

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

I. Medycyna wewnętrzna.

441. A. PROEBSTING. **Tachycardia.**
(*Deutsch. Archiv. für Klin. Medicin.* Tom XXXI).

Pod nazwą „*Tachycardia*“ autor pojmuje niezwykłą częstość uderzeń serca, kurczącego się niekiedy 250 razy na minutę, która to częstość jest pochodzenia czysto nerwowego i zależy albo od niezupełnego porażenia (*paresis*) włókien sercowych nerwu błędnego, albo od podrażnienia części szyjowo-piersiowej n. sympatycznego lub też wreszcie od podrażnienia zwojów nerwowych, umieszczonych w samym sercu (np. skutkiem niedostatecznego dopływu krwi).

Wiadomo, że serce pozostaje pod wpływem nerwów błędnych, n. sympatycznego i zwojów nerwowych samego serca. Nerwy te wpływają na zmianę rytmu i ilości skurczów. Podrażnienie n. błędnych wywołuje zwolnienie ruchów serca; przyspieszenie działalności serca zależy albo od podrażnienia nerwu sympatycznego albo od porażenia n. błędnych *Tachycardia* więc jestto nerwica serca, zależąca po największej części od porażenia niezupełnego n. błędnego, zaś daleko rzadziej od podrażnienia n. sympatycznego.

Autor podaje 3 własne obserwacje, z których streszczamy dla przykładu jedną:

45-letni mężczyzna, dotychczas zawsze zdrowy, dostał napadu gwałtownego bicia serca i bólu w okolicy tegoż. Przy troskliwém zbadaniu płuc i serca, nie wykryto nic nieprawidłowego; tętno bardzo małe, nieregularne, 220 uderzeń na minutę liczące. Zalecono choremu wzięwania

z 1% naparu naparstnicy. Po kilku dniach napad ustął. Przypadek ten autor zalicza do tachycardii, zależnej od parezy nerwu błędnego. Za naturą nerwową tego przypadku przemawia brak jakichkolwiek zmian w organach oddychania lub krążenia. Cierpienie nerwu sympatycznego można było wykluczyć, albowiem przede wszystkim znaczne przyspieszenie tętna, zdaniem BEZOLDA, zależy tylko od nerwu błędnego; podrażnienie zaś sympatycznego nigdy nie wywołuje zbyt silnego przyspieszenia działalności serca. Zresztą nie było żadnych innych zaburzeń, któreby wskazały na cierpienie nerwu sympatycznego.

Autor następnie przytacza w streszczeniu wszystkie dotychczas znane w literaturze przypadki *tachycardiae*. Podobne przypadki podali TRAUBE, PAYNE COTTON, PREISENDÖRFER, TUCZEK, NUNNELY, RIEGEL, MAIXNER, FRÄNKEL, HAYEM i inni. W ogóle dotychczas opisano 19 przypadków *tachycardiae*, występującej albo napadami albo habitualnej. Z tych 19 przypadków, w 14 pareza nerwu błędnego stanowiła przyczynę cierpienia; zaś podrażnienie n. sympatycznego tylko w 5 przypadkach. Co się tyczy *etiologii*, autor przyjmuje, że ogólne osłabienie, niedokrewność, nerwowość, stanowią przyczynę powstającej napadami tachycardii. Bardzo ważnemi pod względem etiologicznym są przypadki tej choroby, opisane przez PREISENDÖRFERA, PAYNE COTTONA i ROSENBACHA, przyczynami której były niestrawność (*dyspepsia*) i błędy dyjetetyczne. Druga obserwacja autora i jedna BOWLESA, pokazują, że połóg (*puerperium*) uspasabia do tachycardii. Z objawów napadami występującej *tachycardiae*,

niezwykle przyspieszenie tętna stanowi objaw najwybitniejszy. Tętno wynosi 220—250 uderzeń na minutę, a w niektórych razach jest ono tak częste, że się zliczyć nie daje. Chorzy oprócz tego doznają uczucia niepokoju w okolicy dolka sercowego (*Praecordialangst*), ścisnienia w pierśsiach, bólu w okolicy serca i krótkiego oddechu. *Przebieg* choroby jest rozmaity: napad trwać może od kilku minut do kilku dni, poczem zwykle nagle się kończy. Napady bezpośrednio niezagrożają życiu chorego; jednak chorzy są wystawieni na częste powroty, témbardziej jeżeli cierpienia przyczynowe (osłabienie, cierpienia żołądka lub zaburzenia w sferze płciowej) pozostają bez zmiany.

Przy *leczeniu* należy uwzględnić *przyczynę* nerwicy. Chorych wyniszczonych i osłabionych należy poddać leczeniu wzmacniającemu. Cierpienia żołądka powinny być usunięte: chorzy wystrzegać się powinni błędów w dyjecie. Próbowano stosować leczenie elektrycznością, które wszelako pozostało bez skutku. Z leków, mających na celu zwalczanie przyspieszonej działalności serca, najskuteczniejszym jest *naparstnica*.

Opierając się na obserwacji RÖHRIGA, że tachycardia u chorego występowała, gdy żółtaczką, na którą chory cierpiał, ustępowała i odwrotnie, autor sądzi, że sole żółciowe, jako działające na ruchy serca (zwalniając je), powinny być stosowane. Najstosowniejszym preparatem jest *Natrium choloinicum*. *H. Goldblum*.

442. Pr. ALF. PŘIBRAM z Pragi. **Ujemne strony leczenia naparstnicą.** *Prager Medicinische Wochenschrift* Nr. 30. 1882).

Nieraz zdarza się, że w przypadkach, gdzie naparstnica była najzupełniej wskazana, następuje nawet przy zwyczajnych dawkach (0,5 grm.) bardzo prędko drugi okres zatrucia i zamiast przedłużenia rozkurczu, zmniejszenia częstości tętna i wzmocnienia tętniczego ciśnienia, występują zjawiska wprost przeciwnie.

W razach, gdzie wskazanie jest mniej wyraźnem, autor poleca rozpoczynać przez pierwsze dwa albo trzy dni, od małych dawek (0,2). Trzeba mianowicie mieć na uwadze powolne wydzielanie się naparstnicy z organizmu i kumulacyjne jej działanie. Wpływ naparstnicy występuje już i w takich dawkach, a łatwiej wtedy, w razie ujemnego rezultatu, ustrzedz się od niepożądanych następstw.

Jeszcze niedawno radził LEYDEN duże dawki (2—3 grm.) tam, gdzie zwykle ilości nie działają. Autor jest innego zdania. W pewnym przypadku niedomykalności zastawki dwudzielnej i zwężenia lewego ujścia żylnego przy dostatecznej kompensacie śmierć nastąpiła po przypadkowym przyjęciu kilku gramów nastoju naparstnicy. Największe niebezpieczeństwo zagraża przy wadach upośledzających małe krążenie. Chociaż rozwijająca się tu względna niedomykalność zastawki trójdzielnej zostaje wyrównana pod wpływem naparstnicy, przyłącza się jednak nowe niebezpieczeństwo, na które niedawno zwrócił uwagę FRANK. Mianowicie, krew, która przy niedomykalności wracała się do przedsionka i żył głównych, po wyrównaniu, z większą siłą i w zwiększonej ilości wlewa się do tętnicy płucnej i tak już mocno przepelnioną. Stan taki łatwo doprowadza do krwawego zawału albo obrzęku płuc. Śmierć następuje zwykle po chwilowym polepszeniu. Autor przytacza opis podobnych przypadków.

Sposób, zapobiegający takim niebezpiecznym powikłaniom, musi polegać na ułatwieniu krążenia żylnego. Temu warunkowi odpowiada obfity upust krwi, musi on być jednak odrzuconym przez wzgląd na stratę, o jaką przyprawia organizm.

Autor widzi możliwość zastąpienia go przez czasowe wstrzymanie krwi żylną w jakiegokolwiek części ciała, jak by w zbiorniku, nie pozbawiając jej organizmu.

Za taką miejscowość mogą służyć bardzo zdolne do rozszerzania się żyły brzuszne. Jak znaczny wpływ wywierają one na rozdział krwi, widać ze spadku tętniczego ciśnienia po otwarciu jamy brzusznej.

Jeżeli tedy przekłuciem szybko opróżnić jamę brzuszną (puchlina wodna towarzyszy stale danym warunkom krążenia), musi nastąpić coś podobnego. Irzeczywiście, skoro ciśnienie w jamie brzusznej spadło, żyły napełniają się większą ilością krwi, która tym sposobem powstrzymana nie może przepelniać prawego serca. Bardzo szybko następuje znaczne zmniejszenie częstości oddechu i duszności, czego nie można przypisać li tylko opuszczeniu przepony, ale i ułatwieniu małego krążenia. Jeżeli równocześnie będziemy podtrzymywać kurczliwość serca, niebezpieczeństwo śmiertelnego przekrwienia zmniejszy się, a możemy zyskać na czasie, żeby wywołać odpowiednią wyrównywającą działalność. Przytoczony opis trzech przypadków potwierdza zdanie autora. *O. Hewelke.*

443. J. BURNEY YEO. **O przeciwnie leczeniu suchot płucnych.** On the antiseptic treatment of pulmonary consumption. (*British Med. Journal* Nr. 1122, 1882 r.).

Z uwagi, że zaraźliwość suchot płucnych ostatnimi czasy, dzięki głównie pouczającym doświadczeniom KOCHA, w sposób stanowczy [?] stwierdzoną została, autor sądzi, że suchoty powinny być leczone środkami *przeciwnie* (*antiseptica*). Leczenie przeciwnie wszakże nie może wykluczyć innej, nie mniej ważnej metody, jaką jest t. zw. *przeciwzapalna*. Zdaniem autora, lekarza szpitala Victoria Park w Londynie, przy suchotach mamy z początku do czynienia ze swoistym jadem zakaźnym, wywołanym obecnością ustrojów drobnowidzowych, wtórnie zaś z zapalnym procesem, który zawsze wikła gruźleń. Leczenie więc ma przed sobą dwa cele: zniszczyć te

swoiste czynniki i działać przeciwko wtórnemu zapaleniu. Na zasadzie długoletniego doświadczenia autor jest zdania, że to skombinowane leczenie jest najbardziej racjonalne i najlepsze oddaje w rzeczywistości usługi.

Autor robi wzięwania z rozmaitych środków przeciwnie, głównie z kreozotu, kw. karbolowego, olejku terpentynowego, eukalyptolu, tymolu, roztworu smoły w oczyszczonym spirytusie i t. d. Wybór środka zależy od smaku chorego; wszelako autor przekłada kreozot, następnie kwas karbolowy i eukalyptol. Terpentynę dodaje jako *adstringens*, jeżeli jest znaczna wydzielina lub skłonność do krwotoków płucnych. Środki powyższe miesza z równymi częściami *spiritus chloroformii*, co ułatwia parowanie tych środków. Często nieznaczna ilość kreozotu zmieszanego ze spirytusem chloroformowym uspakaja kaszel i pozwala choremu przespać noc spokojnie. Wzięwania należy robić bardzo niewielkie (5 kropeł) i dawkę powiększać coraz bardziej. JACCOUD w Paryżu daje chorym kreozot do wewnątrz i bardzo zachwala to leczenie. JACCOUD zaczyna od 3 kropeł dziennie, po 10 dniach dawkę podnosi o jedną kroplę i dochodzi do 5, najwyżej do 6 kropli kreozotu na dobę. Kreozot przepisuje w glicerynie.

Autor posługuje się wzięwaniami przeciwnie już od 10 lat i otrzymuje bardzo zadawalniające wyniki. Na dowód tego przytacza kilka historyj chorób, z których się okazuje, że czasami przy daleko nawet posuniętych zmianach w płucach, wzięwania te prędko sprowadzają znakomitą ulgę i w wielu przypadkach powstrzymały dalszy postęp choroby. Zachęcając lekarzy do tego rodzaju leczenia, ostrzega zarazem, by nie wpaść w drugą krańcowość, gdyż leczenie to w wielu bardzo razach np. przy znacznych już zmianach w miększu płuc, nie przynosi żadnej ulgi.

H. Goldblum.

444. H. GIBBES. **Łatwy sposób wykrycia lasecznika gruźlkowego w celach rozpoznawczych.** An easy method of detecting bacillus tuberculosis for diagnostic purposes. (*The Lancet* Nr. 5. T. 2. 1882 r.).

Ponieważ przy użyciu metody, podanej przez KOCHA i EHRLICHA, wykrycie lasecznika gruźlkowego z trudnością się udaje, przeto autor podaje swój własny sposób, który ma być bardzo łatwy i pewny.

Przygotowuje się: 1) roztwór z 2 gramów kryształów magenty, 3 gramów czystej aniliny, 20 sześć. centim. spirytusu, ciężaru gatunk. 830 i tyleż wody przekroplonej, 2) nasycony roztwór chryzoidyny w przekroplonej wodzie, do którego dodaje się kryształek tymolu, 3) roztwór kwasu azotnego z 1 części kwasu i 2 wody przekroplonej.

Nieco płwociny kładzie się na szkiełko nakrywkowe, płwocinę należy osuszyć i trzy razy szybko przeprowadzić po nad lampką BUNSENA. Następnie szkiełko to umieszcza się na 15—20 minut w kilku kropkach roztworu magenty, poczem należy je przemyć przygotowanym kwasem, dopóki ciemne zabarwienie nie zniknie. Umieszcza się dalej szkiełko na kilka minut w kilku kropkach roztworu chryzoidyny, dopóki nie przyjmie brunatnego zabarwienia; zbytek zabarwienia zmywa się wodą przekroploną; następnie przenosi się do absolutnego wysokoju również na kilka minut; po wyschnięciu szkiełka na powietrzu, dodaje się doń kroplę balsamu kanadyjskiego i ogląda. GIBBES zapewnia, że jeżeli płwocina zawierała laseczniki gruźlkowe, można je z pewnością w ten sposób wykryć. Autor oprócz tego dodaje, że laseczników gruźlkowych nigdy nie znalazł w przypadkach przewlekłego zapalenia oskrzeli, rozedmy lub innych chronicznych cierpień płuc natury nie—gruźliczej.

H. Goldblum.

445. L. ELLINGER. **O jątrzniku i zawłocce.** Ueber Fontanelle und Haarseil. (*Virchow's Archiv.* Tom 89. Z. 1).

Autor kwestyję tę podnosi z pewnym zakłopotaniem; powiada, że obecnie trzeba mieć dużo odwagi, by mówić o tém przedawnionem i prawie zapomnianem postępowaniu. Od czasu zapanowania anatomii patologicznej, leczenie to zaczęto coraz rzadziej stosować i w końcu zarzucono je prawie w zupełności, gdyż nie umiano sobie wytłómaczyć sposobu działania jątrznika i zawłoki. Pomimo to jednak autor, po 30-letniej działalności lekarskiej, widzi się zmuszonym wypowiedzieć kilka słów na korzyść tego, bardzo niesłusznie zarzuconego postępowania lekarskiego. ELLINGER w ciągu swjej praktyki zebrał 300—400 przypadków zastosowania zawłoki i przekonał się, że leczenie to w bardzo wielu przypadkach przyniosło niczém zaprzeczyć się nie dające korzyści.

Na dowód tego przytacza kilka historyj chorób, które nie są pozbawione interesu: 1) 29-letni mężczyzna cierpiał na niedomykalność ze zwężeniem zastawki dwudzielnej i na odpowiedni przerost serca. Chory nie mógł wchodzić pod górę i w ogóle nie mógł się zajmować żadną pracą fizyczną.

Po założeniu *setaceum* w okolicy serca chory napowrót mógł się zająć pracą. Przez 1½ roku czuł się zupełnie dobrze i dla tego zawłokę usunął. Wkrótce jednak potém nastąpiła wodna puchlina i chory umarł. Dwie następne obserwacje podobne są do streszczonych.

Interesującą jest 4-ta obserwacja: Do autora zgłosił się przed laty chory, cierpiący od pewnego czasu na kurzą ślepotę (*hemeralopia*). Z anamnezy widać, że matka chorego zaniewidziała w 40-tym roku życia i ślepa była lat 40; oprócz tego bracia i siostry chorego (5 osób) również w podeszłym wieku oślepli; u wszystkich zaś zwiastunem zbliżającej się ślepoty było występowanie kurzkiej ślepoty. Chory więc był pewny, że i jego ten sam los

czeka. E. założył choremu zawłokę w r. 1856. Przez 13 następnych lat pacjent miał wzrok dobry; kurza ślepotą znikła. Następnie autor nie widział chorego przez 10 lat. W r. 1879 pacjent powtórnie przedstawił się autorowi, a to ze ślepotą prawego oka i ze znacznym osłabieniem wzroku w lewym oku. Pacjent zaniedbał był zawłokę w zupełności. Autor odnowił zawłokę i dziś po 3 latach chory na lewe oko widzi bardzo dobrze.

Piąta obserwacja przedstawia wiele podobieństwa do czwartej. ELLINGER nie umie wytłómaczyć sposobu działania zawłoki; niemniej jednak wierzy w jej skuteczność przy niektórych przewlekłych cierpieniach (mózgu, płuc, serca i przyrzędu wzroku).

W końcu autor powiada, że warto w odpowiednich przypadkach zastosować to postępowanie, a wtedy „niejedno życie ludzkie będzie ocalonem.“ *H. Goldblum.*

446. M. LITTEN. **O zwężeniach tętnicy płucnej, o ich następstwach i możliwości rozpoznania za życia, oraz przyczynę do nauki o niejednoczesnym skurczu komórek sercowych.** (*Berl. Klin. Woch.* 1882. Nr. 28 — 29).

Nabyte zwężenia ujścia tętnicy płucnej podobnie jak i choroby prawego serca w ogóle rzadko spostrzegać się dają. Jednakże zdarzają się one już to jako następstwo zrośnięcia zastawek, tworząc rodzaj przepony z otworem środkowym, już to jako narosty zwężające światło lub też jako zgrubienie zastawek na których włóknik krwi się zbiera i do zwężenia światła się przyczynia. Wszystkie te zmiany patologiczne mają swe siedlisko na wysokości zastawek półksiężycowych i powstają w skutek zapalenia wsierdzia. Zwężenie tętnicy płucnej w dalszym przebiegu zależy nie tyle od ucisku, jaki na nią wywierają powiększone gruczoły oskrzelowe, guzy w śródpiersiu lub inne nowotwory, ile od tętniaków i tworzących się w nich skrzepów. Bardzo rzadko przyczyną zwężenia tętnicy płucnej bywają zatory, po-

chodzące od nowotworów rakowatych, lub też zaniezione w skutek oderwania się kawałka skrzepu żylnego. Całkowite wypełnienie pnia tętnicy płucnej rzadko się zdarza i wywołuje natychmiastową śmierć przez omdlenie (*Syncope*). Autor znalazł u 39-letniego mężczyzny, cierpiącego na niedomykalność zastawek, pień tętnicy płucnej wypełniony bąblowcami, ściśle obok siebie leżącymi, zajmującymi całą przestrzeń tętnicy, zaczawszy na 3 ctm. od zastawki aż do drobnych rozgałęzień. Podobne zjawisko spostrzegali DAVAINÉ, WUNDERLICH i COHNHEIM u człowieka, ANDRAL u morskich świnek.

Najczęściej spostrzegać się dają zwężenia w tych częściach tętnicy płucnej, które się w mięszu płuc rozgałęziają. Zależą one: 1) od ucisku większych gałęzi w skutek przewlekłych śródmiąższowych spraw w płucach, prowadzących do marskości (*cirrhosis pulmonum*); 2) od skrzepów w skutek sprawy miażdżycowej (która zdaniem autora, może mieć miejsce i w tętnicy płucnej, pomimo przeciwnego zdania innych autorów); i 3) nakoniec od zatorów. Co się tyczy tych ostatnich, to zator zatrzymać się może w samym pniu tętnicy lub też w jej rozgałęzieniach, co zależy od wielkości i formy zatoru. Najważniejszą przyczyną zatorów są skrzepy w żyłach obwodowych, zwłaszcza kończyn dolnych i miednicy.

W niektórych przypadkach sekcyjna wykazuje zator tętnicy płucnej który natychmiastową śmierć spowodził, lecz przyczyny pojawienia się jego stwierdzić nie możemy. Spostrzegać się najczęściej daje w czasie połogu lub podczas przebiegu ostrego jakiegoś cierpienia. Rakowate zatory zauważono nieraz przy raku macicy lub wątroby.

Zatory tętnicy płucnej już dawno przez różnych autorów opisywane były. Tak WHITLEY podaje, że w jednym przypadku zator zajął cały pień tętnicy płucnej do rozgałęzień 2 rzędu. W przypadku opisywanym przez BALL'A, zator powstał

ze skrzepu żyły nieparzystej. Rozpoznanie zatoru w niektórych okolicznościach, zdaniem autora, jest możliwem za życia.

W niniejszej pracy L. opisuje 4 przypadki zatoru tętnicy płucnej, które tu w krótkości przytoczymy. Pierwszy dotyczy 31-letniej kobiety, która 17 dni temu poroniła. Oprócz niewielkiego stłumienia i oddechu oskrzelowego w lewem płucu, jakoteż szmeru przy wierzchołku serca, nic szczególnego zauważyć nie było można. Dopiero po kilku dniach około mostka z prawej strony w 1 międzyżebżu powstał szmer skurczowy; szmer ten rozszerzał się aż do jamy podobojczykowej. Ze względu na nagłość pojawienia się i obecność sprawy połogowej rozpoznano zator tętnicy płucnej, co też sekcja w samej rzeczy stwierdziła. Zator pochodził ze skrzepu w prawym przedsiionku i znajdował się w miejscu rozgałęzienia tętnicy płucnej.

Drugi przypadek, spostrzegany przez autora, ważny z tego względu, że zator tętnicy płucnej składał się z bąblowców, o których wyżej już była mowa. Objawy kliniczne w niczem się nie różniły od zwykłych objawów zwężenia tętnicy.

Trzeci przypadek dotyczył 29-letniej kobiety, która 7 dnia połogu zapadła na prawostronną *phlegmasia alba dolens*; badanie organów wewnętrznych nic nienormalnego nie wykryło. Skrzep w żyłe z łatwością wyczuć było można poniżej wiązu POUPARTA. 13-go dnia chora uskarżała się na ból w lewym boku i duszność, odgłos opukowy w tém miejscu tępy, oddech oskrzelowy, szmer tarcia opłucnej (*affricus pleuriticus*), płwocina skąpa krwawa, serce normalne. Po kilku dniach chora nagle dostała silnego napadu duszności, podczas którego wystąpił lepki pot, tętno bardzo małe, oddech częsty, źrenice rozszerzone. Badanie klatki piersiowej ponapadzie, wykazało głośny szmer skurczowy wraz ze słabym tonem między łopatkami na wysokości 3 kręgu piersiowe-

go. Podobny szmer słyhać z przodu z lewej strony między obojczykiem i 3 żebrzem. Uderzenie wierzchołka sercowego znajduje się w 5 międzyżebżu w odległości 2 palców na zewnątrz od linii sutkowej. Każdy rytm składa się z 2 szybko po sobie następujących uderzeń, z których pierwsze słabsze niż drugie, w prawym sercu przeciwnie pierwsze uderzenie mocniejsze niż drugie; prócz tego przy wierzchołku słyhać 2 tony. Chora wkrótce zmarła przy objawach duszności i obrzęku płuc. Przy sekcji znaleziono w prawej żyłe biodrowej skrzep, rozprzestrzeniający się do żyły udowej. Płuca w stanie przekrwienia i obrzęku; dolny płat lewego płuca nie zawiera powietrza, jest koloru ciemnobrunatnego; w tém miejscu w jednej z gałęzi tętnicy znajduje się zator, zupełnie zrosnięty ze ścianą naczynia. Mięsień serca blade, zastawki normalne. Na 3 ctm. powyżej zastawki płucnej znajduje się zator rozprzestrzeniający się ponad rozgałęzienie tętnicy i przechodzący do 2 głównych jej gałęzi.

Czwarty nareszcie przypadek dotyczy 35-letniego robotnika, przywiezionego do szpitala z powodu zatrucia tlenkiem węgla. Na 3 dzień po zatruciu znaleziono obrzęk całego lewego ramienia, co tylko nadzwyczaj słabemu obiegowi krwi przypisać było można. Po niejakiem czasie pojawiły się objawy, cechujące zwężenie tętnicy płucnej. Chory zmarł przy objawach głębokiej śpiączki. Sekcja wykryła skrzepy polipowe w sercu i cały pień lewej tętnicy płucnej wypełniony zotorem. Rozpoznanie zatoru tętnicy płucnej zasadza się na następujących objawach:

1) Na sposobie pojawienia się objawów klinicznych i na etiologicznych momentach. Im prędszej objawy występują, tém pewniejsi jesteśmy, że mamy do czynienia z zotorem, témbardziej, jeżeli za tém przemawiają jeszcze etiologiczne momenty (skrzepy w żyłach obwodowych, rozszerzenie prawego serca z tworzeniem

się skrzepów, co może mieć miejsce przy znacznym osłabieniu ciała; stan chorobowy zastawek).

2) Na ogólnych objawach: gwałtowna duszność, słabe i przyspieszone tętno, gwałtowne bicie serca, powoli słabnące, zastój krwi w żyłach, rozszerzenie źrenic ad maximum, lepki pot, występujący na zimnym ciele.

3) Na objawach fizykalnych: opukiwanie nie daje żadnego rezultatu; oddech słaby, przy wysłuchiwanie układu krwionośnego szmer w 2 lewym międzyżebżu i z tyłu pomiędzy łopatkami na wysokości 3 kręgu piersiowego.

Co się tyczy następstw, jakie wywołuje zwężenie tętnicy płucnej, to w płucach niekiedy tylko spostrzegać się daje całkowity zawał krwisty (*infarctus*), płuca zwykle z początku są małokrweste, lecz wkrótce następuje przekrwienie i obrzęk. Do podobnych wyników doszli na drodze doświadczalnej KÜTTNER, LICHTHEIM i autor.

Niejednoczesny skurcz obydwóch komórek sercowych, jaki autor miał sposobność spostrzegać w jednym z obserwowanych przypadków, powstaje w skutek niejednoczesnego opróżnienia komórek, z powodu znacznej przeszkody, jakiej prawa komórka doznaje w tętnicy płucnej. W końcu autor podaje następujące uwagi, jakie mu się nasunęły podczas spostrzegania swoich chorych:

1) nie należy używać żadnych wcierań przy *phlegmasia alba dolens*, gdyż manipulacja ta bywa przyczyną zawału w płucach;

2) przy zatruciu tlenkiem węgla nieraz spostrzegał obrzęk kończyn, szczególnie górnych bez widocznej przyczyny. Zależy to jednak prawdopodobnie od zmniejszenia ciśnienia tętniczego i powiększenia żylnego, paraliżu naczyń i zastojów żylnych;

3) przy zatruciu tlenkiem węgla spostrzegać się daje stłuszczenie serca, jed-

nak nie w tak wysokim stopniu, jak to niektórzy przypuszczają. *L. Krause.*

447. NOTHNAGEL. **O działaniu morfiny na kiszki.** Über die Einwirkung des Morfin auf den Darm. (*Arch. Virch. T.* 89. Z. I. 1882).

Prof. N. skorzystał z niedawno wykrytego przez siebie faktu ¹⁾ kurczenia się kiszki skutkiem dotknięcia jej powierzchni solą sodową, dla zbadania wpływu morfiny na ruchy kiszek.

Zwykle dla zbadania działania morfiny na kiszki postępowano w ten sposób, że zwierzęciu wstrzykiwano morfinę pod skórę, poczem rozciąwszy ścianę brzuszną, obserwowano stan kiszek; albo też najpierw obnażano trzewia i gdy ruchy kiszek stały się widocznymi wstrzykiwano pod skórę morfinę. Według N. wyniki tego rodzaju doświadczeń nie mogą być pewne, gdyż bardzo często i bez wstrzykiwania morfiny, po rozcięciu ściany brzusznej ruchy kiszek natychmiast ustają, jak również istniejące po rozcięciu brzucha ruchy kiszek bardzo często, po upływie mniej lub więcej długiego czasu, niespodzianie ustają bez względu na to czy wstrzykiwanie morfiny było wykonane czy też nie. W skutek tego N. postanowił sztucznie wywoływać ruchy kiszek i obserwować czy i jak wpływa na nie morfina. Do doświadczeń użył królików. Rozcinał im ścianę brzuszną w $\frac{1}{10}$ — $\frac{6}{10}$ 9/0 roztworze soli kuchennej o ciepłocie 37—38° C. Dotknięcie zewnętrznej powierzchni kiszek solą kuchenną lub inną solą sodową wywoływało w nich skurcz rozprzestrzeniający się na kilka centymetrów ku odźwiernikowi. Przekonawszy się o tem N. dopiero wówczas zastrzykiwał pod skórę 0,02 morfiny, poczem okazało się, że już więcej za pomocą soli kuchennej nie można było wywołać wstępujących skurczów kiszek, co najwyżej powstawał skurcz miejscowy podobny do skurczu wywołanego działaniem soli po-

¹⁾ Patrz Kronika Lekarska Nr. II—1882.

tasowych. Ilość morfiny potrzebna do zniesienia działania soli kuchennej wynosiła od 0,01—0,04. Większe ilości morfiny (0,05—0,1) sprowadzały skutek wprost przeciwny, t. j. iż po zastrzyknięciu ich pod skórę nie tylko pod wpływem soli kuchennej powstawały wstępujące skurcze kiszek, ale nawet były one daleko obszerniejsze. To różne zachowanie się małych i większych dawek morfiny tłómaczy nam sposób działania tego środka. Prawdopodobnie małe dawki morfiny pobudzają włókna nerwowe hamujące ruchy kiszek, a większe dawki paraliżują te włókna. Ponieważ nerwy trzewiowe (*nn. splanchnici*) uważane są za nerwy hamujące ruchy kiszek, przeto prawdopodobnie morfina wpływ swój wywiera za pośrednictwem tych nerwów. Zresztą autor sądzi, że wpływ morfiny na кишки nie ogranicza się działaniem na nerwy hamujące ich ruchy, że morfina może znieczulać nerwy czuciowe kiszek, jakoteż zmniejszać wydzielinę błony śluzowej. Co do działania na nerwy trzewiowe to morfina zachowuje się podobnie jak naparstnica względem przyrzędu hamującego ruchy serca, względem nerwów błędnych: małe dawki obu tych środków pobudzają hamujące działanie odpowiednich nerwów, a większe dawki paraliżują ich działanie.

M. Rejchman.

II. Choroby nerwowe i Psychiatria.

448. Dr. A. HUGHES BENNETT. **Practical observations on electrodiagnosis in paralysis.** (*Brain, July, 1882*).

Jeżeli w danym wypadku porażenia, oddziaływanie elektryczne zajętych nerwów i mięśni jest zupełnie prawidłowe, możemy wnioskować (z pewnymi ograniczeniami) że porażenie jest następstwem cierpienia mózgu lub białej substancji mlecza. Tém właśnie różni się od porażenia powstałego w skutek zwyrodnienia szarej substancji mlecza, lub nerwów obwodowych. Porażenie w skutek cierpie-

nia mózgu bywa zwykle jednostronne (*hemiplegia*), a w skutek cierpienia mlecza obustronne (*paraplegia*). W nieprawidłowych formach bezwładu, jak np. przy porażeniu skrzyżowanym, lub przy niedowładzie jednej kończyny (zależnych w obu razach od cierpienia mózgu lub białej substancji mlecza), badanie elektrycznością nie prowadzi do rezultatu, albowiem w obu razach oddziaływanie elektryczne jest prawidłowe. W wypadkach takich diagnozę oprzeć trzeba na objawach ogólnych, co jest często niezmiernie trudną rzeczą. Na szczęście, porażenie jednej kończyny w skutek cierpienia mlecza jest nadwyzwyczaj rzadkie.

Oddziaływanie elektryczne wzmożone, wskazuje nadmierną wrażliwość systemu nerwowego, a gdy nadto, drażnienie nerwu w porażonych częściach ciała wywołuje odruchowe skurcze mięśni w rozmaitych okolicach, dowodzi to nadwyzwyczajnej wrażliwości mlecza pacierzowego, będącej najczęściej następstwem organicznej choroby. Wzmożone oddziaływanie elektryczne może być także spowodowane zmianami w odporności tkanek zajętej kończyny. Co do tego ostatniego punktu, mało dotąd mamy pozytywnych danych, lecz bezwątpienia zmiany te mają doniosłe praktyczne znaczenie.

Nieprawidłowe oddziaływanie elektryczne, jeżeli nadto połączone ze zmianami jakościowymi, jest dowodem cierpienia albo szarej substancji mlecza, albo nerwów obwodowych. Jeżeli mamy do czynienia z *zupelnem* porażeniem, wtedy na pewno cierpi mlecz pacierzowy; jeżeli zaś nieprawidłowe oddziaływanie ogranicza się do gałązek i mięśni jednego tylko pnia nerwowego, prawdopodobnie cierpienie jest pochodzenia obwodowego. Gdy zajęta jest tylko jedna kończyna lub jej część, rozpoznanie staje się trudniejsze. W takim razie nader ważną gra rolę rozmięszczenie (*distribution*) porażenia. Jeżeli kończyna utraciło władzę ruchu, w skutek cierpienia mlecza, nieprawidłowe oddzia-

ływanie elektryczne objawiać się może w trojaki sposób: a) albo jest jednostajnie rozpostarte w całej porażonej kończynie, t. j. wszystkie mięśnie są w jednym stopniu zajęte. Ma to miejsce przy rozległych zwyrodnieniach mlecza; b) albo odnosi się tylko do pewnych mięśni tworzących *fizjologiczne* grupy, bez względu na nerwy je zaopatrujące. Np. wszystkie mięśnie zginacze, lub same tylko wyprostne, mogą przedstawiać nieprawidłowe oddziaływanie, chociaż z różnych źródeł czerpią swą siłę. Zdarza się to przy chronicznych cierpieniach komórek wielobiegunowych rogów przednich mlecza; nakoniec c) oddziaływanie elektryczne może być całkiem nieregularnie rozrzucone, dotykając mięśni bez względu na ich anatomiczne lub fizjologiczne ugrupowanie. Zdarza się to często po ostrych zapaleniach substancji szarąj mlecza.

Z drugiej strony, przy porażeniach obwodowych, nieznajdujemy nigdy, ażeby już to cała kończyna, już to fizjologiczne lub nieregularne grupy mięśni, przedstawiały znaki zwyrodnienia; te ostatnie rozmieszczone są wedle stosunków *anatomicznych*, innymi słowy, dotyczą mięśni zaopatrywanych przez jeden dany pień nerwowy, bez względu na ich funkcję.

Tak więc, różnica pomiędzy porażeniami ograniczonymi, zależącymi od cierpienia rdzenia, a obwodowymi, jest ta, że przy pierwszych mięśnie kończyn są jednostajnie zajęte, lub też grupami fizjologicznymi albo nieregularnymi; przy ostatnich zaś zajęte są wedle swego anatomicznego rozmieszczenia. Zjawiska elektryczne pozwalają nam także rozróżnić rozmaite odmiany porażenia, będące następstwem cierpienia szarąj substancji mlecza. Jeżeli oddziaływanie elektryczne, jakkolwiek nieprawidłowe, jest jednostajne i rozprzestrzenia się na całą kończynę, możemy wnioskować że zwyrodnienie jest rozległe, t. j. zajmuje znaczną przestrzeń jak np. przy *myelitis*. Gdy zaś ogranicza się dopewnych fizjologicznych

grup mięśni, cierpienie jest zwykle chroniczne i zajmuje wielobiegunowe komórki rogów przednich, jak np. przy postępowym zaniku mięśni. Nakoniec, gdy zwyrodnione mięśnie dotknięte są w sposób nieregularny, bez względu na ich ugrupowanie anatomiczne czy fizjologiczne, cierpienie jest zwykle następstwem ostrego zapalenia rogów przednich, które zniszczyło pewne ośrodki odżywcze, pozostawiając inne nietkniętymi, jak np. przy *poliomyelitis anterior acuta*.

Oddziaływanie elektryczne wykazać może zwyrodnienie nerwów i mięśni, które to zwyrodnienie, gdy jest ostre, dowodzi że mamy do czynienia z porażeniem dziecięcym (*paralysis infantilis*), a gdy chroniczne, — wskazuje cierpienie substancji szarąj, *en masse*, jak np. przy *myelitis*. Może także wykazać cierpienie mięśni przy nienaruszonych nerwach, co się zdarza w chronicznych cierpieniach zajmujących tylko ośrodki odżywcze mięśni, jak przy *paralysis bulbaris*. Gdy oddziaływanie nerwu jest zmniejszone lub zniesione, a mięśnia normalne, wskazuje to zaburzenie w nerwie przy nienaruszonym mięśniu, jak to widzimy niekiedy we wczesnych okresach porażenia dziecięcego.

W przypadkach ograniczonych zmian patologicznych w substancji szarąj, gdy cierpienie zajmuje jedno lub kilka ognisk, jak np. w t. zwanych mieszanych formach porażenia, rozmieszczenie nieprawidłowego oddziaływania elektrycznego jest wskazówką rozległości i umiejscowienia zwyrodnienia mlecza.

Przy porażeniach *obwodowych*, badanie elektrycznością wykazuje dokładnie rozległość i rozprzestrzenienie choroby. Porażenie z normalnym oddziaływaniem, dowodzi łagodnej i przemijającej formy cierpienia, dającej dobre rokowanie. Zmniejszenie lub brak oddziaływania pnia nerwowego na strumień galwaniczny i indukcyjny, wskazuje na głębokie zmiany lub zwyrodnienie nerwu, odpowiednio do zmiany w oddziaływaniu. Brak oddzia-

lywania mięśnia na faradyzację, wskazuje zmiany w nerwach wewnątrzmięśniowych, niekoniecznie zaś zmiany włókien mięśniowych. Brak oddziaływania mięśnia na galwanizację, jeżeli nadto połączony ze zmianami jakościowymi, wykazuje zwyrodnienie lub zniszczenie tkanki mięśniowej. Zdarzają się niekiedy przypadki bardzo nieznacznego porażenia, bez żadnych zresztą obiektywnych znaków. W przypadkach takich, można nieraz wykryć b. wcześniej zwyrodnienie przez badanie elektrycznością, zanim jeszcze ukazą się jakieś pozytywne objawy. Jeżeli istnieje podejrzenie choroby nerwowej, bez żadnych objawów wyraźnych, odkrycie zmian w oddziaływaniu elektrycznym, jest jedyną drogą prowadzącą do rozpoznania.

Istnieją bezwątpienia przypadki, gdzie wszystkie nasze środki badania razem połączone nie są w stanie wykryć istotnej natury cierpienia; spodziewać się należy że zagadki te będą kiedyś rozwiązane przy ulepszeniu metod badania i że elektrodiaгноza, choć dziś jeszcze w kolebce, stanie się w dalszym swym rozwoju jednym ze środków prowadzących do tego celu.

K. F.

449. BRÜCKNER. **Wielorakie guzowate stwardnienie kory mózgowej.** Ueber multiple tuberöse Sklerose der Hirnrinde. (*Archiv. f. Psych. u. Nervenk. Bd. XII. H. 3. 1882*).

Autor spostrzegł przypadek niedołęztwa umysłowego (*Idiotismus*), w którym oględziny pośmiertne wykazały podobieństwo do wypadku opisanego niedawno przez BOURNEVILLE'A jako *Sclerose tubereuse des circonvolutions cérébrales*. Przypadek dotyczy idyotki pochodzącej z rodziny suchotniczej, nie zaś neuropatycznej, która od 9-go roku podlegała napadom epileptycznym i płasawiczym w dość długich odstępach czasu, w ostatnich zaś latach życia przedstawiała obraz zupełnego niedołęztwa umysłowego z rzadkimi napadami gwałto-

wności. Niemoty (afazy) w danym przypadku nie było. Wszelkie ruchy były niezgrabne, chód skaczący; grubszych zaburzeń ruchowych i czuciowych nie było. W 22 roku życia zmarła z suchot płucnych. W korze mózgowej znaleziono rozrzucone sklerotyczne guzy od wielkości grochu dochodzące do rozmiarów monety dwumarkowej; guzy te swą gładką powierzchnią wychodziły po nad wysokość normalnych zawojów i zajmowały miejscami w dwójnasób zgrnbiałą istotę korową. Twardsze guzy stanowiła włóknista tkanka łączna z licznymi komórkami okrągłymi; komórek nerwowych prawie wcale nie było. W większych natomiast guzikach znajdowały się w siateczkowatej tkance łącznej miejscami na małej przestrzeni zbite liczne komórki nerwowe. Siedliskiem najliczniejszych i największych guzików był płat czołowy (z wyjątkiem 3-go zawoju z lewej i tylnej części tegoż zawoju z prawej strony) oraz lewe zawoje ośrodkowe (*gyri centrales*). Zwyrodnieniem płatu czołowego objaśnia autor zaburzenia inteligencji, zaś zmianami w zawojach ośrodkowych jako sferze ruchowej, napady epileptyczne i niezgrabne ruchy chorąg. W obu półkulach mózdzku znaleziono również po jednym guziku sklerotycznym, w jamach mózgowych i w błonie wyścielającej takowe (*ependyma*) twory ziarninowe dochodzące do wielkości narośli.

A. Rosenthal.

450. Dr. LÖWENFELD. **Przyczynek do kazuistyki przemijających zaburzeń psychicznych.** (*Neurolog. Centrbl. 1882. Nr. 12. Origin. Mitth.*).

27-letnia żona urzędnika, matka czworga dzieci, prócz peryjodycznego bólu głowy trwającego od dzieciństwa, cieszyła się dobrem zdrowiem. Objawy bólu głowy wskazywały migrenę. 3-go Kwietnia 1879 r. zrana po dobrze przespanej nocy spostrzegła nagle, iż otaczające ją przedmioty są jakby zamglone; wkrótce też nie mogła rozpoznać za-

dnego przedmiotu. Jednocześnie wystąpił silny ból głowy i wymioty; później przyłączyły się halucynacje wzroku. Od 9 do 12 godziny chora znajdowała się samą ze służącą, w skutek czego brak bliższych danych. O godz. 12 $\frac{1}{2}$ wezwany autor skonstatował: chora leży na łóżku, twarz zapadła, błąda, łącznie zaczerwienione. Tętno drobne i przyspieszone, ciepłota nie podwyższona. Chora mówi bez związku, poznaje zrazu jednak lekarza; uskarża się na ból głowy. Wyraz twarzy jej we-oły, uśmiecha się. Nieprzytomność po kilku minutach wzmaga się, zapoznaje lekarza, występują objawy afazy amnestyczno-ataktycznej: w odpowiedziach lub własnych zdaniach używa jednych wyrazów zamiast drugich, tworzy nieistniejące wyrazy. Ból głowy trwa wciąż, kilkakrotnie występują wymioty. Po kilku godzinach (około 3-jej) nieprzytomność przechodzi. Wieczorem o 6-jej godz. ból głowy bardzo silny, zaburzenie psychiczne minęło. Chora przypomina sobie początek napadu, reszty zaś nie pamięta. 4-go Kwietnia ból głowy mniej silny, inne objawy znikły. Po 2-ch dniach chora zupełnie wyzdrowiała. Cały ten obraz chorobny ma niewątpliwie podobieństwo do szaleństwa przemijającego (*mania transitoria*), jakkolwiek nie było tu objawów kongestji do głowy oraz licznych halucynacyj, objawów według KRAFFT-EBING'A cechujących szaleństwo przemijające. Co do fizjopatologicznej podstawy przypadku autor przypuszcza skurcz naczyń nerwowych naczyń mózgu i spowodowaną przez ten niedokrwistość mózgu jako przyczynę wywołującą wyżej opisane objawy. Dowodzą tego objawy powyższe jako to: błądliwość twarzy, tętno drobne, wymioty występujące przy podnoszeniu się z łóżka. Nastryknięcie łącznicy obok błądliwości twarzy bynajmniej nie sprzeciwia się temu przypuszczeniu, gdyż tłumaczy się to tępem, że na łącznicy wkrótce po skurczu naczyń następuje ich porażenie

(rozszerzenie). Gdy zauważymy, iż przypadek ten psychozy przemijającej zdarzył się u osoby cierpiącej oddawna na połowiczny ból głowy (migrenę), przypuścić można, iż zaburzenie naczyń nerwowych w tym przypadku było tylko niezwykłym atypicznym rozwinięciem zwykłych zaburzeń naczyń nerwowych powodujących migrenę. W samej rzeczy przemawiają za tępem przypuszczeniem: spostrzegane wyżej zaburzenie wzroku często napotykanne jako wstępny objaw migreny (również zjawiska światła i kolorów—GAŁĘZOWSKI), niemniej wymioty, błądliwość twarzy, tętno drobne. Trwanie całego przypadku 6 godzin, również przemawia za migreną. Opisany przypadek psychozy uważanym więc być może za równoznacznik (*Aequivalent*) napadu migreny.

A. Rosenthal.

III. Gyniekologija.

451. R. BERTRAM. **O działaniu gorących wstrzykiwań do pochwy w niektórych chorobach kobiecych.** (*Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* T. VIII. Zeszyt I).

Praca niniejsza jest tabelarycznym zestawieniem 130-tu dokładnie obserwowanych przypadków chorób organów płciowych kobiecych, przy których jedynie i wyłącznie, wstrzykiwania z wody gorącej były stosowane. Choroby te są: *Para-et Perimetritis*, *Metritis*, *Endometritis*, *Oophoritis resp. Perioophoritis*, *Colpitis adhaesiva chronica*, *Subinvolutio uteri post partum resp. abortum*, *Retractio ligam. rotund. dextr. et Cicatrices vaginae*.

Temperatura wstrzykiwanej wody do 40 $^{\circ}$ R. dochodziła, wysokość spadku $\frac{1}{2}$ metra wynosiła, ilość 2 litry na raz, częstość wstrzykiwania—2 razy dziennie. Najkrótszy czas trwania kuracyi 14 dni, najdłuższy 6 miesięcy. Przy miesięczkowaniu wstrzykiwania przerywano.

Powyżej przytoczone cierpienia rzadko odosobnione, zwykle zaś w komplikacjach występowały. Największa licz-

ba chorych przedstawiała wiek od 18—37 lat, 10 znajdowało się w latach przejściowych (*climacterium*), 3 przebyły już te lata. Pomiędzy obserwowanymi, 2 były zakażone jadem syfilitycznym, 11 suchotnic i jedna z wadą serca, 2 znajdowały się w peryjodzie karmienia, 5 zaś podczas kuracji w ciążę zaszło.

Co do rezultatu leczenia to: z 130-tu chorych u 103-ch nastąpiło całkowite wyzdrowienie, u 5-ciu nieznaczna poprawa, u 14-tu żadnej poprawy, u 8-u pogorszenie. Z 5-ciu z nieznaczną poprawą jedna była suchotnicą, jedna z bardzo podupadłym odżywianiem w skutek długotrwałego karmienia, dwie zaś bardzo wycieńczone. Z 14-tu bez żadnej poprawy 6 było suchotnic i 2 karmiące. Z 8-miu u których stan się pogorszył, 3 były suchotnice.

Wpływ wstrzykiwań na przebieg miesiączki: w 4-ch przypadkach 8, 10, 12 i 14 dni przyszła miesiączka wcześniej, w 2-ch zaś po jej przebyciu 14-dniowe krwawienie, w 4-ch przypadkach 8, 10, 14 i 20 dni później, w 2-ch zaś 14 dni później i z wyraźnymi objawami zatrzymania się miesiączki.

Co do pojedynczych chorób, to przy *Endometritis chronica* z 41 przypadków w 27-u upławy zmniejszyły się lub ustąpiły w zupełności. Przy wysiękach peri—i parametrycznych, po większej części całe miesiące trwających, na 49 przypadków, 23 razy w ciągu 14-dniowej kuracji, nastąpiła rezorbcyja, u kilku kobiet po 4-ch u innych po 8-miu tygodniach. W 3-ch przypadkach po 6-cio miesięcznym wstrzykiwaniu, wysięk pozostał bez zmiany. U wszystkich jednak chorych, wpływ łagodzący, wkrótce po zastosowaniu kuracji wyraźnie się uwydatnił.

Z 46-ciu przypadków podrażnienia otrzewnej miednicznej (*pelveoperitonitis*) w 44-ch w ciągu 8-miu dni wystąpiła subiektywna poprawa a w $\frac{1}{5}$ obiektywnie stwierdzić ją było można.

Przy cierpieniach jajników wstrzykiwania nie świetnie wydały rezultaty.

Z 19-tu przypadków zrostów okołomaciczych u 2-ch kobiet, po 14-tu dniach stwierdzono poprawę, u innych po 4-ch i 8-miu tygodniach, u innych znowu, mianowicie przy tyłopochyloną i nieruchomą macicy, po 13-tu tygodniach, u jednej po 5-cio miesięcznym wstrzykiwaniu macica pozostała nieruchomą.

Z 11-tu przypadków *Metritis* w 7-miu po kilku tygodniach subiektywna poprawa, w jednym tylko i to po 3-ch miesiącach macica uległa zmniejszeniu. Przy 2 razy obserwowanej *Colpitis* nastąpiła poprawa, przy *adenitis periuterina*—rezorbcyja. W 4-ch przypadkach *subinvolutionis uteri*, macica szybko wróciła do stanu normalnego, z 8-miu zaś kobiet z dolegliwościami klimakterycznymi, 5 razy skutki łagodzące kuracji wystąpiły.

Wstrzykiwania gorące wskazane są zdaniem autora: 1) w celu zniesienia podrażnień otrzewnej miednicznej, 2) w celu sprowadzenia rezorbcyi wysięków, 3) przy istniejących zrostach i nieruchomą macicy, 4) przy krwotokach macicznych i subinwolucyi macicy i 5) w celu zmniejszenia przypadłości nerwowych w latach klimakterycznych.

Sposób działania gorących wstrzykiwań, objaśnia autor potężnym bodźcem termicznym, skutkiem którego zwiększony przyływ krwi następuje, sprowadzając tém samym łatwiejszą możność rezorbcyi.

J. E.

452. M. HOFMEIER. **Przyczynę do leczenia łożyska przodującego.** (*Zeitschr. f. Geb. u. Gynaek.* T. VIII. Zesz. I).

Zdania nowoczesnych autorów, jak SCHROEDERA, SPIEGELBERGA, MARTIN'A, HECKER'A, FRITSCH'A, etc. zgodne są z sobą pod tym względem, że dla osiągnięcia pożądanego rezultatu, przy leczeniu łożyska przodującego, możliwie czynnie postępować należy. Czynne postępowanie zasadza się na tamponowaniu pochwy, podczas porodu, dopóty, dopóki szyjka maci-

cy dostatecznie się nie rozszerzy i nie dozwoli wykonać obrotu wewnętrznego lub za pomocą podwójnego rękoczynu albo też, podług SPIEGELBERGA, *accouchement forcé*.

Autor upatrując nowe niebezpieczeństwo w tamponowaniu, przez zwiększenie, już z natury rzeczy istniejącego usposobienia do zakażeń, radzi bez tamponowania możliwie szybko kończyć poród t. j. z chwilą pojawienia się pierwszych skurczów lub też gdy szyjka macicy lejkowato ku górze zdołała się rozszerzyć.

W 37 przypadkach z których w 19-tu część pochwowa zupełnie lub prawie zupełnie była rozszerzoną, w 18-tu zupełnie lub prawie zupełnie zachowaną, wykonał autor, bez poprzedniego tamponowania, 30 razy obrót metodą BRAXTON-HICKS'A, 3 razy przy położeniu dolnym końcem ciała sprowadził nóżkę, 3 razy przy zwięzłej miednicy i wypadnięciu sznurka zrobił obrót wewnętrzny, raz ukończył poród kleszczami.

Obrót za pomocą podwójnego rękoczynu, wcześniej dokonany, najczęściej najlepszym skutkiem uwieńczony bywa, jest on, zdaniem autora, dla rodzącej nieszkodliwy i stosunkowo łatwy do wykonania.

Przeciwnym będąc tamponowaniu pochwy, w najcięższych przypadkach, przy *placenta praevia centralis*, gdy ujście w małym bardzo stopniu jest rozszerzonym a groźny krwotok zagnała do czynnej interwencji, ucieka się autor do metody przez KUHN'A za najgorszą uznaną, przez SPIEGELBERG'A za li tylko historyczne znaczenie mającej, t. j. do przedziurawienia łożyska i sprowadzenia nóżki.

Ekstrakcyi nie radzi autor zbyt długo przeciągać, podczas wykonywania której zastrzykuje 4 grany ergotyny podskórnie, aby działanie jej zaraz po skończonym porodzie osiągnąć. Przepłukiwanie macicy 5% roztworem kw. karbolowego w każdym wypadku stosuje. Z 37-miu rodzących, w ten sposób traktowanych, jed-

na tylko zmarła w 17-ym dniu połogu, skutkiem *phlegmone* i *phlebitis* prawego uda, a u której w brew woli i wiedzy autora przez 24 godzin pochwę tamponowano. Ten jedyny wypadek na 37 rodzących, stanowi 2,7% śmiertelności, cyfra nie osiągnięta dotąd żadną inną metodą. Procent śmiertelności przez SPIEGELBERG'A podany wynosi 16,0%, przez HECKER'A 10,0% i 16,7%, przez FRAENKL'A 10,0%, BRAUN'A 24,0%, KUHN'A 33,0%. Nadmieniam autor że w rachunek nie wchodzi przypadki śmierci w połogu powstałe, które powiększają znacznie cyfrę ogólnej śmiertelności, tak, że ta u SPIEGELBERG'A i MÜLLER'A 30%, u FRITSCH'A 40% wynosi.

J. E.

453. OTTO KÜSTNER. **Sposób odprowadzania tyłozgiętej macicy.** (*Centr. f. Gyn.* Nr. 28--1882).

W krótkim artykule podaje autor sposób odprowadzania tyłozgiętej macicy w wypadkach trudniejszych. Jestto niejako dalszy ciąg znakomitej pracy prof. SCHULTZE'GO, której obszerniejsze nieco streszczenie, pomieszczonem jest w Nr. 9 i 10 z r. 1880 Kroniki Lekarskiej.

Metoda autora, znajdująca zastosowanie u kobiet z niepodatnymi ścianami brzuszными i niepodatną pochwą, jak to zwłaszcza najczęściej u dziewic się zdarza, polega na sprowadzeniu macicy, za pomocą haczykowatych cążków, ku dołowi i naprzód. Skutkiem tego pochwa zostaje częściowo wypukloną a tylne jej sklepienie ku tyłowi i górze powiększonym tak, że część macicy, która poprzednio nierównie wyżej się znajdowała, obecnie staje na wysokości sklepienia. Jestto pierwszy akt manipulacji. Akt drugi stanowi wprowadzenie do pochwy lewej ręki i ucisk wywierany od tyłu na łatwo już teraz osiągalną macicę, podczas gdy 4-ym i 5-ym palcem téjże ręki, cążki w położeniu pierwotnym utrzymać należy. Skutkiem tego macica przychodzi bezpośrednio po za spojenie łonowe a ucisk (akt 3-ci) przez ściany brzuszne, wystarcza do przechylenia

ją ku przodowi, t. j. do doprowadzenia macicy do położenia normalnego. Za usunięciem cążek część pochwowa sama ku górze i tyłowi unosi się, t. j. na miejsce swe prawidłowe, czemu w danym razie palce lub cążki w pochwie znajdujące się, mogą przyjść z pomocą. Po odprowadzeniu macicy wianek ósemkowy lub w formie sanek założyć należy. W wypadkach, w których pochwa znaczną niepodatność przedstawia, ucisk na tylną ścianę macicy można wywierać przez odbytnicę jednym palcem (akt 2-gi).

Odprowadzalność lub też niemożebność odprowadzenia macicy, resp. istniejące zrosty, natychmiast po wprowadzeniu ręki do pochwy lub odbytnicy z łatwością rozpoznac można.

J. E.

454. Prof. COLDERINI. **Przyczynę do rozpoznawania potworów płodowych i do etiologii hydramnios.** (*Archives de tcol. des mal. des fem. Mars. 1882*).

Autor z obserwowanych przez siebie trzech wypadków hydramnios wnosi, że przy zбочeniu tém zwykle istnieją potwory i że okoliczność ta należy do dziś nie była ocenianą.

W jednym z tych wypadków przy hydramnios urodził się potwór bezmózgowy, który zmarł podczas porodu w skutek pęknięcia guza, utworzonego przez wodogłowie; w drugim urodził się potwór z *hydroencephalocoele* i *hydromeningocoele cervicodorsalis*, który także zmarł przez pęknięcie guza w czasie porodu. Uderzenia serca pierwszego wynosiły na minutę 144, drugiego, trudno było wysłuchać. Oba potwory były płci męskiej, niedonoszone do czasu normalnego.

Dla rozpoznania hydramnios wszystkie objawy były wzięte pod uwagę jak: znaczna objętość brzucha i macicy, trudność w odnalezieniu części płodu przez powłoki zewnętrzne i w wysłuchiowaniu uderzeń serca, zaburzenia w krążeniu u matki, bóle w skutek znacznego rozciągnięcia macicy, nieprawidłowość jej kur-

czów, wydłużona i koniczna forma szyjki oraz jej miękkość i trudna rozszerzalność.

Trzeci wypadek autor podaje obszerniej. Pierwiastka w 7-ym miesiącu, doznająca w przebiegu ciąży bólów w całym brzuchu którego objętość 95 ctm. wynosi, dno macicy nad pępkiem na wysokości, jak bywa w 8 miesiącu, bicie serca płodu słycać po lewej stronie. Przy rozpoczętych bólach porodowych uderzeń serca płodu nie słycać. Zrobiono rozpoznania: istnienie potwora; — rzeczywiście następnego dnia urodził się płód podobny do poprzednio opisanych t. j. z *hydroencephalocoele* i *hydromeningocoele* na całej długości rdzenia kręgowego. Potwór płci żeńskiej, zamiast mózgu posiadał guz o trzech zrazach, nie był zmacerowany, zatem na krótko przed porodem zmarł.

Autor więc wnosi, że jeżeli jest hydramnios i trudno jest wyczuć części płodu i wysłuchać tony serca, to najprawdopodobniej będziemy mieli do czynienia z potworem, który przedstawia wodną puchlinę ośrodków nerwowych. *Rogosiński*.

IV. Dermatologija i Syfilidologija.

455. ERNST BUMM. (Z kliniki profes. RINECKERA w Würzburgu). **Zur Frage der Schanker-Excision.**

Sprawa wycinania pierwotnego stwardnienia stoi ciągle na porządku dziennym i materyjały dla jej rozstrzygnięcia mnożą się bezustannie. Dziwne tu jednak spotykamy sprzeczności, np. 32 wypadki AUSPITZA wzięte bez wyboru dają 14 wolnych od przymiotu, a z 8 MAURIAČA, przedstawiających pozornie najdogodniejsze warunki, ani jednego szczęśliwego. Trudności leżą w samym rdzeniu sprawy i nie łatwo dadzą się usunąć. Im wcześniej usuniemy gniazdo zarazy, tém pewniej możemy liczyć na powodzenie; charakter miejscowego cierpienia może jeszcze nie być należyście uwytatniony, ale przekładamy korzyść chorego nad ścisłość diagnozy, a potem

w razie powodzenia nie wiemy, cośmy właściwie wycięli. Mikroskopowe cechy wyciętego tworwu nie zdają się być także dość typowemi w tak wczesnych okresach, jedynie konfrontacja mogłaby dostarczyć jakich takich danych. Następnie, po usunięciu niewątpliwie przymiotowego tworwu niezbędną jest długa obserwacja, jak długa, trudno oznaczyć, ale 3 miesiące (jak to zwykle bywa) w każdym razie nie starczą.

W ostatnich czasach mnożą się ciągle wypadki niepowodzenia, ale znaczna nawet ilość ujemnych wyników nie odejmiemy znaczenia paru dodatnim, jeśli tylko te ostatnie wytrzymują ścisłą krytykę. LÉLOIR (*Annales de Dermatologie*, etc. 1881 V. 1.) następujące stawia im zarzuty: 1. Zbyt krótka obserwacja. 2. Brak konfrontacji. 3. Niektórzy chorzy mieli podług anamnezy dawniej szankra (jakiego? Może wycięty twór był *pseudo-chancre indurée*). 4. Mogło być sztuczne stwardnienie na wenerycznej, lub niewenerycznej podstawie. 5. Często była obserwacja *par distance*, albo przynajmniej ze znacznymi przerwami, a wiemy, jak łatwo przeoczyć przymiotowinę plamistą, i t. d. 6. Chorzy mogli bez wiadomości lekarza zażywać rtęć (to się niewątpliwie zdarza). 7. Wreszcie zdarzają się, choć niezmiernie rzadko, wypadki pierwotnego stwardnienia bez dalszych objawów przymiotu.

Dwa pierwsze zarzuty są najważniejsze i te ciążyą na bardzo wielu szczęśliwych wypadkach wycięcia sklerozy. Przedewszystkiem nasuwa się pytanie, czy pierwotne przymiotowe stwardnienie jest tworem czysto miejscowym, czy przejawem zakażenia ustroju. COHNHEIM wprowadził materję gruźliczą do przedniej kamery oka królika, w ciągu 8 dni nie było żadnych objawów, ósmego dnia nagle przekrwienie i powstawanie gruzelków na tęczęwce; następnie gruzelki w płucach i innych organach. Coś podobnego przyjmuje AUSPITZ, CORNIL i inni

dla przymiotu. Jad złożony w tkance przebywa czas jakiś (zwykle 20—25 dni) w stanie uśpiania, a raczj *pozornego* uśpiania, gdyż wtedy już wywołuje zmiany w tkankach, zwłaszcza w *naczyńiach*.

Lecz jeśli twardy szankier jest miejscowym objawem, to dlaczego, jak to nam zdawna wbijają w głowę, jest niezaszczepialny *au porteur*?

Otrzymało rzeczywiście wiele ujemnych autoinokulacyj, ale to jest zupełnie zrozumiałe i nie dowodzi, że szankier jest objawem zakażenia. Szczepimy np. wydzielinę twardego szankra w 8 dniu jego istnienia, chory znajduje się zatem w 4-tym tygodniu po zarażeniu. Jad zaszczepiony wymaga znów 2 do 3 tygodni dla wywołania sklerozy, tymczasem z pierwotnego źródła może nastąpić zakażenie ustroju, zatem *immunitas* względem zaszczepionego jadu. *Okres pierwszej inokulacyi zaszczepionego tworwu przypada tu w okresie drugiej inkubacyi przymiotu*. O tém często zapominają. Jednakowoż w pewnych razach twardy szankier dał się szcześcić *au porteur* (WALLACE, PUCHE). Autor opisuje tu 2 własne przypadki *zaszczepienia twardego szankra au porteur*. W jednym szczepiono w 17 dni po zarażeniu; na miejscu szczepienia utworzył się w ciągu 20 dni guzik (*papula*) twardy, luszczący się na powierzchni; ale odtąd zaczął się zmniejszać i w ciągu następnych 10 dni znikł, jednocześnie wystąpiły ogólne objawy. W drugim wypadku szczepiono w 23 dni po zarażeniu; oba szankry, pierwotny i szczepiony, jednakowo się rozwinęły.

Autor przytacza 2 rzędy spostrzeżeń, w jednym usuwano tylko sklerozę, w drugim sklerozę i zajęte gruczoły. Wycięcia dokonywano nie nożyczkami (HÜTER), ale dla większej ścisłości nożem, na 1 ctm. dalej od brzegów stwardnienia; na ranę nakładano powierzchowne i głębokie szwy i Listerowski opatrunek.

a) *Wycinanie sklerozy*. Autor przyta-

cza tu 3 pomyślne i 3 niepomyślne wypadki.

1. Typowa skleroza, gruczoly niezajęte. Po wycięciu żadnych objawów przymiotu. *W 14 miesięcy później zaszczerpiono dla próby jad przymiotowy, poczem wystąpiła skleroza, a następnie i ogólne objawy.*

2. Pierwotny objaw rozpoczął się pęcherzykiem w 9 dni po zarażeniu. Typowa skleroza, gruczoly niezajęte. *Konfrontacja wykazała wilgotne guziki.* Wycięcia dokonano w 18 dni po zarażeniu; *Obserwacja trwała prawie rok.*

3. Pierwotny objaw rozpoczął się pęcherzykiem w kilka dni po zarażeniu. Typowa skleroza, gruczoly niezajęte. Wycięcie w 30 dni po zarażeniu, 1 Lutego 1882; dotychczas żadnych objawów.

Wycięte twory badał drobnowidzowo RINDFLEISCH i uznał je za sklerozy. Zastępuje tu na uwagę *krótki okres inkubacji*, toż samo zauważył AUSPITZ w swych szczęśliwych wypadkach, gdy tymczasem MAURIAC wspomina w swoich spostrzeżeniach o długiej inkubacji. W 3 innych spostrzeżeniach autora gruczoly były już zajęte i po wycięciu sklerozy wystąpiły ogólne objawy. Oczywiście jad przymiotowy może w ciągu pewnego czasu działać wyłącznie miejscowo okres ten posiada prawdopodobnie bardzo chwiejne granice, może jednak przenosić 30 dni. Nie ma też związku między rozwojem pierwotnego objawu i szybkością zakażenia ustroju, w wypadkach MAURIACA były tylko drobne nadżarcia i usunięte zostały bardzo wczesnie, a jednak wybuchły ogólne objawy; gdy tymczasem w znacznej części szczęśliwych wypadków (np. spostrzeżenia autora) były guzowate chrząstkowej twardości sklerozy i trwały od wielu dni.

B) *Wycinanie sklerozy i gruczolów.* Nasuwa się tu przedewszystkiem pytanie, *jaką drogą jad przymiotowy przenika w soki i czy stwardniałe gruczoly pachwinowe zawierają jad, czy nie.* AUSPITZ wykazawszy w sklerozie i dokoła jęj zmiany w na-

czyniach krwionośnych sądzi, że jad zostaje wessanym wprost z miejsca zakażenia drogą naczyń krwionośnych, a prawdopodobnie i chłonnych. AUSPITZ nie uważa gruczolów chłonnych za etapy dla jadu, udawało mu się wycinać sklerozy z pomyślnym skutkiem tam, gdzie już gruczoly były zajęte. Autor przytacza tu experiment z kliniki RINECKERA: u syfilityka w 4-ym tygodniu po zarażeniu wyluszczone dwa najbliższe sklerozy stwardniałe gruczoly pachwinowe, rozcięto wzdłuż i *wypływający z nich sok mleczny zaszczerpiono zdrowemu* ¹⁾ na ramionach. Na 7-my dzień czerwone plamki (z 4 szczepień udały się 3), które szybko wzrastają i nabierają cech typowej sklerozy. Na 53 dzień zjawia się przy lekkiej gorączce *roseola*.

Wnioskujemy więc, że wycinając sklerozę a zostawiając zajęte już gruczoly, zostawiamy tém samym w ustroju gniazda jadu, i że znaczną część niepowodzeń należy przypisać zajęтым gruczolom.

Sprobowano tedy na klinice RINECKERA usuwać sklerozy wraz z zajętemi gruczolami, spodziewając się w ten sposób lepsze otrzymać rezultaty. Gruczoly wyluszczone (przed usunięciem sklerozy) tępem narzędziem, w jamę wkładano cienki dren i zamykano głębokimi szwami; pod przeciwnilnym opatrunkiem następowało zwykle zagojenie *per primam*. Ilość wyluszczonych gruczolów 3—4 przy jednostronnem zajęciu, 5—8 przy dwustronnem. Przy wczesnem operowaniu możeby wystarczyło wyluszczenie gruczolu anatomicznego. (RICORD).

Z 7 tu należących wypadków 2 były *szczęśliwe* i operacyi dokonano tu w 6 i 7 tygodni po zarażeniu; stwardnienie gruczolów było jednostronne. W 5 pozostałych wypadkach, zakończonych niepowodzeniem, operowano w 3, 4, 6 i 7 tygodni; skleroza przeważnie niepojedyn-

¹⁾ Postępowanie bardzo lekkomyślne. Ref.

cza, *scleradenitis* w trzech razach dwustronna; blizna po sklerozie w 2 wypadkach stwardniała; rany po wyłuszczeniu gruczołów zagoiły się wszystkie *per primam*. Czy w razie niepowodzenia po usunięciu sklerozy i zajętych gruczołów objawy przymiotu są łagodniejsze, trudno sądzić dla dobrze zrozumiałych powodów. Autor jednak przyjmuje podobny wpływ i uważa za racjonalne wyłuszczać sklerozę i zajęte gruczoły nawet po wystąpieniu ogólnych objawów. *Funk.*

456. P. GEFFRIER. **Przyczynę do patologii i terapii rzeżączkowego zapalenia pęcherza.** (*Revue de Chirurgie*. 1882 Nr. 6).

Na zasadzie kilku bardzo ciekawych obserwacji G. zwraca uwagę na niektóre właściwości kliniczne tej choroby, dość często przez lekarzy źle rozpoznawanej.

Zapalenie pęcherza rzeżączkowe przyłącza się do rzeżączki cewki zwykle dość późno, gdy okres ostry rzeżączki już przechodzi i wyciek z cewki zmniejszać się zaczyna. Niekiedy jednakże objawia się już trzeciego lub piątego dnia i to zwykle po zastosowaniu wstrzykiwań do cewki; przy wstrzykiwaniach, szczególnież zaś gdy wykonywa się je z pewną siłą, przewzięcza się opór części błoniastej cewki i zwieracza pęcherza a wydzielina ropna zaraźliwa z cewki zostaje wprost przeniesioną do pęcherza. Objawy zapalenia pęcherza mogą jednakże występować bardzo nawet późno po rzeżączce cewki (od 4 miesięcy do 2 lat). Należy wówczas przypuścić że w pewnym okresie rzeżączki istniało już nieznaczne zajęcie pęcherza, a świeże objawy zapalenia uważać należy za recydywę. Z objawów najbardziej charakterystyczne są: częste oddawanie moczu, niekiedy co 10 minut i ból przy oddawaniu moczu. Zatrzymanie zupełne moczu występuje także niekiedy, lecz winno być uważane za następstwo równoczesnego zajęcia gruczołu krokowego.

Stałym bardzo objawem jest zawar-

tość krwi w moczu (*haematuria*). Bardzo rzadko cała ilość moczu oddanego zawiera krew, i w takim razie jeśli chory oddaje mocz do dwóch naczyń, w pierwszej połowie mniej znajduje się krwi jak w drugiej. Najczęściej zaś mocz oddanym zostaje zupełnie czysty i dopiero przy końcu moczenia chory nagle doznaje bardzo silnego bólu i uczucia kurczenia pęcherza a równocześnie strumień moczu zabarwia się krwią lub też wycieka prawie zupełnie czysta krew z cewki. Hematuryję tę GUYON objaśnia w sposób następujący: Błona śluzowa szyjki pęcherza jest bardzo silnie unaczynioną, podczas zapalenia szyjki naczynia są silnie przepelnione. Przy końcu moczenia nawet w stanie normalnym, następuje kilka skurczów odruchowych dla wypędzenia z pęcherza ostatnich kropel moczu. Kurczy się wówczas nie tylko mięsień jamisto-opuszkowy ale także mięśnie gładkie pęcherza a w szczególności włókna leżące w bliskości szyjki. Skurcz ten przy zapaleniu szyjki i przepelnieniu naczyń błony śluzowej powoduje pęknięcie naczyń—błona śluzowa bowiem zostaje wyciśnięta jak gąbka.

Niekiedy przy zajęciu pęcherza ustaje wyciek z cewki. Można by przypuścić że ma tu miejsce pewna rewulsyja, zdaniem G. jednakże cewka dla tego nie zawiera ropy że zostaje w skutek częstego oddawania moczu często przepłukiwaną.

Czas trwania rzeżączki pęcherza nie da się ściśle oznaczyć, niekiedy przechodzi ona równocześnie z rzeżączką cewki, najczęściej zaś trwa jak i rzeżączka cewki czas dłuższy, lub nawet jeszcze gdy cewka zupełnie jest zdrową. W przebiegu obserwować się dają wtedy pewne remisje, mocz mniej krwi zawierać zaczyna, a po pewnym czasie przy jakimkolwiek bądź lekkim bodźcu lub nawet bez takowego, zajęcie szyjki pęcherza z całą występuje gwałtownością. Wypadki chroniczne t. j. bardziej co do czasu odległe od początku choroby nie różnią się od ostrych prawie wcale w przebiegu swoim, ani pod wzglę-

dem siły objawów ani nawet pod względem leczenia.

Co się tycze diagnozy różniczkowej, to przy staranném badaniu łatwo odróżnić rzeżączkę pęcherza od zajęcia gruczołu krokowego. Od zapalenia pęcherza charakteru nie rzeżączkowego rozróżnić się da na zasadzie anamnezy lub istniejącego jeszcze zajęcia cewki. Krwotoki pęcherzowe i bóle których doznają chorzy z kamieniami pęcherza różnią się zupełnie od krwotoków i bólów przy rzeżączce pęcherza.

Daleko trudniej będzie niekiedy rozróżnić rzeżączkę od gruźliczego zajęcia pęcherza (*cystitis tuberculosa*). Kierujemy się wówczas następującemi danemi: Przy gruźlicy ból trwa ciągle i nie ustaje w przerwach pomiędzy moczeniem jak to ma miejsce przy rzeżączce; przy gruźlicy częściej jak przy rzeżączce bóle w nocy są silniejsze i oddawanie moczu częstsze. Narkotyki łagodzą przy rzeżączce bardzo szybko bóle, przy gruźlicy pozostają prawie bez skutku; leczenie miejscowe przy gruźlicy jest zupełnie nieskuteczne. Krwotoki w początkach gruźlicy pęcherza, tak samo jak krwotoki płucne przy gruźlicy płuc, występuje zwykle nagle bez wszelkich zaburzeń w narządzie moczowym i są bardzo obfite; jeśli chory o krwotoku takim opowiada, naprowadza to nas na myśl o istnieniu gruźlicy. W następstwie, kiedy tworzą się owrzodzenia gruźlicze w sąsiedztwie szyjki pęcherza, krwotoki mają ten sam charakter jak i przy rzeżączce t. j. występują wraz z oddaniem ostatnich kropli moczu. Jeśli mocz pozostawić na czas jakiś w naczyniu szklaném, to przy gruźlicy często odnaleźć się daje osady szarawe zawierające cząsteczki śluzopropne, posokowate, małe skrzepy krwi i t. p.; — osadów takich nie ma przy rzeżączce. Starannie także zbadać należy płuca, przyjądrza, pęcherzyki nasienne, gruczoł krokowy, często bowiem gruźlicy pęcherza towarzyszy gruźlica tych organów lub odwrotnie. Zdarza się jednakże czę-

sto u osób ze skłonnością do gruźlicy, że zapalenie pęcherza które się rozpoczęło w następstwie rzeżączki i jako rzeżączkowe przebiegało z początku, w następstwie przyjmuje powoli charakter zapalenia gruźliczego.

Najskuteczniejszą metodą leczenia zdaniem GEFRIER'A jest metoda GUYON'A działania bezpośrednio na błonę śluzową pęcherza roztworem saletranu srebra $\frac{1}{50}$. Używa się do tego kateteru miękiego z dość grubą oliwką na końcu. Kateter przymocowuje się do szprycki i napełnia roztworem saletranu srebra, a po nasmarowaniu go tłuszczem wprowadza do pęcherza. Gdy kateter jest już w pęcherzu, wyciąga się go powoli do chwili gdy czujemy że główka (oliwka) opiera się o otwór szyjki; wpuszczamy wtedy do pęcherza kilkanaście kropli roztworu lapisu, za pierwszą razą 15 kropli, następnie 20, 30 aż do 40. Wkraplanie takie powtórzyć należy co drugi dzień. Ból przy tém jest nie znaczny i trwa krótko. Przed tą manipulacją należy choremu kazać opróżnić pęcherz, dla tego aby znajdujący się w pęcherzu mocz (chlorki) nie osadził srebra. Można oprócz tego dać jeszcze choremu do wewnątrz kopaiwę. Leczenie trwa dopóki nie ustaje częste oddawanie moczu.

Niekiedy zapalenie pęcherza rzeżączkowe jest tak silne że zajmuje nietylko szyjkę ale i pozostała powierzchnia błony śluzowej pęcherza zajęta jest w niewielkim stopniu. W takich razach zamiast wkraplań powyżej opisanych, które już nie są wystarczające, przemywać należy pęcherz roztworem saletranu srebra $\frac{1}{500}$.

Dinte.

457. Poszukiwania nad bakteryjami tryprowemi. Gesellschaft d. Charité-Aerzte in Berlin 16 Febr. 1882. (*Berl. Klin. Woch.* 1882. Nr. 32).

Odkryte w 1879 r. przez NEISSERA bakteryje tryprowe przedstawiają się, jak wiadomo, w postaci ciałek kulistych o ostrych zarysach, wielkości około 1 μ .

Znajdują się po 2, 3, 4 i więcej w ciałkach ropy, rzadko zewnątrz nich. Barwią się wybornie *violet-metylem*. Znajdują się wyłącznie przy cierpieniach tryprowych cewki i łącznicy i mają dla tych cierpień diagnostyczne znaczenie. LEISTIKOW znalazł je bez wyjątku w 200 wypadkach trypra cewki u mężczyzny, 6 u kobiety, 2 ropotoku łącznicy i 5 ropotoku łącznicy noworodków; ani razu zaś w wydzielinie cewkowej lub łącznicowej, nie powstałej z tryprowego zarażenia. W pierwszym okresie trypra bakteryje znajdują się w mniejszej ilości niż w późniejszych, i znajdują się też w każdym starym przewlekłym tryprze, i taki więc jest zaraźliwym, co nie wszyscy lekarze przyjmują.

Środki znane jako skuteczne przy tryprze, jak siarczan cynku, octan ołowiu, kwas garbnikowy, karbolowy, zabijają bakteryje tryprowe; już po niewielkiej ilości wstrzykiwań nie znajdujemy bakteryj w wydzielinie. Zjawiają się one jednak napowrót po przedwczesnym odstawieniu wstrzykiwań. Balsam kopaiwy na wewnątrz przyjmowany działa w ten sam sposób.

Sublimat, gorąco zalecany przez KOCHA jako środek przeciwnilny, jest wybornym środkiem przeciwtryprowym, w rozcieńczeniu 1 : 30000 — 1 : 20000; skuteczność jego przy tryprze łącznicy dawno jest znana.

Szczepienie ropy tryprowej w cewce i na łącznicy zwierząt, między innymi u małp, nie udało się dotychczas ani razu.

Hodowla bakteryj tryprowych udaje się dobrze w ściętej surowicy krwi przy 37° C. Tylko szczepienie wyhodowanych bakteryj potwierdzi stanowczo ich chorobotwórczą rolę (LEISTIKOW, LÖFFLER).

HIRSCHBERG i KRAUSE znajdowali bakteryje tryprowe w każdym wypadku ropotoku łącznicy, nigdy zaś przy zwykłym zapaleniu łącznicy.

SATTLER znalazł opisane mikrokokki w ziarnach trachomy.

LEWIN zwraca uwagę, że obecność lub

nieobecność bakteryj może pomódz w odróżnieniu trypra od miękiego szankra cewkowego. Z 6 wypadków zastarzałego trypra znalazł tylko w jednym bakteryje. Wstrzykiwania sublimatu są według LEWINA bardzo skuteczne, ale bolesne nawet w rozcieńczeniu 1 : 20000. *Funk.*

453. Prof. WIDERHOFER. **O przymio-
cie u dzieci.** Lekcja kliniczna. (*Allg. Wiener med Zeitung.* 1882. Nr. 29).

Dzieci, przymiotem dziedzicznym dotknięte, przychodzą na świat to martwe, to pokryte wysypką przymiotową, to wreszcie pozornie zdrowe. W tym ostatnim razie przymiot zostaje czas jakiś w stanie utajenia i wybucha w drugim lub trzecim miesiącu życia. Dziecię rodzące się syfilitycznym, przedstawia zwykle formę *s. papulosa* lub *s. pustulosa*; zapadające zaś w drugim lub trzecim miesiącu, *s. maculosa*. Zaznaczyć jednak należy, że wielopostaciowość wysypki jest cechą tak nabytego, jak dziedzicznego przymiotu. Przed wybuchem plamistej przymiotowiny, niekiedy już wkrótce po porodzie, zjawia się obrzmienie błony śluzowej nosa, cechujące się znacznym utrudnieniem dla przejścia powietrza, obok zupełnego prawie braku wydzieliny. Dziecię przytęm blednie i źle śpi. Plamy zjawiają się najobficiej na twarzy, górnej części nosa, na wyprostnej powierzchni kończyn; najmniej na tułowiu (u dorosłych widzimy zupełnie inne, prawie wprost przeciwne, umiejscowienie *roseolae* — ciekawym byłoby wyjaśnienie tego zjawiska). W wypadkach *s. papulosae* zdarza się, że naskórek wznosi się na guziku w postaci pęcherza. Przy *s. pustulosa* dziecię przychodzi na świat z nienaruszonymi pryszczami, albo z naskórkiem wiszącym w strzępach. Pod nazwą „*pemphigus syphiliticus*“ rozumiemy formę, w której pęcherze ograniczone są do dłoni i podeszew. ¹⁾

¹⁾ NEUMANN. (Lekcja kliniczna. *Allg. Wiener med. Zeitung*) odróżnia cztery formy „*pemphigus neonatorum*.“

Dzieci syfilityczne łatwo zapadają następnie na *rhachitis* i *hydrocephalus*, niezrędko też na esencjonalne porażenie i zapalenie tkanki łącznej (*furnuculosis*).

Gruczoły chłonne w bardzo małym tylko stopniu są zajęte w pierwszych miesiącach życia; znaczniejsze zmiany występują z końcem pierwszego roku. Bardzo rzadkim objawem jest ropień grasicy; w literaturze zanotowano 6 wypadków, z tych w wypadku WIDERHOFERA dziecię żyło 36 godzin, w pozostałych wypadkach dzieci rodziły się martwami. DUBOIS sądził, że z ropnia grasicy można u trupa rozpoznawać przymiot.

Rokowanie przy dziedzicznym przymiocie nie zawsze jest fatalne. Wszystkie wypadki wrodzonego przymiotu, które W. widział, kończyły się śmiercią; ale jeśli w dzień porodu nie ma jeszcze objawów przymiotu, a dziecię może być karmione piersią, mamy wszelkie prawo spodziewać się pomyślnego zejścia.

Co do zaraźliwości dziedzicznego przymiotu, W. nie obserwował ani razu, by matka zarażała się od chorego dziecka, uważa to za możliwe, ale rzadkie. W każdym razie zdaje się, jakoby przymiot dziedziczny był mniej zaraźliwy, niż nabyty (GÜNZBURG z Moskwy sądzi, że przymiot dziedziczny wcale nie jest zaraźliwy).

Co do leczenia dajemy do wewnątrz kalomel, po 1 ctgr. dziennie (gr. $\frac{1}{6}$) w 2 dawkach, zwykle z dodatkiem żelaza, sto-

1. *Pemphygus syphiliticus (verus)*, przeważnie na dłoniach i podszwach.

2. *Syphilis papulosa* z naskórkciem wzniesionym na niektórych wykwitach. Rokowanie lepsze, niż w poprzedniej formie.

3. *Pemphygus nonsyphiliticus simplex*. Przeważnie na wyprostnych powierzchniach kończyn, bardzo mało na głowie i tułowiu. Dłonie i podszwy wolne. Naprężone pęcherze z mętniejącą zawartością. Rokowanie dobre.

4. *Pemph. non syph. serpiginosus*. Pęcherze pomarszczone. Sprawa szerzy się ustawicznie dalej. Jest to tenże sam *pemphygus simplex*, ale w osłabionym organizmie, na źle odżywianej skórze. Rokowanie złe.

sujemy też wstrzykiwania podskórne peptonatu rtęci, kąpiele sublimatowe (1 grm. sublimatu na kąpiel). Wcierania szarąj maści stosujemy u starszych dzieci; niechętnie przed półrokiem. Przy recydywach dajemy jodek potasu i kąpiele jodowe, z wielką zwłaszcza korzyścią przy formach *scrophulosis*, opartych na dziedzicznym przymiocie. Ciągła opieka lekarska, zwłaszcza w pierwszych miesiącach życia, jest niezbędną. Funk.

V. Chirurgija.

459. Dr. ROSMANIT. O operacyjnym leczeniu ciężkich przypadków skurczeń i stężeń stawu biodrowego. Zur operativen Behandlung der schweren Formen von Contracturen und Anchylosen im Hüftgelenke. (*Langenbeck's Archiv für Klin. Chirurgie. T. XXVIII. Zeszyt 1*).

Autor rozpatruje wypadki skurczeń i stężeń, pozostałych po zapaleniu stawu biodrowego, w których ani użycie aparatów wyciągowych, ani też *brisement forcé* nie usuwało skrzywień i w których wskazane są krwawe rękoczynty. Są to skurczenia powstałe w skutek znacznego zaniku (*Schrumpfung*) i stwardnienia części miękkich, otaczających staw; stężenia po złamaniach, stawiające silny opór przy stosowaniu *brisement forcé*; nareszcie stężenia, powstałe w skutek zrostów powierzchni stawowych (włóknistych, chrząstnych lub też kostnych). Za życia trudno jest rozpoznać rodzaj stężenia; za wskazówkę w tych razach służyć może wiek chorego, przebieg choroby (z ropieniem lub bez), czas trwania i t. d. W każdym razie rozpoznanie będzie tylko przypuszczalne, i leczenie w skutek tego nie zawsze może być odpowiednie. Rozpocząć powinniśmy leczenie aparatami wyciągowymi (u dzieci 10, u dorosłych 15 kilo.); w razie gdyby ono okazało się niedostatecznym możemy zachloroformować chorego i stosować *brisement forcé* a następnie wyciąganie za pomocą ciężarów w

celu unieruchomienia kończyny, lub też nałożyć opatrunek gipsowy. W przypadkach, w których obie te metody okazały się niedostatecznymi, radzi autor wykonywać operacje krwawe, a mianowicie podskórną teno-myo-i fasciotomię. Tenotomija wprawdzie nie jest już teraz tak często używaną, jak za czasów DIEFFENBACHA i GUÉRIN'A, lecz nie powinna być zupełnie zarzuconą, gdyż po podskórnym przecięciu ścięgien, mięśni i powięzi bardzo często skutek jest zadziwiający. Mięśnie, które w tych przypadkach podlegają przecięciu są: ksobne, łonowy, *gracilis*, *rectus femoris*, *tensor fasciae latae* i sama powięź szeroka. Nie zawsze wystarcza podskórne przecięcie mięśni i często w ciężkich wypadkach musimy robić wielkie i głębokie cięcia, aby kończynę wyprostować. Skóra nigdy nie stanowi przeszkody, główne bowiem znaczenie w przypadkach stężenia ma powięź szeroka, a szczególnie *ligamentum intermusculare laterale* (część powięzi między *rectus femoris* i *tensor fasciae latae*), sięgające do stawu biodrowego i kości. FRORIEP zwrócił uwagę na to, że przecięcie mięśnia *tensoris fasciae latae* nie wystarcza i powinniśmy przeciąć powięź szeroką aby mózdz wyprostować kończynę. BUSCH sądzi, że i mięśnie nie mają wpływu na kontrakturę, i że tylko tkanka łączna po stronie zginaczy (znajdująca się w powięziach, w tkance łącznej międzymięśniowej lub też w torebce stawowej) podtrzymuje kontrakturę. WINIARTER wprowadził metodę t. nazwaną *Fascioplastykę* podobną do operacji *ectropium* DIEFFENBACHA i polegającą na przecięciu powięzi i następnie na pokryciu defektu powstałego po wyprostowaniu kontraktury. Autor szczegółowo opisuje operację WINIARTERA: Pole operacyjne leży na przedniej i zewnętrznej powierzchni uda, na zewnątrz od naczyń i nerwów, pod więzem POUPARTA. Skurczone części miękkie przecina W. za pomocą cięcia w formie litery V. Oba ramiona cięcia rozpoczynają się na równej wysokości pod

więzem POUPARTA i łączą się z sobą ku dołowi na przedniej powierzchni uda. Wielkość kąta, pod którym oba cięcia się schodzą i długość każdego cięcia, zależy od wielkości blizn i wieku chorego. Przeciawszy skórę i powięź próbuje się wyprostować kończynę, jeżeli przecięcie powięzi okaże się niedostatecznym, przecina się i mięśnie a w razie potrzeby i przednią torebkę stawową. Obawa otwarcia stawu jest zbyt dużą, gdyż zwykle w zastarzałych zapaleniach stawu biodrowego mamy do czynienia z zanikiem stawu, a gdyby nawet staw otwarty okazał się zdrowym, to i to nie przyniesie wielkiej szkody przy przeciwnym leczeniu. Po przecięciu skóry płat trójkątny silnie się kurczy ku górze, i pozostaje rana niepokryta w formie strzaty. Po zatamowaniu krwotoku (krwawią gałęzie mięśniowe *Art. profundae*), przystępuje W. do zeszywania rany. Połączenie rany w formie V może być tylko przy niewielkich kontrakturach; przy znacznym skurczeniu się płatu, szew przyjmie formę Y lub też T. Brzegi zewnętrznie schodzące się u wierzchołka rany, zeszywają się z sobą za pomocą szwu węzłkowego, aż do wierzchołka płatu, reszta zaś brzegów rany z odpowiednimi brzegami płatu. Pożądane są także szwy głębokie dla połączenia głębokich warstw, i czasami sączek lub też kontrapertura ku tyłowi. Za pomocą takiej plastycznej operacji, udaje się zawsze wyprostować kończynę, naturalnie jeżeli części kostne nie stawiają przeszkody, kontraktura zaś mięśni ksobnych łatwo się daje usunąć za pomocą tenotomii. Dla utrzymania kończyny po operacji w nadanym położeniu, nakłada się albo opatrunek gipsowy z otworem odpowiadającym ranie, lub też opatrunek wyciągowy z lepkiego plastru przy unieruchomionej miednicy. Ostatecznym celem tej operacji jest osiągnięcie ankylozy w położeniu o ile możności wyprostnym. BILLROTH wykonał 2 operacje metodą WINIARTERA z pomyślnym rezultatem. Ope-

racja W. stanowi ważny nabytek dla chirurgii i zawsze powinna być wykonywaną przy kontrakturach części miękkich. W razie gdyby przecięcie wszystkich części miękkich nie wystarczyło dla wyprostowania kończyny, możemy wykonać *osteotomię szyjki kości biodrowej*. W przypadkach kostnej ankylozy można próbować ręcznej lub instrumentalnej *osteoklasty* t. j. sztucznego złamania. Za pomocą *osteoklastów* nie możemy przy ankylozach w stawie biodrowym wywołać takiego złamania jakiego sobie życzymy, musimy bowiem mieć złamanie szyjki lub też kości biodrowej blisko krętarza, a żaden z instrumentów nie działa tak aby mógł złamać długą kość w jednym z jej końców. Łatwiej da się skutecznie złamanie za pomocą rąk, i używa się czasami dla zniesienia ankylozy, lecz ponieważ jest zależne od oporu jaki w danym przypadku stawia kość stosownie do zmian patologicznych, nie może więc i ten sposób stanowić oddzielnej metody. W każdym razie powinniśmy przy stosowaniu tej metody trzymać się rady GUSSENBAUERA i wykonywać złamanie w położeniu silnie zgiętym i pamiętać o tym iż złamanie może nastąpić w miejscu, zupełnie nieodpowiadającym ankylozie. Jeżeli żaden z tych sposobów nie prowadzi do celu, to przystępujemy do następujących operacji: *zwyczajnej osteotomii, wycięcia klina i rezeceji*. Autor przytacza historyje rozwoju tych operacji, i opisuje odpowiednie historyje chorób. Wszystkie sposoby operowania przez różnych chirurgów zalecane, redukują się: 1) do zwyczajnej osteotomii szyjki lub też pod krętarzem, 2) wycięcia klina i 3) rezeceji. Różnice polegają na tym iż jedni operują podskórnie, drudzy za pomocą wielkich cięć i następnie leczą antyseptycznie i nakoniec w wyborze instrumentów i opatrunku.

Przy zwykłej osteotomii przecinamy kość albo przy szyjce lub też pod krętarzem. W pierwszym razie oprócz przecięcia kości i części miękkich otwieramy i

staw, co jednak jak już wyżej wzmiankowaliśmy nie ma znaczenia przy ankylozach. Przepiłowanie i przecięcie kości za pomocą dłuta nad krętarzem jest trudniejszym aniżeli pod krętarzem, gdyż kość leży głębiej i rana będzie głębszą, gdy przeciwnie przy przepiłowaniu poniżej krętarza łatwiej jest dostać się do kości i nie ma niebezpieczeństwa zranienia części miękkich i naczyń. Autor sądzi, że przy ankylozach stawu biodrowego, osteotomija pod krętarzem (*subtrochanterica*), daje daleko lepsze rezultaty, aniżeli przepiłowanie szyjki. Przez osteotomię staramy się osiągnąć ankylozę o ile możności w położeniu wyprostnym, o ruchach nie myślimy przytym wcale, gdyż zawsze w końcu następuje zanik sztucznego stawu; jeżeli rezultat ma być trwały, to trzeba wykonać rezeceję. Co do recydywy, (nienormalnego położenia kończyny), następuje ona rzadziej po osteotomii poniżej krętarza, aniżeli po przecięciu szyjki. Co do wycięcia klina zdania chirurgów są podzielone. BILLROTH dotychczas robił tylko zwyczajną osteotomię, również GUSSENBAUER uważa wycięcie za zbyt częste, VOLKMAN radzi robić wycięcie klina szczególnie u dorosłych. Rezultaty i śmiertelność przy tym sposobie operowania nie różnią się prawie w niczym od rezultatów zwyczajnej osteotomii.

Rezeceja jest nakoniec najtrudniejszą i najcięższą operacją, usuwającą ankylozę stawu biodrowego i może polegać albo na odcięciu całej górnej części stawowej kości biodrowej i oddzieleniu główki za pomocą dłuta, lub też na wycięciu większego kawałka kości biodrowej w pobliżu linii stawowej. Chociaż nie ma niebezpieczeństwa przy otworzeniu zdegenerowanego stawu, jednakowoż bardzo jest trudną operacją wyluszczenia główki zrosniętej z panewką, rana przytym jest wielką, lecz za to ruchy kończyny łatwiej dają się osiągnąć. Zależnie od zajęcia chorego powinniśmy się starać o ankylozę, albo w zupełnie wyprostnym lub też w co-

kolwiek zgietém położeniu, aby ułatwić choremu siedzenie, co po zwyczajnej osteotomii lub z wycięciem klina łatwo da się skutecznie przy nałożeniu odpowiedniego opatrunku. Dla utworzenia zaś ruchomego stawu zawsze konieczną jest rezekcja. Bezwarunkowo wskazaną jest rezekcja, przy obustronnych ankylozach, z jednej strony w takich razach można zrobić zwykłą osteotomię, a z drugiej rezekcję. Podwójne takie operacje robili w ostatnich czasach BRUNS, VOLKMAN i BILLROTH. Wielkość wyciętego kawałka kości, zależy od danego przypadku i nie powinna być nigdy za małą. Bardzo ważnym jest leczenie po operacji, i najlepszy sposób przedstawia wyciąganie za pomocą ciężarów i następnie gimnastyka. Śmiertelność po rezekcji jest większą aniżeli po poprzednich sposobach operowania, wszystkie przypadki jednak dotąd znane operowane były bez zachowania środków przeciwnilnych, i dlatego statystyka podobna dzisiaj nie może mieć wartości. Z instrumentów radzi autor używać noża rezekcyjnego LANGENBECKA, za pomocą którego prowadzi się cięcie aż do kości. Dla kości radzi używać pił, dłuta i młotka a do wycięcia klina, dłutka z długimi rękojeściami. Mogą być potrzebne i nożyce kostne dla zrównania kości. Cięcie przyjęte dla rezekcji w stawie biodrowym przez LANGENBECKA, powinno i tu być stosowanem, jest to cięcie po stronie tylnej i zewnętrznej stawu. Po operacji nakłada BILLROTH opatrunek jodoformowy. Autor przytacza 4 wypadki kontraktur i ankylozy z kliniki prof. BILLROTHA i podaje szczegółowe historyje choroby. W pierwszym wypadku zrobiono fascioplastykę WINIWARTERA, w drugim także fascioplastykę a następnie osteotomię szyjki, w trzecim osteotomię szyjki z zachowaniem przepisów przeciwnilnych i w czwartym rezekcję stawu biodrowego. We wszystkich czterech wypadkach rezultat był zadawalniający. R. podaje następnie statystykę wszystkich operacyj

wykonanych dotąd przy ankylozach stawu biodrowego, naturalnie o ile takowe były opisane:

1) zwyczajnych osteotomij:

a) osteotomii szyjki	35—4	przyp.	śmierci	11,43% ₀
b) pod krętarzem	34—3	—	—	8,82% ₀
2) wycięcie klina	28—2	—	—	7,14% ₀
3) rezekcje	20—6	—	—	30% ₀

W końcu autor podaje obszernie sprawozdanie z wyników leczenia zapalenia stawu biodrowego z kliniki prof. BILLROTHA w ostatnich 4 latach. Przypadków było 47, z tych 29 leczono za pomocą opatrunku gipsowego i wyciąganiem ciężarami. Częściej używano opatrunku gipsowego i autor sądzi iż ten ostatni, szczególnie u dzieci częściej powinien być stosowanym aniżeli wyciąganie, gdyż chorych takich można leczyć ambulatoryjnie, a nałożywszy opatrunek wyciągowy trzeba chorych trzymać w szpitalu pod ciągłym i umiejętnym nadzorem. *Guranowski.*

460. Dr. T. HERING. **O wynikach mechanicznego leczenia zwężeń krtani.** Rzecz odczytana na VII Zjeździe międzynarod. lek. w Londynie. Odbitka z „Gazety Lekarskiej“ 1882 r.

Autor odróżnia dwie metody leczenia zwężeń krtani, a mianowicie wprowadzenie do zwężonej krtani cewników lub rurek przed wykonaniem tracheotomii i systematyczne rozszerzanie zwężenia po wykonanej już tracheotomii. Pierwszą metodę głównie rozpowszechnił SCHRÖTTER i zaleca ją zarówno przy leczeniu ostrych zwężeń krtani grożących nagłym uduszeniem, jakoteż i w przypadkach zwężeń przewlekłych. Przy zwężeniach ostrych wprowadzanie rurek (z twardego kauczuku) SCHRÖTTER'A w kilku wypadkach zastąpiło tracheotomię. H. jest zdania iż katetyzacja krtani jest wskazaną przy wszystkich ostro występujących zwężeniach, wywołanych bądź to przez obrzęk błony śluzowej, bądź to przez porażenie mięśni oddechowych. Rurki SCHRÖTTER'A można zastąpić zwykłym kateterem, lub kawałkiem zgłębnika przełykowego. Na-

stępnie autor podaje wyniki kateteryzacji w 8 przypadkach ostrego zwężenia i przychodzi do następujących wniosków: 1) Kateteryzacja może u dorosłych w odnośnych przypadkach zastąpić tracheotomię, lecz u małych dzieci stosowaną być winna tylko w ostateczności i z wielką oględnością i ostrożnością. 2) Rurki SCHRÖTTERA, pozostawione w krtani przez czas dłuższy (*à demeure*) mogą wywołać owrzodzenia odleżynowe w skutek ucisku, a nawet sprowadzić obnażenie chrząstek; metoda ta nie może być stosowaną u osób wyniszczonych jak np. po tyfusie. 3) Metoda ta wymaga wielkiej ostrożności i ciągłego dozoru nad chorym ze strony lekarza, gdyż skutkiem nagłego usunięcia rurki, widziano przypadki śmiertelnego zaduszenia. 4) Wprowadzając rurkę przymocowaną, należy być przygotowanym do tracheotomii w razie nie udania się kateteryzacji. Próby powinny być dokonane rurkami cienkimi i nie należy prób zbyt przedłużać. 5) Przy suchotach lub raku krtani metoda SCHRÖTTERA winna być w odnośnych przypadkach zastąpioną przez tracheotomię. Kateteryzacja przy przewlekłym zwężeniu krtani za pomocą rurek SCHRÖTTERA dała bardzo dobre rezultaty. Na 47 przypadków daleko posuniętego cierpienia, w 27 przypadkach powrócono prawidłowy oddech. H. rozbiegając te 47 przypadków przychodzi do następujących wniosków: 1) Najlepsze rezultaty mechanicznego leczenia zwężeń krtani otrzymano przy *chorditis vocalis hypertrophica inferior*. 2) Zbyt gwałtownego rozszerzania zwężenia należy bezwzględnie unikać, chorzy zaś leczeni tą metodą powinni ciągle pozostawać pod ścisłą opieką lekarską. Przy leczeniu zwężeń krtani po tracheotomii posługiwano się dotąd albo a) przecikami cynowymi wprowadzonymi przez ranę na szyi, lub też b) rozszerzano mechanicznie od dołu przez otwór po tracheotomii za pomocą zgłębników, cewników, rozszerzadeł działających na zasadzie śruby, tamponów gu-

mowych i na koniec c) metodą SCHROETTERA t. j. rozszerzanie zwężeń z góry, przez usta za pomocą cewników, zgłębników metalowych, rozszerzadeł mechanicznych właściwych i świeczek cynowych. H. w 36 wypadkach zwężeń spowodowanych zapaleniem ochrzęstnej, leczonych metodą SCHROETTERA znalazł w 8 wypadkach zupełne wyzdrowienie (kaniula została usuniętą), w 10 wypadkach nastąpiło zupełne rozszerzenie krtani bez możliwości usunięcia rurki a w 18 wynik był ujemny. H. zwraca uwagę iż metoda leczenia mechanicznego zwężeń krtani może być z dobrym skutkiem zastosowaną w przypadkach niedawno trwających, przy zwężeniach kształtu niecyldrycznego, i należy ją rozpoczynać po usunięciu objawów zapalnych i przy braku gorączki. Metoda mechanicznego rozszerzania daje ujemne rezultaty przy braku cierpliwości ze strony chorego i lekarza, przy odpowiedniem zaś energicznem i ostrożnem leczeniu można otrzymać wyniki dodatnie nawet w bardzo zastarzałych zwężeniach. Objawy zapalne, występujące w razie zbyt szybkiego rozszerzania wymagają przerwy w leczeniu. W razie obecności wałków błonowych, zrostów, lub bujającej ziarniny należy wprzód takowe zniszczyć. H. oddaje pierwszeństwo metodzie od góry (przez usta). W daleko posuniętych zwężeniach, formy cylindrycznej, powstałych w skutek zapalenia ochrzęstnej połączonego ze zgorzelą i wydzieleniem się kawałków chrząstki radzi autor stosować laryngotomię lub częściowe wycięcie krtani. Słupki SCHROETTERA zastąpić można zgłębnikami metalowymi BENIQUÉ. W razie gdy przeprowadzenie słupków SCHROETTERA przy zwężeniu natrafia na znaczne trudności, możemy je sobie ułatwić przy pomocy cienkiej rurki BELOCQ'A (sposób autora).

Guranowski.