diurezę cząsteczek wypracowanych (diurése des molécules élaborées). Stosunek całkowitej diurezy do diurezy wypracowanej będzie $= \frac{\Delta V}{P} : \frac{V\delta}{P} = \frac{\Delta}{\delta}$.

Na podstawie powyższych trzech formuł zawsze możemy określić stan czynności serca i nerek.

W pracy niniejszej posługiwałem się metodą Balthazarda; metoda ta moim zdaniem jest najodpowiedniejszą dla celów klinicznych, gdyż, opierając się tylko na wynikach kryoskopii mocz, daje całkowite pojęcie o czynności serca i nerek. Kryskopia krwi przy tej metodzie jest już zbyteczną. *D. c. n.*

III. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Chirurgia.

250. D-r Carl Springer (z Pragi Czeskiej). **Nowy opatrunek ochronny.** (Centralbl. für Chirurgie. № 24. 1902.).

Dla dokładnego zagojenia ran, które pozostają po dokonaniu operacji wytwórczych, niezbędnym jest warunkiem, by materiały opatrunkowe nie przylepiały się do linii szwu albo do płatów przeszczepianych, by gaza nie płała się z końcami nitki i, zdejmowana podczas zmiany opatrunku, nie rozdzierała rany. A jednak wszystko, używane w tym celu, tkaniny lub przetwory (sylik, kitajka, pociągnięta pokostem, kauczuk i. t. p.) nie odpowiadają, bynajmniej, ściśle założeniu swemu już z tej, bodaj, racji, że zastosowanie ich aseptyczne musi wiele pozostawiać do życzenia; materiały te, poddane wyjąłwianiu, tracą zanadto wiele na swej postaci i spoiwości. Sterylizacyi drogą gotowania można tu dokonać najwyżej raz jeden, poczem materiały te trzyma się już tylko w płynach przeciwnilnych, jak karbol glicerynowy lub roztwór formaliny. Pominąwszy zatem względy aseptyki, naraża się ranę operacyjną na przedostanie się doń płynów, całkiem nieobojętnych, płukać je bowiem uprzednie nie usunie ściśle z materiałów owych warstwy antyseptyku.

Za środek, wolny od niedogodności tego rodzaju autor uważa parafinę. Jeżeli w płaskim naczyniu z wrzątkiem rozpuścimy mały kawałek parafiny, to, po ostudzeniu, wytwarza się na powierzchni górnej delikatna błona, która przy $t^{\circ} 35-40^{\circ}C$ nabiera takiej gibkości, że można ją krajać i ugniatać dowolnie, przystosowując ściśle do postaci i wymiarów rany. Można też parafinę tak ściętą podziurawić igłą, w miarę potrzeby, dając w ten sposób odpływ swobodny wydzielinie. Tak spreparowana błona parafinowa odpowiada wymaganiom wszelkim: ma powierzchnię gładką, do rany nie przylega, przeciwnie, daje się zdjąć łatwo podczas opatrunku wraz z gazą; nie tracąc sprężystości pod działaniem ciepłoty skóry, nie zawiera żadnej drażniącej domieszki, jest bardzo tania, przedewszystkiem zaś daje się wyjąłwiać dokładnie i gotować do woli. Nad łuszczami, waseliną np. ma tę przewagę, że nie płami i nie nasycza znajdujących się powyżej warstw gazy, która pozostaje suchą i otrzymuje własność wchłaniania. Nadto, teoretycznie przynajmniej, posiada tę zaletę, że przepuszcza światło, czego nie można powiedzieć o sylku; uprzystępnia zatem wpływ dobroczynny tego, tak słusznie cenionego dziś, środka w leczeniu.

Szczegóły techniczne zalecanej przez autora metody są nader proste. Do zaopatrzonego w pokrywkę naczynia płaskiego nalewa się słup wody, wysoki na 3—4 cm., ogrzewa go do $100^{\circ}C$, poczem rzuca się do wody kawałek parafiny i dalej gotuje się z wrzątk-

kiem w ciągu 10 min. Z kolei umieszcza się naczynie w zimnej wodzie, w następstwie czego parafina krzepnie niebawem i daje ową, omówioną już powyżej, warstwę błoniastą. Przez wtórne umieszczenie naczynia w wodzie o 40° T^o, ciepłotę parafiny podnosi się o tyle, że ta pozostaje na stałe giętką. Być nadzwyczajnie ścisłym nie ma tu potrzeby i praktyka kilkakrotna, pouczy że dość jest postawić, zaraz po ostudzeniu, naczynie z parafiną na stoliku szklanym, by, skutkiem działania podwyższonej ciepłoty w sali operacyjnej, środek ten nabrał pożądanej elastyczności, którą, w razie potrzeby, można osiągnąć dolaniem do naczynia ciepłej wody wyjałowionej. Jeszcze na wodzie przekłuwa się błonę igłą przepaloną, wycina z niej nożyczkami kawałek odpowiedni i za pom. dwóch pincet układa na ranę powierzchnią, zwróconą do wody; powyżej—warstwa wyjałowionej gazy. Otrzymanie odpowiednio grubej warstwy parafiny jest rzeczą wprawą; grubość ta może być dowolną, autor np. bierze 1—2 cm. parafiny na 50 cm. □ powierzchni górnej wodnego słupa. Gdy roztwór krzepnie, nie należy wówczas potrząsać naczyniem; nie otrzymamy bowiem w takim razie warstwy wszędzie jednakowej grubości.

K. Niedzielski.

251. Hildebrandt. **Uwagi nad działaniem pocisków armatnich w wojnie z Burami.** (v. Langenbeck's Archiv Bnd LXV. H. 4.).

Rany od kul armatnich trafiały się tu dość rzadko, gdyż artylerya, na skutek osobliwszych warunków terenu bojowego, odgrywała w przebiegu kampanii anglo-boerskiej rolę nie pierwszorzędną. Pomimo to i w tym zakresie nie brak ciekawych danych, a mianowicie:

Po stronie angielskiej używano przeważnie granatów, wypełnionych lyddytem lub cordytem oraz szrapneli opancerzonych. Granaty burów zaopatrzono były w zwykłe podpałki wybuchowe z prochu. Szrapnele zbliżka raniły lekko lub wyrządzały tylko kontuzję, zdaleka zato zadawały ranę, najczęściej ciężką. Jeżeli kula szrapnelowa nie była zniekształconą, otwór skóry wejściowy był nieraz mniejszy od kalibru kuli, nadto miał postać kolistą, gdy pocisk uderzał pionowo. Gdy trafiał pod kątem ostrym, wyłabiał wówczas otwór większy, zazwyczaj jajowaty. W przypadkach zranień pociskiem już zniekształconym otwór wlotu bywał większym, nieprawidłowym i miewał brzegi zmiążdżone. Również wymiary i postać wylotu zdarzały się rozmaite. Tam, gdzie trafioną została kość gruba, znajdowano kilka jednocześnie otworów wyjściowych, co zależało od pęknięcia pocisku i wrywania drzazg kostnych. W ogóle, można było z wyglądu i wymiaru ran rozpoznać rany od szrapneli.

Zatrzymywanie się pocisków w ranie zauważono często. Uszkodzenia części miękkich w razie postrzału kości nie były wielkie. Zato krwotok zewnętrzny zazwyczaj wielką odznaczał się obfitością, przy niewielkim obrzęku tkanek okalających. I krwawienia wtórne nie bywały rzadkie.

Rany pni nerwowych na obwodzie goiły się z wielką tylko trudnością. Urazy czaszki szrapnelem nie zawsze były drażące; pocisk nieraz odbijał się od kości. Jeżeli przebijał czaszkę, stwierdzano wtedy zniszczenia bardzo poważne. Z 6-ciu przypadków perforującej rany czaszki, w 3 ch otrzymano wyzdrowienie, raz jeden nawet bez wykonywania operacji. W niektórych przypadkach ran płucnych, cudem prawie, ocalało serce i naczynia wielkie. Następstwa ran takich bezpośrednio były, rzecz naturalna, poważniejsze, niż od kul małego kalibru, nierzadko jednak następowało tu wyzdrowienie, bez powikłań cięższych. Najpoważniejszymi z tych ostatnich były krwawienia wtórne i otoki ropne (empyema).

W znacznej odsetce ran brzucha od szrapneli następowała śmierć na polu bitwy lub podczas przenosin. Pocisk pozostawał często w powłokach brzucha. Bądź co bądź, przypadki wyzdrowień, bez dokonywania uprzednio laparotomii, nie były na zbyt rzadkie.

Polowa niemal postrzałowych złamań kości ropiała, co wywołane było ciężkim stłuczeniem ran i zawleczeniem doń części ubrania. Infekcye te jednak zwykle przebiegały łagodnie i dla tego też zabiegi kalejące stosowano tu rzadko, jak np. amputacje lub rezekecye.

Rokowanie wobec uszkodzeń pociskami z dział było gorsze, niż w przypadkach ran od kul karabinowych. Ranni stawali się tu częściej niezdarnymi do walki, a i okres gojenia był dłuższym. Zakażenie ran i wynik niepomysłny zdarzały się częściej, ustrój nerwowy zajęty był więcej. W zranieniach odłamami granatów lub szrapneli ciśnienie powietrza było czynnikiem nie małej wagi, wywołując uszkodzenia nieraz najosobliwsze. Często, bez rany zewnętrznej, zauważano porażenia, znieczulenia, a nawet wyniki śmiertelne. Strzały celne wywoływały nieraz kalectwo najstraszniejsze; za przyczynę śmierci przytaczano nieraz wstrząs. W ogóle, rany od granatów nastęrczały personelowi lekarskiemu wiele pracy i często czyniły niezbędnem odjęcie członka doraźne.

K. Niedzielski.

252. N. A. Weljaminow. **Fototerapia na podstawie badań doświadczalnych i klinicznych w akademii medyko-chirurgicznej.** (Prakt. Wrac. № 4. 1902.).

Pod kierunkiem dra W. dokonano doświadczeń z działaniem światła na 77 chorych, t. j. w 38 przypadkach wilka zwykłego, w 19—wilka rumieniowego (lupus erythematodes) oraz w 10 spostrzeżeniach wrzodu żrącego (ulcus rodens). Próby te prowadzono w celu podwójnym, by a) wykryć stopień energii światła na drobnoustroje, a nadto na b) zdrową i chorą tkankę zwierzęcą. Dla osiągnięcia pierwszego z tych zadań przeprowadzono 500 prób z 10-ma gatunkami mikrobów, a mianowicie: staphylococcus pyogenes aureus, albus, bacillus pyocyaneus, b. typhi abdominalis, b. anthracis, b. later., micrococcus aurantiacus, b. Zopfi, b. pyocyaneus β . i b. prodigiosus.

Drogą tą stwierdzono, że drobnoustroje giną pod bezpośrednim działaniem fotoenergii, przyczem skutkują tu wyłącznie fale najkrótsze. Na 1 ctm. □ powierzchni zakażonej należy zużyć 1 do 30 kilogrametrów energii, by uśmiercić bakterye na pewno. We wszystkich nadto przypadkach, gdzie energia świetlana podziałała skutecznie, znajdowano jednocześnie rozpad ciałek komórkowych.

Co do wpływu na tkanki, zauważono przedewszystkiem, że pod działaniem światła ze skóry właściwej (corium) nikły stopniowo komórki granulom, a na ich miejscu powstawała typowa niemal włókniasta tkanka łączna, po roku — z włóknami sprężystymi nawet. W komórkach olbrzymich znajdowano wodniczki (vacuolae), w pierwiastkach chłonicy (limfoidalnych) — zwyrodnienie tłuszczowe, przeważnie w przebiegu odczynu ostrego; objawy zwyrodnienia w komórkach nabłonka były bardzo małe. Badano, wreszcie, *ulcus rodens* i wykryto, że elementy śródbłonkowe przechodzą w stan zaniku i przeistaczają się w obfitującą w pasma włókien tkankę łączną. Najdłużej opiera się jednak nabłonek.

K. Niedzielski.

253. E. Tavel. **Wycięcie częściowe wewnętrznego nerwu sromnego w przypadkach pochwicy i świerzbiączki sromu niewieściego.** (Revue de chirurgie. Février. 1902.).

Rzadki ten zabieg wykonał dr. Tavel w dwóch przypadkach. Cięcie, długie na 10 ctm., przebiega pomiędzy odbytem i guzem kulczowym (tuberositas os. ischii), przyczem środek cięcia krzyżuje się z linią poprzeczną, która, prowadzona przez odbyt, łączy obie ości kulczowe (spinae ischiadicae). Po przedostaniu się palcem do przestrzeni kulczo—odbytnicowej (cavum ischio-rectale) wyczuwa się niebawem wewnętrzną arterję sromną (a. pudenda int.), tętniącą pod palcem. Dokoła tejże ciągną się, bądź w skupieniu, bądź pojedynczo, gałązki nerwów: sromnego (n. pudendus) i odbytnicowego (n. haemorrhoidalis). Ostatni przebiega wprost ku dołowi i powinien być zaszczędzony. Trudniej jest połączyć się w rozgałęzieniach nerwu sromnego, które, przeginając się ku dołowi, unerwiają również zwieracz odbytu. Gałązek tych tak samo ranić nie można, poznaje się zaś takowe po ich kierunku wstecznym i z powstawania skurezów zwieracza, gdy je podrażnimy. Pociągając zlekka, rozpoznajemy teraz gałęzie główne, rozchodzące się w skórze sromu (vulva); nerw wówczas przecina się, chwytając następnie w kremalieżę i skręca, a, po omotaniu na pincecie, wyluszcza zupełnie. Zabieg taki sam dokonuje się i po stronie drugiej. Ranę, wreszcie, obmyć należy roztworem soli i zaszyć bez drenu. Rychłozrost otrzymuje się zupełny.

O doniosłości podanej tu w skróceniu metody pouczą nas najlepiej przypadki. W pierwszym z nich 48 letnia kobieta chorą była na świerzbiączkę (pruritus) i pochwicę (vaginismus) od lat wielu i, lubo trzykrotnie wychodziła za mąż, pozostała jako virgo intacta. Chora drży na myśl samą, że badać i dotykać będą jej części płciowych.

krzyczy z bólu, gdy badający usiłuje przedostać się palcem do pochwy, dostając mocnych tejże skurczów. Miesiączkowanie nader bolesne, świerzbica i nadezłość stwierdza się na całej przestrzeni zewnętrznych narządów rodnych: z przodu odbytu, dokoła błony dziewiczej i warg mniejszych, na wargach większych, łechtaczce i zmarszczkach udo-wargowych. Droga operacyi otrzymano tu wyzdrowienie, które trwa już lata.

W przypadku drugim operowano 28 letnią kobietę, zamężną od lat 9-ciu i bezdzietną. Przypadek powikłany był przez obecność guza w przyjajniku (parovarium), a leczenie ciągnęło się z przerwami przeszło rok, przyczem trzy razy wykonywano rękoczyn chirurgiczny, t. j. laparotomię, resekęję nerwów sromnych i operację wytwórczą. Po zaszcyciu rany bez drenu dokonano dilatation forcee pochwy, do której, jak również do odbytu, założono gazę jodofornową. Po upływie niejakiego czasu bóle, lubo słabsze i rzadziej, powróciły znowu; jakoż znaleziono ku tyłowi od wędzidełka i strzępów mirtowych (carunculae) przekrwiony worek ślepy, który usunięto za pomocą operacyi plastycznej. Stopniowe, choć niewątpliwe ustępowanie objawów chorobowych ciągnęło się rok prawie; dziś, operowana od trzech lat jest zdrową.

Jeżeli nadezłość szerzy się głównie po skórze łechtaczki, należy usunąć również, odchodzącą dość samoistnie i wysoko, gałązkę nerwi dorsalis clitoridis. Odpowiednio ku temu cięcie przedłużyć wypadnie do góry.

K. Niedzielski.

254. W. E. Schroeder. Uszkodzenia nerwu przeponowego. (Amer. Journ. of the med. sciences. II. 1902.).

Dr S. powątpiewa, by urazy nerwu przeponowego mogły doprowadzić do śmierci lub-, w ogóle, były nadto niebezpieczne. Podczas wycinania zwyrodniałych gruczołów szyjowych nerw ten nieraz szczypano pincetą, a w przytoczonym w pracy niniejszej przypadku, dotyczącym wyluszczenia głęboko umiejscowionego i obfitującego w zrosty nowotworu, nerw przeponowy (n. phrenicus) przecięto bez namysłu i tenże zeszyto wtórnie. Opisywanych niejednokrotnie objawów następnych, jak kichanie, kaszel lub czkawka nie zauważono tu wcale, lecz stwierdzić było można czasowe, bo w ciągu dni czterech, przyspieszenie oddechu, ustawienie wysokie przepony po stronie uszkodzenia (lewej), skurcz dolnego zraza płuca i lekkie wdechowe wciągnięcie płuca. Wszystkie te jednak nieprawidłowości wyrównały się zupełnie w ciągu 3-eh tygodni.

W szeregu prób na psach dr. S. przedewszystkiem wrywał nerw, w mowie będący, i większość zwierząt tych zdychała na otok płuca (pneumo—s. pyopneumothorax) na skutek uszkodzenia opłucny. Dalej, resekowano tylko większe kawałki nerwu: psy w ciągu pierwszego tygodnia traciły na wadze, strata ta jednak, z biegiem czasu, pokrywała się w zupełności. W razie jednostronnej tylko resekiyi znajdowano rozszerzenie klatki piersiowej i nieznaczne wciągnięcie

brzucha, bardziej wydatne; po stronie urazu jeżeli resekowano po obu stronach, występował typus inversus oddechów. W jednym przypadku, gdzie przecięto górne tylko gałązki, nie znaleziono zmian żadnych, czynność bowiem przepony zależy głównie od gałązek dolnych. W innych doświadczeniach badania kimograficzne wykryły porażenie przepony po stronie operowanej; mięsień w tym terenie był obwisły i wpukłał się do jamy piersiowej. W przypadkach uszkodzenia jednostronnego zauważono dalej żebrowy charakter oddechu w połowie obrażonej przy jednoczesnym współdziałaniu; mięśni pomocniczych raz jeden, gdy nerw przecięto obustronnie, utrudnienie oddechu było dość wybitnem, lecz stan ten chorobowy trwał tylko trzy dni. Oględziny pośmiertne, o ile dostatecznym był okres czasu pomiędzy operacją a zabiciem zwierzęcia, wykazywały stale wydatny zanik przepony; ostatnia na przestrzeni porażonej była zwiotczała i przeświecająca; za każdym, wszelako, razem odcinek mięśnia, na $\frac{1}{4}$ — $\frac{3}{8}$ cała szeroki, w części żebrowej, był zupełnie prawidłowym i co do barwy i — wyglądu. Część ta musiała być zaopatrywaną przez nerwy międzyżebrowe.

Z dociekań swych autor wysnuwa wnioski następujące:

- 1) Przepona nie jest mięśniem, dla oddychania koniecznym.
- 2) Objawy, opisywane zwykle jako następstwo podrażnienia n. phrenici, muszą pochodzić z innych jakiegokolwiek bądź przyczyn.
- 3) Jakkolwiek gałązki nn. intercostalium zaopatrują przeponę niewątpliwie, czynność ich jest podrzędna i, po przecięciu n. phrenici, niepodobna podtrzymać należycie działalności przepony.

4) Przecięcie to, wywołując częściową zapaść płuca po stronie uszkodzonej i zanik połowy przepony, usposabia do zakażenia płuca i powstawania przepukliny przeponowej.

5) Przecięcie phrenici u człowieka nie musi być koniecznie urazem śmiertelnym.

K. Niedzielski.

II. Choroby kobiet i akuszerya.

255. I. Veit. **Białkomocz i ciąża. Przyczynek do fizjologii ciąży.** (Odczyt wypowiedziany w Tow. ginek. berlińskim 11 kwietnia 1902 r. Centralblatt für Gynäkologie, 1902. Nr. 21, str. 560).

Autor podaje za fakt, że podczas ciąży komórki lub też ich cząstki, pochodzące z jaja płodowego, przedostają się do krwiobiegu matki. Oprócz skutków anatomicznych tego zjawiska trzeba jeszcze wziąć pod uwagę procesy biologiczne, spowodowane przez krążenie we krwi elementów obcych. Stosując się do nauki o immunizacji i hemolizie, autor dokonał szeregu eksperymentów nad tymi przejawami biologicznymi. Pomiedzy innymi okazało się, że po wprowadzeniu popłodu do jamy brzusznej królików powstaje białkomocz. Ponieważ i inne ciała (sznurek pępkowy, mięśnie) powodują to samo zjawisko, to autor uważa białkomocz za sprawę toksyczną. Komórki

z obwodu jaja płodowego lub ich cząstki łączą się z łańcuchami bocznymi erytrocytów i to połączenie działa toksycznie. Próby, podjęte w celu uodpornienia królików przeciw białkomoczowi nie zawsze uwieńczone zostały skutkiem pomyślnym. Następnie autor podnosi ważną kwestyę, czy nerka ciężarna (Schwangerschaftsniere) powstaje analogicznie jak białkomocz na drodze eksperymentalnej. Wiadomo, że w eklampsyi znajdujemy syneytium w płucach tak samo jak w zaśniedziału, przy którym całe kosmki krążą we krwi, możemy znaleźć białkomocz. Przedwczesne odklejenie łożyska autor przypisuje inwazyi kosmków do żył; i w tym wypadku znajdujemy białkomocz.

Następne doświadczenia mogą rozstrzygnąć kwestyę, czy przypadki zwyczajnie nerki ciężarnej mają ten sam moment etyologiczny. D-r Wychgel znalazł w pigmentie ciężarnych żelazo, a również w moczu ciężarnych zwiększoną zawartość żelaza. Niewątpliwie pochodzi ono z hemoglobiny i tak samo, jak powstanie ciałek ochronnych można sobie wytłumaczyć przez wzmożone oddzielenie się łańcuchów bocznych, tak samo można sobie wytłumaczyć wzmożoną wydzielinę żelaza przez wzmożony rozpad hemoglobiny, a to w celu wytworzenia antytoksyny przeciw krążącym we krwi kosmkom.

Badanie surowicy wykazało, jako objaw przejściowy, obecność hemoglobinemii, zdarzającej się w ciąży wyjątkowo, lecz nieco częściej podczas porodu. I to wskazuje na formacyę antytoksyny, lepiej jeszcze cytotoksyny, przeciw krążącym (naszłym) kosmkom. Autor powołuje się również na wyniki badaczy dawniejszych, którzy wykryli we krwi ciężarnych leukocytozę, oraz badania Halbana, który widział różnicę pomiędzy surowicą matczyną a płodu.

Im więcej wykryjemy objawów w ciąży, stanowiących wyniki biologiczne po inwazyi komórek, tem pewniej przyjdziemy do wniosku, że nerka ciężarna ma ten sam moment etyologiczny, co i ekperymentalny białkomocz, t. j. inwazyja komórek peryferycznych jaja.

Pod względem terapeutycznym mamy przed sobą 2 drogi: wyznaleźć surowicę ochronną, którą można otrzymać sztucznie, wstrzyknąwszy popiód np. koniom, lub też stosować organoterapię, podając jeden z tych organów, które antytoksycznie działają na surowicę. Autor nie może jeszcze stanowczo orzec, która z tych 2 metod daje pewniejsze wyniki.

M. Warszawski.

256. L. Seeligmann. **Wyluszczenie pochwowe sub graviditate mięśniaka podśluzowego, wielkości główki noworodka, przez rozkawalenie guza (morcellement).** (Centralblatt für Gynäkologie 1902. Nr. 21, str. 547).

W lipcu r. 1901 zgłosiła się do autora 34-letnia pacjentka, która 3 razy rodziła i 2 razy ronita; drugi poród kleszczowy odbył się przed 4 laty. W czerwcu t. r. peryod nie przyszedł na czas, natomiast wystąpiło krwawienie nieprawidłowe, dość obfite. Autor znalazł macicę powiększoną, odpowiednio do 3—4 miesiąca ciąży, wywiady zaś przemawiały najwyżej za 4-tygodniową ciążą. Po 4 tygodniach

autor ponownie zbadał chorą, która podówczas leżała w łóżku, skarżąc się na dokuczliwe bóle. Z macicy lała się krew obficie, a ujście maciczne było rozwarłe na 2 palce. Palcem autor wyczuł rodzący się mięśniak podśluzowy. Wytamponowano szczelnie pochwę, w celu powstrzymania krwotoku, i chorą odesłano do kliniki. Wskutek znacznej utraty krwi, wstrzyknięto chorej rozczyn fizyologiczny soli kuchennej. Po 5 dniach przystąpiono do operacji. Przy dostatecznie rozwartem ujściu autor kawałkami wyjmował guz (mięśniak), wreszcie doszedł do szypuły szerokiej, znajdującej się na tylnej ścianie macicy. Nie mogąc po wyjęciu guza, wskutek trudności technicznych, obszyć szypuły szerokiej guza, autor wytamponował jamę macicy gazą jodoformową w celu powstrzymania krwotoku. Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Dopiero 6-go dnia wyjęto tampony, gdyż temperatura podskoczyła do 38°. Po 3 tygodniach wypisano chorą zupełnie uzdrowioną.

W październiku i listopadzie autor widział chorą ponownie, lecz peryod nie powrócił więcej. Dno macicy znajdowało się powyżej pępka. W grudniu autor się przekonał, że w macicy znajduje się płód żywy. 2 Marca 1902 r. chora szczęśliwie i bez pomocy urodziła dziecko donoszone.

Okazuje się, że już w lipcu r. z., kiedy autor widział chorą po raz pierwszy, płód 4-tygodniowy siedział w macicy i prawdopodobnie się usadowił w przednio-górnej ścianie macicy; tylna bowiem ściana zajęta była przez guz, który szybko rósł podczas ciąży. Pomimo bólów silnych, które po 4 tygodniach towarzyszyły porodowi guza; pomimo śmiertelnych krwotoków z worka płodowego (macicy) i pomimo operacji (morcellement) i 5-dniowej tamponacji jamy macicznej, ciąża 8-tygodniowa nie została przerwana. Dopiero po usunięciu guza jajo płodowe zyskało więcej miejsca dla swojego rozwoju, a w 37—38 tygodniu ciąży urodził się donoszony płód. Okres połogowy był normalny.

Przypadek ten poucza nas, że można bezkarnie operować guzy maciczne podczas ciąży: wyluszczać guzy podśluzowe przez cięcie brzuszne lub też usuwać guzy przymacicza.

M. Warszawski.

Przyp. referenta: 24 maja r. b. kol. Neugebauer przez cięcie brzuszne wyluszczył torbiele skórzakowe (dermoidy) obu jajników u 24-letniej pacjentki, będącej w 4 miesiącu ciąży. Na uwagę zasługuje fakt, że chora ta zaszła w ciążę i że ciąża pomimo operacji nie została przerwana.

257. Henkel. **Krwotoki poporodowe i ich leczenie.** (Centralbl. für Gynäk. 1902. Nr. 21, str. 560.

W krwotokach poporodowych, powstałych wskutek niedowładu (atonii) dolnego odcinka macicy, autor zaleca tamponadę. W tym celu należy wprowadzić pasek gazy (nie mocno tamponować) do dol-

nego odcinka macicy, unieść macicę z małej miednicy ku górze, mocno ją ku przodowi przechylić i mocno opasać brzuch, unioszszy jednocześnie miednicę ku górze. W ten sposób osiągniemy stały ucisk macicy z przodu ku tyłowi, a jednocześnie ze strony kości krzyżowej. U kobiet tęgich, z grubemi powłokami brzuszniemi, stosowanie tego rodzaju ucisku napotyka na przeszkody.

Aby uniknąć krwotoku następczego po porodzie bliźniętami, autor radzi powolne opróżnienie macicy. Po urodzeniu się pierwszego bliźniaka należy czekać pół godziny, jeżeli pęcherz płodowy drugiego bliźniaka jeszcze jest cały. Jeżeli płód drugi leży w położeniu czaszkowem, to należy pęcherz przerwać; jednocześnie rodząca dostaje ergotynę lub sporysz. Przy poprzecznem położeniu II-go płodu należy zrobić obrót i ściągnąć jedną tylko nóżkę i zaraz po tem wstrzyknąć chorej ergotynę. W obu przypadkach należy dążyć do tego, aby drugi płód samodzielnie się urodził. Po porodzie należy jeszcze raz wstrzyknąć ergotynę i jaknajdłużej czekać na poród łożyska.

W krwotokach atonicznych, które regularnie się powtarzają u niektórych rodzących bez widocznej przyczyny po każdym porodzie, należy podawać sporysz z chwilą, gdy się bóle dęte zaczną. I w tych razach należy baczną zwrócić uwagę na okres wydalenia popłodu.

W trakcie porodu przy zwężonej miednicy występują niekiedy atoniczne krwotoki, bądź wskutek zbyt szerokiego rozwarcia macicy, bądź też wskutek szybkiego jej opróżnienia. W tych razach wystarcza masaż macicy i gorące wstrzykiwania.

Długotrwała i głęboka narkoza powodują również krwotoki atoniczne. W tym celu należy wcześniej przerwać narkozę, gdyż bezbolesne (analgetyczne) działanie narkozy dłużej trwa, niż znieczulające (anestetyczne). Jeżeli ekspresja popłodu natrafia na przeszkody (rozmyślnie lub odruchowe napięcie powłok brzusznych), to należy wykonać sposób Credé'go zaraz w pierwszym momencie oszłomienia chloroformowego. W tym celu należy przyłożyć maskę, zlaną obficie chloroformem, do ust i nosa. Ten sposób ma jeszcze tę zaletę, że w razie obfitego krwotoku, można zaraz chorej podać płyny per os, nie obawiając się torsyi do wymiotów. Jeżeli wydalenie popłodu jest niemożliwe, wskutek zrostów, to głęboka narkoza jest rzeczą nieuniknioną.

Krwawienie z pękniętej szyi macicznej autor leczył w 6 przypadkach przez ucisk art. uterinae za pomocą kleszczyków Muzeux.

Technika nałożenia kleszczyków polega na tem, że ściąga się macicę ku dołowi i w bok i nakłada się kleszczyki na więz szeroki, o ile możności wysoko i pod prostym kątem do szyi macicznej, zanurzając koniec kleszczyków w jej muskulaturę.

Kleszczyki działają jak ligatura en masse, nie powodując nekrozy tkanek. Uszkodzeń pęcherza i moczowodów przy tem nie zauważono. Przetoki powstałe po ukłuciu sponte się goją. Kleszczyki zostawia się na 12—20 godzin. Zupełna kompresja moczowodów, której dotychczas nie obserwowano, nie może wywołać objawów groźnych przez tak krótki czas. Ten rękoczyn ma większe zalety, aniżeli tamponada, gdyż może być w mgnieniu oka dokonany i daje większą gwa-

rancę co do zachowania aseptyki. Otwarte traktowanie rany daje większą rękojmię przebiegu bezgorączkowego, gdyż wydzieliny maciczne mają odpływ wolny. Zawdzięczając kleszczykom, autor miał raz momentalny skutek pomyślny przy ciężkiej atonii macicznej. Ma się rozumieć, że przed nałożeniem kleszczyków należy sobie dobrze udostępnić pole operacyjne za pomocą wzierników szerokich.

M. Warszawski.

226. I. Fabricius. Przyczynek do rozpoznania i rozpoznania różniczkowego ciąży zamacicznej. (Zeitschrift für Heilkunde. Bd. XXII. N. F. Bd. II. Hft. 3).

W celu odróżnienia ciąży zamacicznej od innych stanów patologicznych, autor podaje następujące cechy różniczkowe.

1) Krwistek duży zamaciczny (Haematocele retrouterinum) przy badaniu może być przyjęty za:

a) macicę, 3 miesiące ciężarną, ku tyłowi pochyloną, uwięzioną. Za dyagnozą macicy ciężarnej ku tyłowi pochylonej przemawia powolne i stopniowe nasilenie objawów, równomierne wypełnienie kieszeni Douglasa'a, występujące skurcze macicy. Przy krwisteku zaś groźne objawy występują nagle, mamy szybkie powiększenie się guza w ciągu kilku dni, lekkie rozpalnienie części pochwowej i pochwy, wypadnięcie doczesnej, nierównomierne wypuklenie tylnego sklepienia i niejednakową zbitość jego zawartości. Świeży krwistek jest miękki, a starszy krwistek jest twardszy, niż macica ciężarna ku tyłowi zgięta. Oprócz tego przy krwistekach często mamy nieznaczne podskoki ciepłoty ciała. W przypadkach wątpliwych można wprowadzić zgłębnik z zachowaniem ostrożności; i ten krok nie jest pewnym, jak poneza nas przypadek, w którym zgłębnik przedziurawił macicę i wszedł do worka płodowego, znajdującego się w jajowodzie.

b) Za czasową amenorrhoeam, gdy istnieje haematometra.

c) Za torbiel, znajdującą się w jamie Douglasa'a; zwłaszcza, jeżeli nagle wystąpiły objawy przemawiające za skruceniem szypuły guza. Oprócz wywiadów, zachowania się miesiączki, uwzględnić należy fakt, że torbiel już przedtem istniała, że nie było żadnego krwawienia, że doczesna nie wychodziła. Należy również wziąć pod uwagę stan ogólny chorej i zachowanie się tętna—okoliczności bardzo pomocne w postawieniu rozpoznania.

d) Przeciwno mięśniakom tylnej ściany szyi, lub też szypułowatym mięśniakom rozwiniętym w kierunku jamy Douglasa'a przemawia fakt, że peryody nie ustają, lecz przeciwnie, bywają obfitsze; długotrwałość objawów już przedtem istniejących, brak groźnych objawów, temperatura normalna (wyjąwszy powikłania ze strony otrzewny: pelocoperitonitis i mięsaki przy istniejących już przerzutach).

e) Wreszcie, podobne (do krwisteków) objawy dają wysięki para i perymetryczne: wywiady, gorączka, etylogia (uraz, poród), uciążliwa defekacja, a zwłaszcza sposób rozszerzenia się wysięku ułatwiają rozpoznanie wysięku od krwisteków. We wszystkich tych przypad-

kach, im guz większy, tem rozpoznanie jest trudniejsze; naprzykład średniej wielkości krwisteki trudno odróżnić od wysięków starszej daty.

2) Liczne guzy przymacicza, lub też z boku macicy się znajdujące, mogą dać powód do błędów dyagnostycznych. Pęknięty jajowód ciężarny i pęknięta pyosalpinx dają jednakowe objawy zapaści; lecz przy pierwszej górują objawy ciężkiej niedokrwistości, a przy ostatniej objawy zakażenia. Koprostaza przy istniejącej anemii może dać powód do omyłki dyagnostycznej.

3) Dotychczas nigdzie nie uwzględniono okoliczności, że ciąża jajowodowa może być przeoczona, jeżeli jajowód ciężarny leży z przodu lub z tyłu macicy, symulując w ten sposób ciążę maciczną, dopiero nagły wylew krwawy do jamy brzusznej wyjaśnia kwestyę.

4) W pewnych okolicznościach ciąża maciczna może dać powód do omyłek dyagnostycznych; może to mieć miejsce:

a) jeżeli mięki trzon macicy przyjmujemy za worek płodowy zamaciczny, a szyję za całą macię.

b) Jeżeli rozpułchnienie podczas ciąży jest nadzwyczajne, i mamy jednocześnie przerost szyi macicznej. Ponieważ trzon macicy ciężarnej przechyla się na bok, łatwo popełnić błąd dyagnostyczny. Aby uniknąć omyłki, należy przekonać się o przebiegu więzów obłych (lig. rotunda), o wylocie więzów krzyżowo-macicznych z górnego brzegu szyi macicznej, o położeniu bocznem przymacicza względem ciała, przyjętego za macię, o zdolności do skurezów (przy wiotkiej macicy należy stosować prąd elektryczny), wreszcie należy podczas badania ściągnąć ku dołowi część pochwową.

5) Również trudnem może być rozpoznanie ciąży w anomaliach rozwoju macicy. Autor zwraca uwagę na ten fakt, że w przypadkach pęknięcia, lub poronienia jajowodu, lub też przy dalszym rozwoju zamacicznego guza, zawsze można wymacać guz, sięgający do dna miednicy i częściowo lub całkowicie wypełniający jamę miednicy.

6) Autor wspomina o przypadkach, w których ciąża zamaciczna istnieje jednocześnie z ciążą maciczną. Rozpoznanie w tych razach bywa prawie niemożliwem. Rozpatrując etyologię, autor zadaje sobie pytanie, czy użycie środków, zapobiegających ciąży, a zwłaszcza irygacyj kwasami, nie osłabia plemników w ten sposób, że jajeczka przez nich zapłodnione tracą swoją energię życiową i ruchową.

M. Warszawski.

259. F. Trendelenburg (z Lipska). O chirurgicznem leczeniu ropnicy połogowej. (Münch. Med. Wochenschrift Nr. 13—1902)

Na wstępie zastrzega się autor, iż ma na względzie tylko te przypadki, w których zakażenie ogólne rozwija się drogą żył, a nie naczyń chłonnych.

Zważywszy, iż każdy przypadek ropnicy zaczyna się od zmian miejscowych w najbliższem sąsiedztwie rany (od zatoru w żyłach), au-

torowi wydała się naturalną myśl zapobiegania dalszemu szerzeniu się sprawy chorobowej za pomocą mechanicznego odgraniczenia pierwotnych zatorów, resp. zamknięcia odprowadzających pni żylnych. Próby takiego postępowania w przypadkach niepołogowych znane już były dawniej, a mianowicie:

W r. 1865 Lee dwóm chorym z raną ręki, u których wystąpiła z towarzyszeniem dreszczów thrombosis v. cephalicae, z dobrym wynikiem podwiązał tę ostatnią powyżej zatoru.

W r. 1877 Kraussold, w przypadku objawów ropnicowych po amputacji uda, wyciął kawałek pnia żyły udowej powyżej zatoru, również ze skutkiem pomyślnym.

W praktyce największego rozgłosu nabrała metoda Zaufala, polegająca na wyskrobaniu zatoki poprzecznej i następnie podwiązaniu v. jugularis internaе, w przypadkach zatoru sinus transversi wskutek ropnego zapalenia ucha.

Obfity materiał nagromadzony w tej dziedzinie przez okulistów i chirurgów potwierdza najzupełniej pogląd, iż ropnicę tego pochodzenia zabieg powyższy przecina na stałe.

Freund i Bumm, opierając się na zgóry powziętem mniemaniu, iż w większości przypadków ropnicy połogowej tylko żyły górnego odcinka macicy podlegają zatorowi, wycinali v. spermaticam i przez sprawę chorobową objętą część lig. lati, pozostawiając niekniętą v. hypogastricam. Nic dziwnego, że w sposób ten nie otrzymywali wyników dobrych, gdyż, jak wykazały oględziny pośmiertne, v. spermatica podlega sprawie zatorowej.

Aczkolwiek warunki operacji w przypadkach tutaj nas obchodzących są bez porównania trudniejsze, niż w razie powstawania zakrzepów w zatoce poprzecznej, to jednak, według autora, dają się one pokonać, przyczem dla utorowania sobie drogi do zatkanych żył otwarcie jamy otrzewny nie jest niezbędem; wystarczy tu bowiem cięcie stosowane dla pozaotrzewnowego podwiązania zewnętrznej tętnicy biodrowej (A. iliaca ext.).

W przypadkach świeżych, doszedłszy do parametrium i stwierdziwszy obecność zatorów, należy podwiązać v. hypogastricam i v. spermaticam, a zatory usunąć; w przypadkach nieco zadawnionych, kiedy mamy do czynienia z daleko posuniętem nacieczeniem zapalnym nokoło zatkanych żył, wobec trudności dojścia do parametrium bez uszkodzenia otrzewny, należy zaniechać myśli usunięcia zakrzepów i ograniczyć się jedynie do podwiązania obu odprowadzających pni żylnych.

Nareszcie w przypadkach, w których nietylko v. hypogastrica, ale i v. iliaca commun., a nawet v. cava uległy zatkanii jeżeli w dalszym ciągu wzdłuż zatkanej spermaticae wytworzyły się ropnie, a naczynia chłonne wypełnione zostały cieczą ropną, obok obrzmienia gruczołów pozaotrzewnowych, oczywista, iż wtedy na operację za późno.

Że i w przewlekłej postaci ropnicy podwiązanie żył bywa skutecznem, przekonywa przytoczony w pracy autora przypadek własny, dotyczący 35-letniej kobiety, wieloródki, u której, po wyskrobaniu

macycy z powodu endometritis post abortum, wystąpiły dreszcze z podniesieniem ciepłoty. W 10 dni potem chora z rozpoznaniem pyosalpinx septica dostała się do kliniki, i tu autor skonstatował w prawem parametrium obecność ruchomego, wielkości jaja kurzego, guza.

W pierwszych dniach po dwakroć na dobę występowały dreszcze, trwają od 3 kwadransy do 3 godzin. 3-go dnia po przyjęciu do kliniki, otwarto per vaginam znajdujący się w prawem lig. latum ropień i założono sączek. Po jednodniowej przerwie zjawily się znów dreszcze i odtąd powtarzały się codziennie. Na powtórna operację pacjentka z początku zgodzić się nie chciała, lecz w końcu, wobec stale wzrastającego wycieńczenia, uległa, i w jakiś miesiąc od chwili wstąpienia do kliniki dokonano operacji podwiązania v. hypogastricae dextrae tuż przy ujściu jej do v. iliaca ext.

Jakieś 10 dni przeszły spokojnie, poczem znów wróciły z początku słabe, następnie coraz częstsze i dłużej trwające dreszcze. Tak upłynął miesiąc. Pacjentka, której waga ciała spadła wtedy do 30 kilogr., sama poprosiła o operację. Tym razem wycięto wypełniony zakrzepem, około 5 ent. długi kawełek v. spermaticae, i od tej chwili dreszcze już się nie powtórzyły. P. stopniowo zaczęła przychodzić do siebie i w pięć tygodni po ostatniej operacji w stanie bezgorączkowym opuściła szpital. Waga ciała wzrosła z 30 do 45,5 kgr.

A. Małkowski.

260. Dr. Ludwig Geiringer. **Przypadek ropnicy połogowej wyleczony maścią Credé'go.** (Wien. Med. Presse Nr. 8 - 1902)

W 4 dni po najprawidłowej przebytych porodzie 30-letnia pierwiastka dostaje dreszczy, przy $T^{0}39,8$; w pięć dni później z decyzji wezwanego lekarza, zostaje przewieziona do kliniki, wśród objawów najwyraźniej rozwiniętej sepsis puerperalis ($T^{0}39,3$, P. 140, facies Hippocratica, suche wargi, suchy popekany i obłożony język, brzuch wzdęty. W wejściu do pochwy naddarcie, długości ca 2 ent., obłożone szarozółtym wysiękiem, w samej pochwie również pokryte ropnym nalotem liczne owróżdzenia. Z ujścia szyi macicznej obficie wypływała cuchnąca ciecz.).

Zpoczątku zastosowano zwykłą terapię (przeplukiwania, zimne owijania, do wewnątrz excitantia). Kiedy w 7 dni po takim postępowaniu stan chorej jeszcze się pogorszył ($T^{0}40,0$, sennosc, bredzenie), autor postanowił spróbować Ung-ti Credé. Pierwszego dnia zużyto 3,0 grm. maści, drugiego 5,0 i następnych 4 dni po 3,0 ogółem 20,0 grm. Już po pierwszych 2-ch frykcyach, chora przespała noc spokojnie, poczem następnego rana ciepłota spadła do $36,8^{\circ}$, i odtąd P. robiła wrazenie stanowczo przychodzącej do zdrowia. Dreszcze już się nie powtarzały, rekonwalescentka odzyskiwała stopniowo apetyt i dobry sen, tak iż po 3 tygodniach, czując się zupełnie zdrową, opuściła klinikę.

Autor miał później niejednokrotnie sposobność stosowania wzmiankowanej maści i przyszedł do wniosku, że na powodzenie można liczyć tylko w tych przypadkach, w których mamy do czynienia przeważnie z zakażeniem ogólnem bez jednoczesnego wyraźnego zajęcia otrzewny.

A. Małkowski.

261. L. Kessler. **Mięśniak (Myoma) i serce.** (Zeitschrift für Geb. u. Gyn. Bd. 47. Hft. 1).

Autor wyluszczył przez cięcie brzuszne podśluzowy mięśniak kolosalny, 60 funtów wagi, z 54 letniej pacjentki. Mięśniak wyrósł z dna macicy i nie powodował żadnych krwotoków. Na 7 dzień rekonwalescencji pomyślniej chora usiadła w łóżku i nagle zmarła.

Autopsya potwierdziła rozpoznanie kliniczne „śmierć sercowa“, jakkolwiek żadnej zatyczki nigdzie w naczyniach nie znaleziono. Natomiast mikroskop wykrył fibromatyczne zwyrodnienie obu przedsionków i lewej komórki serca.

Autor przypisuje porażenie serca utrudnionej cyrkulacji krwi w guzie kolosalnym.

W przyszłości należy baczniejszą zwracać uwagę, czy przy istniejących mięśniakach macicy, nie powodujących krwawienia, nie wywiązała się choroba serca; w razie wykrycia choroby należałoby niezwłocznie każdy rozpoznany mięśniak wyluszczyć.

M. Warszawski.

262. K. Küster. **Dobór płci.** („Ueber Geschlechtsbeeinflussung“). (Klinisch therapeutische Wochenschrift. 1902. Nr. 1. Wien).

Autor sądzi, że prócz Schenk'a, nie znamy tajemnicy odpowiedni płci. Tylko starzy lekarze domowi mogliby robić niektóre obserwacje u małżeństw, które produkują bądź samych tylko chłopców, bądź tylko dziewczęta.

Autor podaje następującą obserwację: „chłopcy się rodzą wtedy, jeżeli kopulacja się odbywa w dłuższych przerwach i jeżeli zajście nastąpiło najmniej w 10—14 dni po ustaniu miesiączki. Jeżeli zaś spółkowanie odbywa się w mniejszych pauzach i zajście nastąpiło bezpośrednio po skończonej miesiączce, wtedy rodzą się same dziewczynki“.

Autor przypuszcza, że jajo i plemniki mają jedną tylko płeć i starają się swoją płeć nadal produkować. Im jajo jest starsze (licząc czas od peryodu do zapłodnienia) i więcej osłabione (u starych kobiet), tem prędzej zwycięży plemnik, produkując swoją płeć i odwrotnie. Jeżeli stosunki płciowe są częste, zwłaszcza zaraz po miesiączce, kiedy lubieżność kobiety jest wzmożona, wtedy jajo weźmie górę nad osłabionym wskutek zbyt częstych stosunków plemnikiem.

Na potwierdzenie swojej hipotezy autor przytacza małżeństwa polityczno-konwencyonalne u książąt, gdzie stosunki płciowe odbywają

się rzadziej, natomiast rodzą się chłopcy. Jeżeli zaś małżeństwo zawarte z miłości, to dziewczyna rodzi się po dziewczynie. Następnie, starsze pierwiastki będą rodziły chłopców, jeżeli mąż jest młodszy i silniejszy.

Z powyższych faktów, które znajdują także potwierdzenie u zwierząt, powinni również korzystać hodowcy bydła w celu określenia płci.

Autor sam mógłby odgadnąć płeć dziecka na mocy zwierzeń poufnych małżonków. Próba otrzymania potomka płci męskiej według powyższych przepisów udała się w zupełności.

M. Warszawski.

III. Choroby uszu.

263. D-r H. Burger. **Choroby uszu i ubezpieczenia na życie.**
(Klin. Vorträge, 1901. Red. prof. Hang, T. V. Roz. IV).

Autor w pracy swej przychodzi do następujących wniosków:

1) W interesie Towarzystw Ubezpieczeniowych leży zwracać baczniejszą, niż dotychczas, uwagę na stan uszu osób chcących się ubezpieczyć na życie.

2) W ostrych zapaleniach ucha zewnętrznego i środkowego przeczekać należy aż do końca choroby.

3) W niektórych ciężkich przypadkach Otit. extern. diffus. razi się także pozostawić kandydata czasowo w zawieszeniu.

4) Różne postaci Otit. med. chron. spl. s. catarrhalis nie stanowią żadnych przeszkód do ubezpieczenia.

5) Przypadki Otit. med. suppurativa chron. wykluczają bezwarunkowo ubezpieczenie:

a) Zapalenie, umiejscowione w zachyłku (atticus) lub w wyrostku sutkowym.

b) Gruźlica lub cholesteatoma.

c) Zajęcie kości.

d) Paraliż nerwu twarowego lub

e) jeśli zapalenie ropne ucha środkowego połączone jest z wrotami głowy, albo połowicznym bólem głowy, wreszcie, jeśli znajdujemy silne zwężenie przewodu zewnętrznego tamujące odpływ ropy.

6) Inne przypadki chron. zapal. ucha środkowego nie powinny być przeszkodą w przyjęciu do ubezpieczenia, lecz i tutaj decyzyja wydana być winna po dokładnem zbadaniu uszu przez specjalistę.

7) Zupełnie wygojone wycieki ropne kwalifikują się do ubezpieczenia. W przypadkach zaś, gdzie pozostały otwory w błonach bębenkowych, powinna być opłacana wyższa składka, to samo daje się powiedzieć o ropniach chronicznych, wyleczonych przez t. zw. „radykalną operację“ przy większych nawet brakach kości, spowodowanych przez ten zabieg chirurgiczny.

8) Dwustronna w wysokim stopniu głuchota i ciężkie przypadki zawrotów głowy pochodzenia usznego podlegać winny tym samym warunkom, co i ostatnie.

Alfred Heiman.

264. D-r Hasslauer. **Bakteryologia ostrych zapaleń ucha środkowego.** (Klin. Vorträge, 1901, T. V. Roz. III. Red. prof. Hang).

Zapalenie ucha środkowego najczęściej wywołuje dwuziarniniak Fraenkla (*diplococcus pneumoniae*) (w 36,6% przypadków, w których błona bębenkowa została przekłuta i w 50,4% przypadków samoistnego jej przedziurawienia). Na drugim miejscu stoi łańcuskowiec ropotwórczy (*streptococcus pyogenes*) (w 27,4% przypadków pierwszego rodzaju i w 25,9% drugiego). Mniej często zapalenie ucha środkowego sprawiają gronkowce (19,4% i 14,7%) i lasecznik sino-ropny (*bacillus pyocyaneus* (2,9% i 6%).

W zapaleniach ucha środkowego po szkarlatynie i odrze najczęściej występują streptokoki, zwykle współrzędnie z innymi pasorzycami, w zapaleniach po dyfteryie i influenzy swoiste laseczniki, wspólnie z paciorkowcami, dwóinkami i innymi.

W zapaleniach ucha środkowego pochodzenia mózgowego znaleziono *meningococcus intracellularis*.

W powikłaniach, mianowicie, w zapaleniach wyrostka sutkowego, najczęściej wykrywano streptokoki, prawdopodobnie dlatego, że są one bardziej żywotne i złośliwe, niż diplokoki, prowadzą bowiem do zgorzeli kości, wskutek czego w tego rodzaju przypadkach najczęściej wskazane są zabiegi operacyjne. Pasorzycy, o których mowa, dostają się do ucha środkowego albo przez trąbkę Eustachiusza, szczególnie przy chorobliwym stanie jamy nosogardzielowej, albo drogą naczyń krwionośnych i limfatycznych, albo też zzewnątrz, przy przedziurawionej błonie bębenkowej; nareszcie przedostają się z czaszki w zapaleniach mózgu.

Własne badania autora dowodzą, że w jamach bębenkowych uszu zdrowych znajdują się te same pasorzycy, co i w zapaleniach ucha środkowego, w największej zaś ilości diplokoki. Pasorzycy te przy zdrowym nabłonku samoistnie nie są w stanie wywołać zapalenia które występuje dopiero wtedy, gdy nabłonek traci odporność.

Alfred Heiman.

265. Vymola. **Przyczynek do leczenia ostrych zapaleń ucha.** (Prispevek ku therapii akutnich zanetu usnich). Casopis lékaru ceskych. Nr. 3, 4, 5. 1902 r.

Wyszczególniwszy wkrótce najczęściej używane dotąd środki i metody, zalecane przez różnych autorów w leczeniu ostrych zapaleń ucha i wskazawszy co robić, aby się ustrzedz powikłać ze strony komórek wyrostka sutkowego i, co za tem idzie, uniknąć możliwie potrzeby zastosowania trepanacyi, autor podaje wreszcie wy-

próbowany przez siebie na kilkudziesięciu chorych nowy środek leczenia ostrych zapaleń ucha. Jest to tak zwany plaster „Cataplasme Lelièvre“ (Cataplasma instantané à la Mousse d'Islande). Przygotowujemy plaster 12—15 cm. długości i 8 cm. szerokości, wycinamy z niego pasek niewielki dla włożenia do przewodu zewnętrznego ucha. Cały plaster wraz z naciętym paskiem zanurzamy we wrzącej wodzie, a skoro kataplazm napęcznieje do 3—5 mm., wyjmujemy go i przykładamy taki ciepły, wilgotny na ucho. Na wierzch kładziemy kawałek papieru kauczukowego, batyst Billroth'a, watę i przepaskę. Przy znaczniejszych bólach i większym odpływie ropy pozostawiamy to przez 24 godzin, a przy mniejszych bólach trzymamy 48 godzin. Autor stosował ten sposób leczenia u 63 chorych i przytacza przebieg choroby każdego poszczególnego przypadku. Z liczby 63 leczonych chorych było:

- 1) z otitis externa circumscripta—4.
- 2) z catarrhus cavi tympani acutus—39.
- 3) z otitis media suppurativa acuta—20.

Otóż autor zauważył: 1) iż po zastosowaniu takiego okładu cały proces zapalny i gojenie daleko prędzej przebiegały, niż to zwykle bywa przy praktykowanem dotąd leczeniu, 2) że okład taki wpływa nadzwyczaj na uśmierzanie bólów, nawet więcej, niż okłady Burów'a i w końcu, 3) że na 36 powikłań ze strony wyrostka sutkowego u 63 obserwowanych i leczonych chorych (zaczerwienienie okolicy wyrostka sutkowego, obrzęknięcie, bolesność przy dotykaniu i opukiwaniu) tylko w trzech przypadkach okazała się potrzeba zastosowania trepanacji.

Cataplasme Lelièvre autor stosował u niektórych chorych po 2—3 razy aż do dziesięciu u jednego i tego samego chorego.

Aleksy Nowakowski.

IV. Choroby skóry.

266. Dr Jessner. **Leczenie chorób skórnych środkami wewnętrznymi.** „Die innere Behandlung von Hautleiden“. (Dermatologische Vorträge für Praktiker. Heft 5.)

Podstawę do racjonalnej terapii może dać poznanie przyczyny choroby; lekarze też chętnie by się na tej podstawie opierali, gdyby ją zawsze mieli. Lecz, niestety, pomimo, że nauka lekarska współczesna skierowała badania swoje głównie ku poznaniu przyczyn chorób, nie wiele jeszcze mogła w tym kierunku zdziałać, acz postęp jest widoczny. Przewodzi tu dermatologia dzięki temu, że przedmiot jej badania, a więc skóra, daje łatwy do siebie dostęp badaczowi. Wiemy już teraz, że pewien szereg chorób skóry powstaje pod wpływem czynników chemicznych lub mechanicznych, inny znowu zawdzięcza swe istnienie obecności pasorzytów i t. p. pozostają atoli liczne jeszcze postaci, których przyczyny wcale nie znamy, a między niemi

właśnie te, które powstają bądź skutkiem zaburzeń w odżywianiu ogólnem, bądź też skutkiem cierpienia pojedynczych narządów wewnętrznych. Pomimo, że istota związku tego pozostaje nam nieznaną, w każdym przypadku choroby skórnej, w którym przyczyna zewnętrzna może być wykluczona z pewnością, należy jej szukać w stanie narządów wewnętrznych. Właściwie, nie tylko wtedy, gdyż nawet w cierpieniach skóry, powstających pod wpływem przyczyn zewnętrznych, skuteczne, a więc szkodliwe działanie tych przyczyn może się ujawnić na skórze dopiero wtedy, kiedy ona, dzięki warunkom wewnętrznym, stała się mniej odporna.

Względnie do tego, w jakim stosunku zależności stoi cierpienie skóry od ogólnego stanu ustroju, lub pojedynczych jego narządów wewnętrznych, leczenie wewnętrzne może być pośrednie, lub też bezpośrednie.

Leczenie pośrednie chorób skórnych. Pośredniem leczeniem chorób skórnych będzie to, które zastosujemy jako bezpośrednie leczenie chorób wewnętrznych, obejmie więc ono całą właściwie terapię wewnętrzną, ponieważ wszystkie niemal cierpienia wewnętrzne mogą znaleźć odbicie w zmianach patologicznych skóry. Aby leczenie takie zastosować, należałoby—biorąc rzecz teoretycznie—mieć pewność, że pewna zmiana na skórze lub w skórze zależy od pewnego nienormalnego stanu wewnętrznego; w praktyce natomiast wystarczy, jeżeli będziemy mieli tylko podejrzenie co do takiej zależności. Oto przykład: chora dotknięta trądzikiem (acne vulg.) cierpi na blednicę. Choć zależność wzajemna tych cierpień może być tu wątpliwą, należy leczyć trądzik środkami miejscowymi, ale jednocześnie starać się również o usunięcie blednicy, i t. p.

Do najulubieńszych leków wewnętrznych, używanych przez chorych w cierpieniach skórnych, nawet bez polecenia lekarza, należą środki przeczyszczające. Zwyczaj ten, należy przyznać, ma niekiedy podstawę zupełnie racjonalną, wiemy bowiem, że przykrywka, rumień (*erythema*), swędzenie skóry, czyraki powstają często skutkiem istnienia spraw fermentacyjnych w przewodzie pokarmowym. W takich razach mamy zwykle do czynienia z cierpieniem skóry o przebiegu ostrym, a, usuwając szkodliwe pierwiastki z żołądka i kiszek, przerywamy szkodliwe ich działanie na skórę. Posługiwać się w tych razach możemy olejkim rycynowym, wodą gorzką, wreszcie kalomelem, który, o ile się zdaje, wywiera na kanał pokarmowy niepoślednie działanie antyseptyczne. Inaczej należy zapatrywać się na leczenie środkami czyszczącymi przez czas dłuższy. Można by je stosować właściwie tylko w przypadkach, w których mielibyśmy ku temu wskazanie niewątpliwe, a przypadków takich jest bardzo mało. Jeżeli przeto mamy do czynienia z chorym nad miarę odżywiającym się, mało czynnym tłściochem, można zalecić mu użycie wody gorzkiej na przeciąg 4 - 6 tygodni, w innych natomiast razach lepiej się od takiego leczenia wstrzymać. O ile jednak długotrwałe stosowanie leków przeczyszczających rzadko znajduje usprawiedliwienie, o tyle zawsze jest wskazaną dbałość o prawidłowe opróżnianie kiszek u osób dotkniętych przewlekłym zaparciem stolca. Na pierwszym miejscu

należy w tych razach postawić uregulowanie odpowiednie diety. A więc polecić choremu nie pokarm łatwo strawny, bogaty w białko, lecz przeciwnie—dać mu potrawy takie, które są w stanie pobudzić uśpioną czynność przewodu pokarmowego, a więc jarzyny, owoce, chleb razowy. Nie trzeba wszakże wpadać w jednostronność, zachęcając do spożywania pokarmów wyłącznie roślinnych, gdyż jednostronność taka nie wywrze bynajmniej skutku pożądanego. Do odpowiednio dobranych pokarmów należy dodać również odpowiedni napój, a takim w tych razach będzie: maślanka, serwatka, kefir. Dobrze bywa niekiedy powstrzymać się od wskazówek szczegółowych, gdyż chory może lepiej wiedzieć, które pokarmy i napoje pociągają za sobą u niego zaparcie, a które mają skutek przeciwny. Obok zachowania diety powinien chory wyrobić w sobie przyzwyczajenie, aby codziennie o jednej porze mógł mieć wypróżnienie. Potrzeba do tego nieco cierpliwości i wytrwałości, a w początkach nawet pomocy ubocznej w postaci wlewań wody (ciepłoty pokojowej) do kiszki stolcowej, lawatywek lub czopków glicerynowych, łagodnych środków przeczyszczających (rheum, pulv. liquor. composit, cascara sagrada etc.). Obok tego mogą znaleźć zastosowanie, również z pożądanym wynikiem: masaże, gimnastyka, zabiegi wodolecznicze.

Leczenie bezpośrednie. Leczenie wewnętrzne bezpośrednie chorób skórnych może polegać na zachowaniu pewnych przepisów diety, lub też na użyciu pewnych leków.

I. Dieta. Podług pojęć ogólnie rozpowszechnionych rodzaj żywienia odgrywa wielką rolę w chorobach skóry, większą nawet, niż przypisują lekarze. O roli tej atoli wiemy właściwie bardzo mało, znane nam są bowiem tylko wyjątki, polegające mianowicie na tem że u pewnych osób po zjedzeniu posiomek, raków, kawioru i t. p. występuje pokrzywka lub rumień. Jest to wszakże tylko objaw t. zw. idiosynkrazji, istniejącej również względem niektórych leków. Gdzie idiosynkrazia taka istnieje, tam środek profilaktyczny sam przez się zrozumiały: należy, aby chory unikał takich pokarmów, gdyż do usunięcia szkodliwego ich wpływu sposobu nie mamy. W ogólności zaś grają rolę nie tyle pojedyncze pokarmy, ile ich ilość i wzajemny, również ilościowy, ku sobie stosunek. Nie można też twierdzić, że białko np. lub tłuszcze są w stanie wywołać w pewnym przypadku cierpienie skórne, gdyż one nigdy nie mogą szkodzić, o ile są dostarczane ustrojowi w należytej ilości, potrzebnej do dobrego odżywiania. Gdzie jest nadmiar lub brak, albo gdzie odżywianie odbywa się jednostronnie skutkiem dostarczania pewnego żywienia zbyt dużo, drugiego natomiast zbyt mało, tam, obok innych zaburzeń, mogą wystąpić cierpienia skóry. Zadanie przeto lekarza polega na określaniu ogólnej ilości żywienia i wzajemnego stosunku różnych jego rodzajów. Z nadmiernem odżywianiem się spotykamy się u osób zamożnych, które przy życiu bezczynnem, mało ruchliwem, nie tylko spożywają więcej, niż tego wymaga potrzeba, ale nadto nie pogardzają zwykle alkoholem. U pewnego szeregu osób rozwija się wtedy nadmierna otyłość, przy której skóra staje się skłonną do odparzeń (*intertrigo*) i spraw chorobowych przewlekłych, połączonych z łuszczeniem się

naskórka. U innego szeregu osób, pomimo nad wyraz nadmierne odżywianie, otyłość nie rozwija się, bądź to skutkiem braku do niej usposobienia, bądź też dlatego, że znaczna część pokarmów nie uległa strawieniu. W ostatnim razie fermentacja niernormalna w przewodzie pokarmowym może się odbić na skórze w postaci rozmaitych jej cierpień. Wskazówki terapeutyczne w przypadkach tych są wyraźne: trzeba usunąć przedewszystkiem przyczynę. Nie łatwo jednak daje się to zrobić w większości przypadków, gdyż chorzy należą zwykle do ludzi, których dobrobyt nie zachęca do ograniczania się. Można wreszcie dodać, że nadmierne odżywianie się, jako przyczynę cierpień skórnych (głównie *urticaria papulosa*), spotykamy również u małych dzieci.

Złe lub niedostateczne odżywianie, acz rzadziej, może być również przyczyną chorób skórnych (*lichen scrophulosorum, purpura*) lub ich złośliwości. Gdy przyczynę taką dostrzeżemy, musimy się starać przedewszystkiem o usunięcie jej.

Należy się wzmianka osobna niektórym napojom. Przypadki chorób skórnych, w których wypada zalecać użycie *napojów wysokokowych*, nie istnieją, natomiast nakazać wstrzymanie się od nich należy we wszystkich cierpieniach połączonych lub spowodowanych napływem krwi, zastojem żylnym, wzmożoną czynnością lub stanem zapalnym gruczołów skórnych, przy zaburzeniach w czuciu skórny, w cierpieniach połączonych z łuszczeniem się naskórka (*acne vulg. acne rosacea, paresthesiae cutaneae, seborrhoea, folliculitides, intertrigo, pruritus etc.*). We wszystkich tych przypadkach lekarz powinien nakazać choremu, aby się absolutnie wstrzymał od spirytualii, jeżeli bowiem zaleci tylko wstrzemięźliwość, pozwoli na użycie umiarkowane, skutku nie osiągnie, a to dla dwu powodów: napoje wysokokowe, jeżeli wywierają szkodliwy wpływ na skórę, wywierają przy użyciu ich nawet w małych ilościach, chory zaś przy ocenie wstrzemięźliwości będzie przykładał zawsze swoją miarkę. *Herbata*, a zwłaszcza *kawa* działają szkodliwie w cierpieniach połączonych ze swędzeniem skóry lub łuszczeniem się naskórka (*pruritus generalis, ani, genitalium, seborrhoea*). Wyskok, kawa, herbata mogą nadto wywierać wpływ ujemny na skórę pośrednio w cierpieniach żołądka, kiszek, serca, nerek i nerwów.

Gra pewną niepoślednią rolę temperatura pokarmów i napojów, wszędzie też, gdzie mamy do czynienia ze wzmożoną czynnością skóry wydzielniczą, lub też napływem krwi, lub zapaleniem, należy zalecić unikanie zbyt gorącego pożywienia.

II. Leki. Jeżeli uprzytomnimy sobie fakt, że po użyciu wielu leków, nawet w dawkach nieznacznych, zachodzą zmiany na skórze, łatwo wyrodi się w nas przypuszczenie, iż możnaby skorzystać z tej wrażliwości skóry dla osiągnięcia celu wprost przeciwnego, t. j. dla leczenia chorób skórnych środkami wewnętrznymi. Tak się też dzieje.

Najszersze w tym kierunku zastosowanie znalazł *arszenik*. O ile jednak działanie jego w wielu cierpieniach jest pewne, o tyle droga i sposób, jakimi wpływa, nieznane. Działanie to nadto jest

ograniczone, i nie można stosować arseniku we wszystkich chorobach skórnych, jak się to daje widzieć. Do chorób, w których arsenik okazuje pomoc istotną, należą: *lichen ruber planus*, *lichen ruber acuminatus*, *pityriasis rubra pilaris*. Choroby te spotykamy względnie rzadko, dlatego też w praktyce posługujemy się arsenikiem głównie w łuszczycy (*psoriasis vulg.*), cierpieniu względnie bardzo rozpowszechnionem. Są przypadki łuszczycy, w których arsenik zawodzi zupełnie, w innych działa bardzo wolno, wymaga równoległego leczenia środkami zewnętrznymi, od nawrotów nie chroni. Następnie, daje się stosować arsenik z wielkim pożytkiem w licznych przypadkach wyprysku (*eczema*): w stanie ostrym nie pomaga wcale, natomiast w wypryskach powracających często w jednym i tem samym miejscu, w postaciach przewlekłych, w formach guziczkowych (*eczema papulosum*) działa skutecznie; również z wielkim pożytkiem może być stosowany u dzieci w wypryskach zwykle bardzo uporeczywych z lokalizacją głównie na twarzy. W postaciach wyprysku, połączonego z łuszczeniem się, arsenik zawodzi; również nie pomaga w cierpieniach, powstających na tle zmian w krążeniu krwi lub zaburzeniach w czynności gruczołów skórnych (*seborrhoea*, *aene vulgaris*, *variiformis*, *rosacea*). W tych przypadkach może arsenik działać pośrednio, o ile pomienione cierpienia stoją w związku z neurastenią, blednicą, niedokrwistością i o ile arsenikiem uda nam się wpłynąć na poprawę stanu ogólnego. To samo można powiedzieć o pokrzywce i swędzeniu skóry (*urticaria*, *pruritus simplex*): arsenik nie wpływa na złagodzenie swędzenia, dzielną nam pomoc jednak okaże wszędzie tam, gdzie jako przyczyna, skutek lub współczesne zjawisko wystąpi neurastenia. Przy energicznym wreszcie zastosowaniu można z powodzeniem posługiwać się arsenikiem przy wielkiej ilości t. zw. kurzaków, (zwykle szpecących ręce: *verrucositas*), oraz w złośliwej, a na szczęście, rzadkiej *mycosis fungoides*.

Co się tyczy sposobu użycia, to najczęściej stosują się pigułki (*pilulae asiaticae*), rzadziej *solutio Fowleri*. Należy pamiętać, aby chory zażywał pigułki po jedzeniu, rozczyn zaś Fowlera w znacznym rozcieńczeniu wodą. Pomimo małej zawartości arseniku wody *Roncegno i Levico* w wielu razach działają bardzo skutecznie: [dla dzieci $\frac{1}{2}$ -3 łyżeczki, dla dorosłych 1-4 łyżki stołowe w ciągu dnia, z wodą, po jedzeniu]. Najenergiczniej działają zastrzykiwania podskórne. Posługujemy się w tym celu 1% rozczynek *Natri arsenicosi*, lub *Solutione Fowleri* pół-na-pół z wodą przekropioną. Zastrzykujemy 0,1-1,0 ccm. dziennie. W ostatnich czasach powróciła terapia do starego preparatu, zawierającego arsenik, mianowicie *Natr. Kalkodylicum* i stosuje pod postacią zastrzykiwań podskórnych (z rozczynek 4:10 0,1-1,0 dziennie). Dawki arseniku, stosowanego wewnętrznie lub podskórnie, należy stałe, acz powoli powiększać.

Często nie mamy skutków oczekiwanych wprost dla tego, że za krótko stosujemy arsenik, który należy do środków działających powoli. Należy mieć to zawsze na pamięci i nie zniechęcać się, a skutku oczekiwać dopiero po 5-6 tygodniach, nieraz później, rzadko zaś wcześniej. Jeżeli nam bardzo zależy na pośpiechu, musimy ucie-

kać się do zastrzyków podskórnych. Przy końcu nie należy przerywać leczenia odrazu, tylko stopniowo zmniejszać dawkę dzienną.

Niekiedy zmuszeni bywamy do przerwania kuracji ze względu na uboczne działanie arseniku, głównie na przewod pokarmowy. Występują zwykle: utrata łaknienia, zaburzenia w trawieniu, biegunka. Zdarza się to najczęściej nie skutkiem tego, że ktoś wogóle arseniku nie znosi, tylko z powodu zbyt dużej dawki, zbyt pośpiesznego powiększania dawek. Należy w takich razach dawkę zmniejszyć i następnie zwiększać, ale już w dłuższych odstępach czasu, jednocześnie zalecić pewną dietę. Znacznie rzadziej spotykamy wpływ ujemny arseniku na skórę, która nabiera zabarwienia ciemnego (*arsenomelanosis*) nieraz na znacznych nawet przestrzeniach.

Siarka, użyta nie tylko zewnętrznie ale i wewnętrznie, działa skutecznie w następujących cierpieniach skóry: *seborrhoea*, *eczema seborrhoicum*, *acne varioliformis*, *acne rosacea*, zwłaszcza w przypadkach uporczywych tych chorób. Dajemy zwykle *sulf. praecipitat.* $\frac{1}{2}$ — 1 łyżeczkę na raz, 1 — 3 razy dziennie; im większą skłonność okazuje chory do zaparcia stolca, tem większą dawkę zalecamy.

Obok siarki postawić należy *ichtyol*, który działa nie tylko na skórę, ale nadto podnosi ogólne odżywianie; należy tylko używać go co najmniej w ciągu 2—3 miesięcy. W tych razach łaknienie poprawia się, siły przybywają, a razem waga ciała; wzmożona czynność skóry wydzielenia tłuszczu słabnie, trądzik znika, rozszerzone naczynia krwionośne skóry kurczą się. Dajemy ichtyol w kapsułkach żelatynowych lub w pigułkach 0,6—1,5 pro die. Kto znosi zapach ichtyolu, a chce mieć lekarstwo tańsze, temu dajemy w kroplach: 3 razy dziennie po 5—10 kropel w szklance wody, lekkiej kawie lub piwie. Niekiedy (w blednicy, neurastenii) korzystnie bywa połączyć użycie ichtyolu z arsenikiem, żelazem. Oprócz przykrego odbijania się nie spotykamy zwykle żadnych oznak ubocznego, a niekorzystnego wpływu ichtyolu na czynność trawienia.

Kwas salicylowy. Pominąwszy cierpienia ogólne oraz przewodu pokarmowego i pęcherza moczowego, którym mogą towarzyszyć, jako ich następstwa, zmiany w skórze i w których preparaty salicylowe mogą być zastosowane z pożytkiem, mamy wskazanie bezpośrednie do ich użycia w pokrywe, rumieniu i swędzeniu skóry (*urticaria*, *erythema exsudativum multiforme*, *pruritus simplex*). Również w łuszczycy (*psoriasis vulgaris*) bywa salicyl niekiedy pomocnym. Z przetworów jego posługujemy się najchętniej *salicylanem sodu* i *satolem*, w ostatnich czasach jeszcze *aspiryną*. Aczkolwiek działanie salicylu w wymienionych cierpieniach nie zawsze bywa skuteczne, nie należy o nim zapominać, zwłaszcza w przypadkach świeżych, o przebiegu ostrym.

Ponieważ *belladonna* zmniejsza wydzielenie się potu, możemy posługiwać się nią we wszystkich tych przypadkach, w których przyczyną wywołującą lub też podtrzymującą cierpienie skóry bywa wzmożona czynność gruczołów wydzielających pot. Dajemy wtedy choremu *atropinę* i, korzystając z czasu, póki ona działa, staramy się leczyć skórę odpowiednimi do przypadku lekami. Do chorób, w których

środek ten może znaleźć zastosowanie, należą: *intertrigo*, *eczema marginatum*, *pityriasis versicolor*, często *urticaria*.

W przypadkach pokrzywki zauważono nieraz u dzieci, że po *antypirynie* (0,1—0,5 ter pro die) zachowują się one spokojnie, śpią lepiej, mniej wogóle cierpią. Działa w tych razach antypiryna uspokajająco, bynajmniej zaś nie leczy choroby samej.

W cierpieniach połączonych z silnem swędzeniem skóry, zwłaszcza w *pruritus simplex*, *pruritus senilis*, nieocenione usługi oddaje często *kwask karbolowy*; dajemy zwykle w pigułkach: *acidi carbolici* 1,5—3,0 na 30 pigulek, 3 razy dziennie po jednej pigułce po jedzeniu. Tam, gdzie swędzenie skóry stoi w związku z utrudnionem wydzieleniem moczu (np. w chorobach gruczołu krokowego), z dobrym skutkiem stosujemy *urotropinę* i *salol*.

W przypadkach licznych, uporeczywych czyraków (*furunculosis*) w ostatnich czasach stosują z powodzeniem *drożdże piwne*; chory zażywa trzy razy dziennie pd łyżeczce świeżych drożdży w wodzie lub piwie.

Pominąwszy syfilis, przetwory *jodu* w terapii chorób skórnych małe mają zastosowanie. W ostatnich czasach zalecają jod w dużych dawkach w łuszczycy. Istotnie, w przypadkach, w których ani leki zewnętrzne, ani arsenik nie działają, udaje się niekiedy osiągnąć wyleczenie przez użycie jodu. Również bywa pomocnym jod w pokrzywce, zwłaszcza występującej współcześnie z przewlekłym katarem oskrzeli lub astmą.

Tam, gdzie cierpienia skóry wracają w pewnych okresach, gdzie podejrzewamy związek ich z malaryą, specyficznym i jedynym środkiem skutecznym będzie *chinina*; wielce bywa ona skuteczną również w *herpes zoster*. W ostatnich czasach zalecają, niekiedy z powodzeniem, chininę w wilku różycowym (*lupus erythematodes*). Wobec uporeczywości samej choroby i braku leków pewnych dla jej usunięcia należy pamiętać zawsze o chininie i stosować ją przez czas dłuższy po 0,5—1,5 pro die. Lekarze angielscy zalecają w wilku różycowym *fosfor* i bardzo go chwala (1/2—1 mg, 2—3 razy dziennie, po jedzeniu).

Do leków, którymi dermatologia posługuje się rzadziej, należą: *pilokarpina* w przypadkach, w których chcemy wywołać obfitsze pocenie się (lepsze są zabiegi wodolecznicze); *strychnina* (podskórnie) w *pemphigus vulgaris*; *tuberkulina* celem rozpoznania (nie leczenia) wykwitów gruźliczych w przypadkach wątpliwych; *thiosinaminum* w wilku pospolitym (*lupus vulgaris*).

Organoterapia nie dała jeszcze w chorobach skórnych takich wyników, aby dziś już można było coś pewnego o nich powiedzieć.

Fr. G—yć.

IV. Wiadomości terapeutyczne.

267. (ul) **Acid. boricum.**

Le Clerc opisał przypadek zapalenia błony śluzowej jamy ustnej w następstwie płukań gardła 3,75% kwasem bornym. Po wyżyciu w ciągu 15 godzin 2-ch litrów roztworu powyższego u chorego wystąpiły szare plamy na błonie śluzowej policzków, zaśliny podniebiennej i zewnętrznej powierzchni dziąseł dolnych. Błony w okolicy paszezy podobne były do przymiotowych. Pozostałe miejsce jamy ustnej były silnie zaczerwienione. Pod wpływem odpowiednich zabiegów wraz z zaprzestaniem płukań kwasem bornym błona śluzowa jamy ustnej wróciła prędko do normy. Literatura podaje przypadki zapalenia prostnicy w następstwie przemywań tejże wodą borną.

(La Sem. Méd., 1902, Nr. 6).

268. (ul) **Chinina.**

W roku zeszłym dr Marx (z Lubeki) zalecał użycie chininy w roztworze, jako środka hemostatycznego i odkażającego („La Sem. Méd.“ 1901 str. 376). Obecnie dr Reid z Bristolu z powodzeniem używa zawiesiny z 4,0 chininy na 240,0 tranu rybiego do opatrunków różnego rodzaju ran i owrzodzeń, w tej liczbie oparzeń wyższego stopnia, trzeciorzędnych owrzodzeń przymiotowych oraz przy leczeniu intertrigo i eczema. Opatrunek ten, jak twierdzi autor, działa nie tylko jako środek odkażający i sprzyjający gojeniu, lecz również supokaja ból i swędzenie.

(La Sem. Méd., Nr. 8. 1902).

269. (hul) **Herpes tonsurans.**

Środki przeciwparazytne, w szczególności zaś nalewka jodowa,

stosowane bez poprzedniej epilacji, rzadko usuwają wyprysk porostyjący uwłosionej części głowy z powodu głębokiego umiejscowienia grzybka i słabego przeto działania nań antyseptyków. Ażeby temu zaradzić, Jackson poleca stosowanie jodu w tłuszczu gęsim (4,0 jodu na 30,0 tłuszczu), którą to maść radzi wcierać 2 razy dziennie dopóty, dopóki nie wystąpi podrażnienie skóry; wtedy stosuje ją raz na dzień. W razie zbyt silnego podrażnienia należy maść jodową zastąpić przez pewien czas wcieraniem 3% olejku salicylowego. Po 1—3 tygodniowym leczeniu włosy chore wypadają, a na wytworzonych w ten sposób placach łysych wyrastają wkrótce potem włosy normalne. Maść omawiana oddaje bezspornie te same usługi w figówce pasorzytnej (sycosis parasitaria).

(La Sem. Méd., 1902, Nr. 8).

270. (hul) **Leukoplakia buccofingualis.**

Bockhart w 5-ciu przypadkach tego cierpienia stosował na chore miejsca balsam peruwiański codziennie lub też co drugi dzień obok częstych płukań ust 0,5—3% roztworem chlorku sodu. Po upływie czasu od 3-ch miesięcy do 2-ch lat następowało kompletne wyleczenie, nie tylko bowiem nie widziano nawrotu, lecz nawet zniekształcenie języka zniknęło zupełnie. U 2-ch chorych nie występował nawrot pomimo to, że w kilka miesięcy po wyleczeniu zaczęli znowu palić tytoń, czego zaniechali poprzednio podczas leczenia.

(La Sem. Méd., 1902, Nr. 9).

270. (hul) **Ungt sulfuratum.**

Burmeister opisał przypadek ciężkiego *otrucia* w świerzbie *po zastosowaniu siarczanoalkalicznej maści*. Choremu, jak zwykle w świerzbie, zalecone było dokonanie w ciągu 36 godzin 3-ch wcierań maści, składającej się z 10 części węgla potasu i 40 części siarki osadzonej na 50 części tłuszczu wieprzowego. W godzinę po 3-ciem wtarcu chory nagle zaniemógł i stracił przytomność; tętno stało się małym i częstym, oddech niemiernym i urywkowym, źrenice rozszerzyły się i zaczął oddawać pod siebie stolec. Pod wpływem

odpowiednich zabiegów chory odzyskał przytomność, lecz uskarżał się jeszcze przez cały dzień na ból głowy i 2 razy wymiotował. Badanie organów nie wykazało nic nienormalnego. Badanie krwi za pomocą przyrządu widmowego wykazało obecność oksyhemoglobiny, co pozwalało odrzucić przypuszczenie zakażenia potażem. Wobec tego trzeba było zgodzić się, że siarek potasu, po wytworzeniu się z maści wcieranej, przedostał się do wewnątrz ustroju i, po przejściu tam w siarkowodór, wywołał otrucie.

(La Sem. Méd., 1902, Nr. 5).

V. BIBLIOGRAFIA.

—s— Kol. Józef Polak wydał broszurę p. n.: **Pensjonat higieniczny Płudy—Góry**. Potrzeba sanatorium takiego nie ulega najmniejszej dyskusji, a miejscowość sama odpowiada wszelkim warunkom. Zakład ma być przeznaczony dla chorych nerwowych i wewnętrznych, głównie z chorobami żołądka i przemiany materii. Zakład ma mieć kierownika i 2 lekarzy miejscowych. Nowemu projektowi, sumiennie pod względem higienicznym opracowanemu przez kol. Polaka, przyklasnąć należy.

—z— Wyszła praca D-ra P. Unny: **Terapia ogólna chorób skóry** w tłumaczeniu kol. Józefa Grabowskiego i Henryka Żukowskiego.

—s— Jako odbitka ze Zdrowia, wyszła praca kol. L. Bregmana „**Leczenie pijaków i walka z alkoholizmem**”. Praca ta wygłoszona w formie odczytów w Tow. higienicznym w swoim czasie wywołała zainteresowanie.

—z— Kol. A. Zaleski nadesłał nam broszurę: **Sprawa pomocy lekarskiej na tle obecnej organizacyi gub. Płockiej**. Do sprawy tej wrócimy w najbliższym czasie.

VI. Korespondeneya z Siedlec.

Siedlec w czerwcu.

Szpital Śtej Maryi w Siedlcach, urządzony na 40 łózek, mieści się w 3-ch gmachach; jeden frontowy, od południa, stoi w pewnym

oddaleniu od ulicy i mieści w sobie na dole kancelaryę lekarza, poczekalnię dla przychodzących chorych, kuchnię, aptkę, szpitalnię i ma przejście do sąsiednich łazienek, stanowiących także własność szpitala; na górze są 4, dość obszerne, sale dla wewnętrznych i zaraźliwych chorych, z jednej strony męzkie, z drugiej żeńskie.

Drugi pawilon parterowy dla wenerycznych chorych położony w głębi podwórza. Oba te gmachy mają bardzo oryginalny wygląd, we frontowym rzuca się w oczy to, że na piętrze, od ulicy, niema ani jednego okna, tylko wgłębione framugi z małymi półksiężycowymi lufcikami na wysokości $1\frac{1}{2}$ wzrostu od podłogi, weneryczny zaś pawilon wygląda jak więzienie, gdyż wszystkie okna są okratowane.

Na koniec, przed kilku laty, wybudowany został trzeci piętrowy pawilon chirurgiczny, również na podwórzu. Pawilon ten, ze światłem wschodniem mieści w sobie salę operacyjną, nie aseptyczną, 3 sale dla chorych i jeden oddzielny pokój, obecnie obrócony na salę opatrunkową, wszystko to na górze; dół zaś przeznaczony na mieszkanie dla dwóch zakonnic zgromadzenia Ś-tej Elżbiety; oprócz mieszkania są tu jeszcze 2 oddzielne pokoiki, dla chwilowo przyjmowanych, chorych umysłowo.

Urządzenie wewnętrzne w starych pawilonach dość skromne; łóżka przeważnie drewniane z siennikami, poduszki wierzchnie pierzane, spodnie wypchane sianem. W chirurgicznym oddziale urządzenie o wiele lepsze, łóżka żelazne bardzo przyzwoite z drucianymi siatkami.

Jak widać z tego pobieżnego szkicu, wiele pozostawiało do życzenia dotychczasowy wygląd i urządzenie szpitala naszego; otóż w obecnej chwili prowadzone są roboty, usuwające główne braki.

Mianowicie we frontowym gmachu wybite zostały po 2 okna w każdej sali i cały budynek odnawia się gruntownie. Pawilon weneryczny także został odnowiony, rażące wszakże kraty pozostały, ze względu na prostytutki, które, jakoby, potrafią uciekać z oddziału.

Najdonioślejsze i najkapitałniejsze roboty mają być uskutecznione w pawilonie chirurgicznym, gdyż, oprócz wewnętrznego odnowienia, kosztorys obejmuje przebudowę sali operacyjnej, podług obecnych wymagań; mianowicie podłoga ma być wzmocniona żelaznymi belkami, żeby dała się ułożyć terrakota, ściany i sufit pomalowane będą olejno, kąty zaokrąglone, piec gładki ze ściętym ukośnie wierzchem i ilość światła bocznego powiększona przez rozszerzenie okna. Jak widać, sala będzie, jak na stosunki prowincjonalne, zupełnie zadawalniająca, wzięwszy pod uwagę, że jest już wyposażona w dostateczną ilość instrumentów, sterylizator i stół operacyjny d-ra Schtelzner'a oryginalny.

Przeróbki powyższe mają być uskutecznione kosztem 3363 rb. :4 kop.; suma to niezbyt wielka i, prawdopodobnie, byłaby nie wystarczającą w zwykłych warunkach, gdyby roboty prowadził przedsiębiorca, lecz tym razem Rada opiekuńcza wysadziła komitet, z udziałem lekarza szpitalnego, pod przewodnictwem jednego z obywateli miasta, członka Rady, który, prowadząc roboty sposobem gospodar-

czym, ma wszelką nadzieję, że wywiąże się z zadania ku ogólnemu zadowoleniu.

Na zakończenie dodać tu muszę, że w zeszłym roku na terytorium szpitala została wywiercona studnia artezyjska, głęboka 138 stóp, kosztem 1100 rb.; studnia ta daje 300 wiader dobrej wody na godzinę i zasila głównie łaźienki, jedyne w mieście, a, nawiasem mówiąc, wiele pozostawiające do życzenia.

Szpital nasz do obecnej chwili obsługiwany był przez jednego lekarza, w tym roku zaś władze uwzględniły prośby kilku po sobie idących ordynatorów i utworzyły etatowe miejsce drugiego lekarza bez pensyi.

Zima i wiosna przeszła nam nad układaniem statutu Towarzystwa Lekarskiego dla miasta i gubernii, którego dotąd nie mieliśmy; obecnie projekt został ostatecznie zrehabilitowany, podpisany i podany do władzy wraz z odpowiednią prośbą o zatwierdzenie.

W początku roku bieżącego ustąpił ze stanowiska, po wysłużeniu emerytury, długoletni Inspektor Lekarski Dr med. Ignacy Małuszcki, do obecnej chwili nie mamy jeszcze następcy, o ile słychać, ma przejść do nas obecny Inspektor Łomżyński Dr med. Stabrowski.

J. S.

KRONIKA BIEŻĄCA.



Dnia 15 Lipca 1902 r.

—z— Dopiero w początkach t. m. otrzymaliśmy zawiadomienie, iż XII Zjazd chirurgów polskich rozpoczął się dnia 14 lipca r. b. w klinice chirurgicznej w Krakowie.

Stosując się do uchwały zjazdu przeszłorocznego, wybrano jako tematy do ogólnej dyskusyi:

1. „O operacyjnem leczeniu chłoniaków (lymphoma) na szyi“. Referent: kol. Trzebiecky.

2. „Chirurgia dróg żółciowych“. Referent: kol. Kader, koref.: kol. Pruszyński.

Pierwszego dnia Zjazdu odbyło się od 8—9 godz. zwiedzanie kliniki chirurgicznej, drugiego dnia w tymże czasie oddziału chirurgicznego w szpitalu Śgo Łazarza.

Posiedzenia odbywają się od 9—12^{1/2} godz. przed południem i od 2—4 po południu.

Kto z uczestników przeszłorocznego Zjazdu nie otrzymał „Pamiętnika“, odbierze go na tym Zjeździe.

—z— X Zjazd lekarzy i przyrodników polskich odbędzie się we Lwowie w 1904 r. Przewodniczącym będzie prof. Machek.

—z— Kol. Sokołowski i prof. Baranowski projektują utworzenie w Warszawie Towarzystwa dla walki z gruźlicą. Ustawa została przesłana Władzom.

—z— Postanowiono kosztem 37000 rb. wystawić nowe ambulatoryum przy szpitalu Ś-go Ducha.

—z— Według Lasourcea, z 13 milionów porodów wypadła poród bliźniętami 1:88, trójczkami 1:7910, czworaczkami 1:371126. W literaturze zanotowano 17 porodów 5 płodami, 4—6 i po 1—8 i 9-ma. (J. d. Med).

—z— Nadesłano nam regulamin oraz program XIV Zjazdu międzynarodowego w Madrycie.

—z— Według Badestok'a, w Chemnitz w ciągu 9 lat najwyższą odsetkę chorych na raka dali pracownicy fabryk żelaznych, podczas gdy np. tkacze nie ulegali tej chorobie. Fakt ten powtarza się w ciągu całego szeregu lat.

—z— Tow. lek. w Charkowie ogłosiło konkurs na pracę „Anatomia patologiczna wyrostka robaczkowego“. Termin 1 lutego 1903 r., nagroda rb. 200.

—z— W Wiedniu odbyła się konferencya w sprawie walki z gruźlicą, uchwalono utworzyć związek (Hilfsverein für Lungenkranke). Nowe towarzystwo rozpocznie działalność w jesieni.

—z— W Wiedniu utworzono 3-cią katedrę chirurgii i powołano na nią prof. Hochenegg'a.

—z— Według Medical Record, doświadczenia w Veterinary College dowiodły możliwości zarażenia zwierząt lasecznikiem gruźliczym, pochodzącym od ludzi.

—z— Znany farmakolog Binz ukończył 71 lat w d. 1 Lipca. Pisma niemieckie poświęcają mu oddzielne numery.

—z— Dyrektorem instytutu medycyny doświadczalnej w Petersburgu na miejsce mianowanego wiceministrem oświaty prof. Łukjanowa został prof. M. Winogradzkij.

Ogłoszenie.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do wiadomości, że nagroda pieniężna z legatu ś. p D-ra Romualda Płaskowskiego przyznana zostanie przez Towarzystwo w roku 1904 za pracę z dziedziny psychiatrii, bądź ogłoszoną drukiem w języku polskim, w terminie od dnia 1 Kwietnia 1902 roku do dnia 31 Marca 1904 roku, bądź też w rękopisie Towarzystwu Lekarskiemu przedstawioną. W braku prac odznaczających się w specjalnej treści psychiatrycznej, mogą być nagrodzone ważniejsze prace z dziedziny anatomii patologicznej, skoro te przyczyniać się będą do rozjaśnienia powstawania chorób umysłowych. Termin ostateczny do złożenia rozpraw oznacza się na dzień 31 Marca 1904 roku. Za najlepszą pracę wyznacza się nagroda rb. 343 kop. 63. Nagroda ta ewentualnie może być rozdzieloną, stosownie do uznania Komitetu konkursowego.

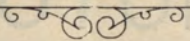
Wszystkie prace nadsyłane być mają pod adresem „Sekretarza stałego Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie“ (ulica Niecała Nr. 7) z zachowaniem

co do prac w rękopisach zwykłych form konkursowych, t. j. nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podane w oddzielnych kopertach zapieczętowanych i opatrzonych stosownymi dewizami.

Rozprawa uwieńczona z pomiędzy prac w rękopisach przedstawionych należy do Towarzystwa Lekarskiego i dopiero po wydrukowaniu jej w Pamiętniku Towarzystwa zwraca się na własność autora.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały

Dr. Hoyer.



Od Administracji.

Upraszamy sz. prenumeratorów o szybkie uregulowanie przedpłaty za ubiegłe półrocze oraz o odnowienie prenumeraty na półrocze bieżące. Prenumeratę nadsyłać należy pod adresem administracji (Marszałkowska 99).

Redaktorzy: Dr. Med. Otton Hewelke i Dr. Józef Zawadzki.

Wydawcy: Dr. Med. Otton Hewelke, Dr. Konstanty Sierpiński i Dr. Józef Zawadzki.

„Oxygenium“

Woda nasycona tlenem i kwasem węglowym napój higieniczny
poleca

Warszawskie Towarzystwo Akcyjne

„MOTOR“

(APTEKARZY WARSZAWSKICH)

Marszałkowska 23, telefon № 491.

Dr. W. Sadowski

ordynuje jak dawniej u wód w Reichenhall
(Bawaryja). Villa Schönheim.

ŻEGIESTÓW

ZAKŁAD

ZDROJOWO-KĄPIELOWY

w Galicji nad Popradem.

Poczta, telegraf, kolej na miejscu.

Kąpiele gazowo-wodne, błotne, hydropatyczne i rzeczne. Pora kąpielowa od 20 maja do końca września. — Dwie restauracje, Pensjonat z całym utrzymaniem zależnie od pokoju od K. 8 dziennie. — Lekarz ordynujący Dr. TYMOTEUSZ PIOTROWSKI, asystent klin. akuszeryi, były sekundaryusz szpitala św. Łazarza

WODA ŻEGIESTOWSKA, najsilniejsza szczawa żelazista znajduje się we wszystkich składach wód mineral. — Prospekta i wyjaśnienia przesyła na żądanie odwrotną pocztą.

Zarząd Zakładu zdrojowo-kąpielowego w Żegiestowie.

Dr. Czesław Otto

BUSKO

praktykuje jak dawniej Willa Wesola.