

Kronika Lekarska

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Z pracowni chemiczno-bakteryologicznej Szpitali Warszawskich
w szpitalu ś-go Ducha.

I. O działaniu farmakologicznem kakodylanu sodu.

PODAŁA

D-r med. Matylda Biehler.

Sześć lat mija od chwili, gdy kakodylan sodu został wprowadzony do lecznictwa; pomimo jednak szerokiego zastosowania, które środek ten uzyskał, nie zdobył on dostatecznie trwałej podstawy i zdania o nim nie są bynajmniej ustalone. Wynika to z braku dokładnej znajomości środka tego i doświadczalnej oceny jego działania. Wiemy dobrze, jak często spostrzeżenie kliniczne zawodzi tam, gdzie idzie o ocenę tego lub innego środka lekarskiego; wiemy również, że i doświadczenia laboratoryjne nie są w możności rozwiązać wszelkie pytania z dziedziny farmakodynamiki leków; sądzimy w każdym razie, że jedynie połączenie obu sposobów poznania może nas uchronić od złudzeń i zawodów.

Pragnąc choć w części wypełnić lukę w farmakologii związków kakodylowych, postanowiliśmy dokonać kilku badań, których wyniki podajemy poniżej; przedewszystkiem jednak w krótkim zarysie przytoczymy ważniejsze dane z tej dzie-

dziny, odsyłając czytelnika, pragnącego możliwie obszernie się zapoznać z daną sprawą, do doskonałej pracy d-ra Nicatięgo.

Jeżeli w kwasie arsenowym o wzorze As O (OH)_3 zastąpimy 2 grupy hydroksylowe (OH) przez dwie grupy metylowe (CH_3), to otrzymamy kwas kakodylowy $\text{As O (OH) (CH}_3)_2$. Połączenie to, zawierające 54,38% arsenu, odznacza się względnie niewielkimi własnościami trującymi, krystalizuje się w postaci pryzmatów romboidalnych bezbarwnych, bezwonnych, łatwo rozpuszczalnych w wodzie, mało w alkoholu, zupełnie nierozpuszczalnych w eterze. Punkt topliwości wynosi 200°C . Kwas kakodylowy, łącząc się z sodem, tworzy kakodylan sodu $\text{As O (O Na) (CH}_3)_2$. Połączenie to, krystalizujące się z dwiema lub trzema częściami wody, występuje jako pryzmat lub łuski; jest bezwonne, łatwo rozpuszczalne w wodzie i alkoholu, nierozpuszczalne w eterze; topi się w 60° . Jeden gram kakodylanu sodu odpowiada 0,3 arsenu.

Z robionych dotąd doświadczeń wiemy, że kwas kakodylowy wchłania się bardzo szybko przez wszystkie błony śluzowe i tkankę podskórną.

Wydziela się kwas kakodylowy według Heffter'a pod postacią kwasu kakodylowego w większej części w małej części pod postacią kwasu arsenowego lub arseniku metalicznego. Znajdujemy go w moczu i w różnych narządach naszego ustroju.

Doświadczenia te wykazują, że leczenie kakodylem jest niczem innym jak leczeniem arsenikiem, którego dawki są bardzo małe. Kakodylan wydziela się daleko wolniej, jeśli go zastrzykiwać pod skórę i daleko szybciej, jeśli go zastrzykiwać do żył. Według Heffter'a też najwięcej redukuje kwasu kakodylowego wątroba i ściany żołądka, potem idą ściany kiszek, mięśnie, nerki, krew, płuca, mózg i śledziona.

Stąd również wniosek, że kwas kakodylowy działa tak jak preparaty arseniku; kakodyl jest jednak mniej trujący.

Własności trujące kakodylu, jak mówiliśmy, są bardzo słabe. Dorosłemu można dawać dziennie 0,05—0,10, dzie-

ciom od 10—15 lat—0,03—0,05, dzieciom od 3—10 lat—0,01—0,03 dziennie.

W każdym razie należy, zanim się dojdzie do wyżej wymienionych dawek, zbadać jak oddziałuje ustrój na kakodyl, zaczynać przeto lepiej od dawek słabych; w celu uniknięcia objawów nieznoszenia leku.

Co się tyczy działania na oddychanie i krążenie krwi, to z doświadczenia Binet'a i Robin'a wynika, że pod wpływem kakodylu tętno i oddech stają się powolniejsze, wymiana gazów (kwas węglowy i tlen) jest mniejsza.

Mocz chorych, którzy przyjmują kakodyl, wydziela zapach czosnku; kakodyl nie wywołuje białkomoczu. Wydzielanie mocznika, kwasu moczowego, fosforanów i chloranów zmniejsza się (Collet i Choutet).

Działanie kakodylu na ciepłotę ciała jest bezpośrednio żadne; jeżeli jednak ciepłota podczas leczenia się obniża, to należy to przypisać temu, że stan ogólny się polepsza.

Kakodyl działa też na skórę; według Gautier'a wzmacnia porost włosów, poprawia odżywianie skóry, dzięki czemu nabiera ona większej odporności przeciw złym wpływom zewnętrznym.

Kakodyl działa jeszcze na narządy płciowe. Gautier obserwował częstsze pojawianie się miesiączki (co 24 dni).

O tem, jakiego są zdania autorowie odnośnie do działania kakodylu na krew — mówić będziemy niżej.

Fierwszą wzmiankę o leczniczem zastosowaniu kakodylanu sodu znajdujemy w sprawozdaniu z posiedzenia Akademii Lekarskiej w Paryżu z dnia 30 maja 1899 r. Kiedy prof. Renault z Lyonu przytoczył niektóre dane o zastosowaniu nowego środka, mającego zastąpić płyn Fowler'a. Uczony lyoński, idąc za radą prof. Gautier'a, stosował kakodylan sodu wyłącznie w zastrzykiwaniach podskórnych, dokonywanych 2 do 3 razy dziennie, w dawkach po 0,01; środek ten oddał dobre usługi w leczeniu gruźlicy. Z całą słuszością autor twierdzi, że kakodylan sodu działa w tym samym kie-

runku, jak i inne przetwory arsenikowe, czyli jako środek, ochraniający ustrój od strat nadmiernych, lecz że przewyższa owe środki swoją nieszkodliwością.

W kilka dni po owem doniesieniu Renaut'a prof. Gautier na posiedzeniu Tow. Lekarskiego w Paryżu 6 czerwca 1899 r. mówi też o stosowaniu kakodylu, przyczem zaznacza, że najlepiej wprowadzać go pod skórę, wprowadzenie bowiem per os lub per rectum pociąga za sobą nieprzyjemne skutki: kakodylan sodu, wprowadzony do przewodu pokarmowego, znajduje w nim czynniki redukujące, które są w możności przeistoczyć kakodylan sodu w tlenek kakodylu, substancję nader trującą. I jeszcze na jedno zwraca uwagę uczonego francuski, mianowicie na przykry zapach czosnku, jaki wydzielają z oddechem chorzy, którzy biorą tą drogą kakodylan. Wprawdzie G r a s s e t stosował kakodylany per os pod postacią pigulek, kropli i t. p., nie obserwując przytem żadnych szkodliwych objawów; mimo to zaleca Gautier na zasadzie swoich i innych (Burlureaux, Roustan i t. p.) doświadczeń, zastrzykiwania podskórne, jako potężny środek w szczególności w gruźlicy. Gautier nie podziela zdania Renaut'a; dla niego istnieje różnica między działaniem kakodylu i arseniku i polega na tem, że arsenik znajduje się w kakodylanach pod postacią skrytą organiczną. Pod postacią kakodylanu sodu kwas kakodylowy nie jest trujący, można go dawać w dawkach bardzo wysokich, dowodem choćby jest ten fakt, że D a n c l o s dawał chorym w ciągu kilku dni codziennie po 0,80, w ciągu zaś 2-ech lat po 0,30, nie widząc żągnych objawów zatrucia. R i l l e zaś, prof. dermatologii w Wiedniu, dochodził nawet do 1,60 gr. kwasu kakodylowego dziennie i nie miał żadnych objawów zatrucia.

Gautier twierdzi zatem, że organizm oddziaływa zupełnie inaczej na arsenik organiczny oraz inaczej na mineralny. Według niego arsenik mineralny pochłonięty jest przez leukocyty i przeistoczony w arsenik organiczny i że tylko jako taki działa na komórki; dowodem tej teorii jest

dla Gautier'a przypadek Selmi'ego, który w r. 1880, dając zwierzętom w bardzo dużych, acz nie śmiertelnych, dawkach kwas arsenowy, znalazł w moczu arsenik pod postacią organiczną. Prócz tego arsenik mineralny, który nie został zmieniony przez białe ciała, jest 100 razy więcej jadowity niż ten który przynosi krew do ośrodków nerwowych i który już jest przyswojony, jako przeistoczony w organiczny (Be-sredka).

Badania nad kakodylanem robione były, odnośnie do ja-dowitości i farmakodynamiki, już przez Bunsen'a, Leba-hu'a, Schulz'a, Rabuteau i in. Schmidt, Chomge i Kierschner dawali kakodylany przez pewien czas kilka-naście lat temu ludziom, zarzucili je jednak, nie przypisując im specjalnej wartości.

Renz nie widział też żadnego polepszenia po kakodyla-nie, przeciwnie zaś — objawy nieznoszenia go (przyśpieszenie tętna, bezsenność, suchość w ustach, czkawka, zapach czosnku). Prawdopodobnie używał autor jakiegoś nieczystego przetworu.

Dzięki zachęcającym wynikom, jakie otrzymał Renaut i Gautier, zaczęto stosować kakodylany coraz częściej, z co-rasz większym zaufaniem i w różnych chorobach, w tych mia-nowicie, w których leczenie arsenikiem było wskazane. A więc przedewszystkiem w chorobach skóry (psoriasis, lichen planus, lupus, choroba Dering'a, gruźlica skórna i t. p.). Renaut nawet otrzymał znaczne polepszenie w nabłoniaku języka. Vidal notuje wyleczenie kakodylanem zwyczajnego wyprysku oraz wyprysku szramy sromnej po białych upławach.

(c. d. n.).

Z Kliniki chorób dróg moczowych prof. Guyon'a w Paryżu.

II. GRUŻLICA MOCZOWODÓW I MIEDNICZKI

PRZEZ

d-rów Noël'a Hallé i Bolesława Motz'a.

(*Ciąg dalszy*).

Gruźlica wstępująca pęcherza istnieje: pęcherz może być wtórnie owrzodzony skutkiem rozszerzenia się sprawy gruźliczej z okolicy kroczonej cewki, jako następstwa gruźlicy pierwotnej krocza. Gruźlica wstępująca zdarza się rzadko i ma swoiste cechy anatomiczne: szyjka ulega zniszczeniu, a okolica jej zlewa się w jedną jamę z jamą części kroczonej. Owrzodzenie szyjki posuwa się ku górze w dolnej części pęcherza, niedochodząc do trójkąta Lieutaud'a, to też moczowody otwierają się do owrzodzonej błony śluzowej.

O ile mamy do czynienia ze zstępującą gruźlicą pęcherza jako następstwem gruźlicy nerkowo-moczowej, jednostronny otwór moczowodu, odpowiadający zdrowej nerce, może mieć ujście do zdrowego pęcherza—w części uratowanej—albo też do owrzodzonej błony śluzowej.

Co się dzieje, gdy owrzodzenie pęcherza, czy to pochodzenia kroczonego wstępującego, czy też nerkowego zstępującego, dosięgnie przewodu zdrowego moczowodu i zdrowej nerki?

Czy powstanie wstępująca gruźlica moczowodu?

Można doskonale zrozumieć i przyjąć w tych warunkach rozszerzenie per continuitatem wprost skutkiem owrzodzenia aż do ujścia pęcherza i do dolnej części moczowodu.

Tutaj jeszcze można przypuszczać, że naczynia krwio-

nośne i limfatyczne, ściśle złączone ze sobą przy ujściu, grają wielką rolę przy wstępowaniu zmian od pęcherza do moczowodu.

Sądząc wszakże z faktów, zdaje się, że podobne wstępujące rozprzestrzenienie należy do wyjątków.

Jeżeli odpowiednia nerka jest zdrowa, to i cały moczowód pozostaje nienaruszonym aż do ujścia pęcherzowego — nawet, jeżeli się otwiera do owrzodzenia.

I jeszcze więcej. Powyżej opisaliśmy wyjątkowy fakt zachowanego sznurka ostiocerwikalnego pośrodku głębokiego owrzodzenia pęcherza; owrzodzenie to zniszczyło głęboki pas naokoło moczowodów w pęcherzu; droga intraparietalna moczowodu i jego otwór pozostały nienaruszone, leżąc po środku zmian obwodowych: nerka i moczowód są nienaruszone, a prawie zawsze odpowiadają dawnym i głębokim zmianom nerko-moczowodowym niszczące owrzodzenia lejka otworowego, który powstaje przez zlanie się owrzodzenia na drodze wewnątrzściennej moczowodu.

Istnieje więc cały szereg przypadków, w których moczowód, wchodząc do głębokiego owrzodzenia pęcherza, stanowi doskonałą drogę dla zakażenia wstępującego, a mimo to moczowód pozostaje zdrowym. Ponieważ nerka z odpowiedniej strony pozostaje zdrową, przeto zakażenie nie wstępuje.

Należy wszakże przyznać, że w pewnej ilości przypadków położenie zmian w moczowodach i ich styczność ze zmianami pęcherza naprowadzają na pierwszy rzut oka na myśl o wstępującem pochodzeniu zakażenia: pęcherz jest całkowicie głęboko owrzodzony; owrzodzenie dosięga i niszczy ujście; ostatni odcinek moczowodu zajęty jest daleko posuniętymi zmianami: głębokie owrzodzenie albo nacieczenia zserowaciałe; powyżej rozszerzony moczowód ma tylko powierzchowne zmiany w błonie śluzowej.

Napewno powiemy, widząc te części, że mamy do czynienia z gruźlicą moczowodową wstępującą.

Zbadajmy jednak odpowiednią nerkę, a znajdziemy w niej

zawsze zmiany gruźlicze, niekiedy mało widoczne, częściowe, rozsiane, zawsze dawne; owrzodzenie jamiste, brodawki, jama korowa zserowaciała.

Szukamy jeszcze głębokiego otworowego owrzodzenia i nienaruszonej odpowiedniej nerki.

W tych więc nawet przypadkach, w których wstępująca gruźlica dolnej części moczowodu zdaje się możliwą z powodu topografii zmian — i w tych, myślimy, że pochodzenie to jest rzeczą sporną; że prawdopodobnem jest pochodzenie wtórne po pierwotnych zmianach nerkowych i że gruźlica jest w rzeczy samej zstępująca z umiejscowieniem maximum w dolnej części moczowodu.

Cała ta dyskusya daje się streścić, jak następuje.

Nie przecząc możliwości pochodzenia owrzodzenia wstępującego ujścia z pęcherza, należy uważać gruźlicę wstępującą moczowodu za wyjątkową, nawet wątpliwą. Jeżeli pochodzenie wstępujące i pęcherzowe zmian gruźliczych moczowodowo-nerkowych dawniej przyjmowano zbyt pośpiesznie — sądzimy, iż pochodzi to od zbyt łatwego i błędnego mieszania ich ze wstępującymi zmianami moczowodowo-nerkowymi natury zapalnej. Otóż, pomiędzy gruźlicą a zakażeniem ropotwórczem istnieje wielka różnica.

W zwykłej infekcyi moczowej zatrzymanie moczu w pęcherzu jest obowiązkowe; wstrzymanie moczowodowo-nerkowe prawie stałe.

Czynniki zakażenia rozmnażają się i rosną z wielką szybkością w moczu.

Skoro ujście rozszerzonego moczowodu jest zajęte, prawie natychmiast znajdujemy te drobnoustroje w moczu, znajdującym się w moczowodzie; i przez mnożenie się i żywotność swoją dochodzą one aż do miedniczki i nerki, idą przeciw biegowi moczu, tworząc przez swoją obecność zmiany ostre — wstępującego drobnoustrojowego zapalenia moczowodu i miedniczek.

Nic podobnego nie dzieje się w gruźlicy pęcherza. Prze-

szkody pierwotnej i zatrzymania najczęściej niema; laseczniki nie hodują się i nie rozmnażają w moczu; są mało obfite w tych miejscach, gdzie ich pozostawiło rozszczepianie się ognisk gruźliczych; rozmnożenie i żywotne wstępowanie przeciw biegowi moczu nie istnieje.

Jeżeli więc owrzodzenie pęcherza może zająć per continuitatem ujście i końcowy odcinek moczowodu—co jest nie tylko rzadkiem, ale wątpliwem—to wstępujące zakażenie gruźlicy przez moczowód do nerki nie zdarza się.

Możemy zatem postawić wniosek następujący: Gruźlica moczowodu jest zawsze pochodzenia nerkowego i ma cechy zstępującej. Gruźlica pochodzenia płciowego, wstępująca z moczowodu do pęcherza, nie rozprzestrzenia się od dołu do góry—od moczowodu do nerek.

Co się tyczy rozwoju i rozszerzania, to dwa te rodzaje gruźlicy moczopłciowej — jedna pochodzenia nerkowego, druga — kroczo-płciowego — przeciwstawiają się jeden drugiemu.

Gruźlica moczowodu zawsze jest połączona z pierwszą i zstępującą.

Gruźlica moczowodu wstępująca nie istnieje.

W przypadkach stosunkowo dość częstych, w których zmiany gruźlicze zjawily się jednocześnie w dwóch ogniskach: górnem nerkowem i dolnem płciowem, widzimy różne zmiany, których interpretacya na pierwszy rzut oka jest wątpliwą. Badając jednak przypadki zwyczajne i typowe, zmuszeni jesteśmy zaprzeczyć, jak to i czynimy, istnieniu wstępującej gruźlicy moczowodu.

Dodajmy, chociaż tu na to nie miejsce, że wyniki doświadczeń potwierdzają ten wywód: gruźlica pierwotna doświadczalna nerki wikła się nagle gruźlicą moczowodową wtórną zstępującą w pewnej ilości przypadków, jeżeli powstaje normalny związek pomiędzy nerką a moczowodem.

Wrócimy do tego, rozpatrując gruźlicę nerki.

Pozostaje nam rozpatrzenie kilku szczegółów.

1. Postaci i rozwój zmian.

Jakie warunki kierują pojawieniem się zmian lasecznikowych moczowodowo-miedniczkowych pod różnemi anatomicznemi postaciami; jaki jest ich rozwój ostateczny?

a) *Formy anatomiczne pierwotne.* Czy dwie formy, opisane wyżej, zmiany powierzchowne, umiejscowione w śluzówce, i nacieczenia rozlane całkowite są następującemi, jedna po drugiej, formami ewolucyjnymi? Myślimy, że najczęściej na początku są umiejscowione rozsiane powierzchowne zmiany i że ich stopniowy rozwój na powierzchni i do głębi może doprowadzić przez zlanie się do całkowitego zserowaciałego owrzodzenia.

Nie jest to jednak dla nas wątpliwem, że gruźlica moczowodu może odrazu przedstawić charakter rozlanego nacieczenia, i opisaliśmy tę formę ziarninową, zlewającą się — nacieczenia — która daje zaraz na początku śluzówce, pokrytej jeszcze nabłonkiem, wygląd mętny, żółtawy i jaszczurowaty. Nacieczenie gruźlicze pierwotne może być różne, odnośnie do rozległości i głębokości. Zawsze, ograniczone najpierw w śluzówce, dopełnia się nagle w ciężkich przypadkach przez najście stopniowe głębokich zewnętrznych warstw tkanki śluzowo-łącznej.

Różnice pomiędzy pierwotnemi postaciami anatomicznemi dają się objaśnić różnorodnością obfitości i złośliwości infekcyi. Infekcyi mało obfitej i mało jadowitej inokulacyi dyskretnej i stopniowej odpowiada forma początkowa ogólna umiejscowionych zmian w śluzówce. (c. d. n.).

III. Przekrwienie jako środek leczniczy.

STRESZCZENIE ZBIOROWE

podał

Wacław Biehler.

(*Ciąg dalszy*).

Bier leczyl z dobrym wynikiem 28 przypadków. Tylko w jednym przypadku z tej statystyki Bier'a nie udało się otrzymać dobrego wyniku i trzeba było przystąpić do otwarcia wyrostka. Z tych 28 przypadków Bier'a było 17 ostrych, z których 16 wyleczono w przeciągu trzech tygodni i słuch w nich powrócił zupełnie do normy; tylko w jednym słuch został osłabiony. Z pozostałych 11 przewlekłych przypadków wygoili się dwa bez nacięcia i słuch wrócił do normy. W jednym przypadku choroba trwała już 11 miesięcy, po szkarlatynie okazał się wielki martwak, w trzech były cholesteatomy—te cztery przypadki, rozumie się, nie mogły być wyleczone przekrwieniem zastoinowem. Z pozostałych 5 przypadków dwa wyleczono z ostrego zapalenia wyrostka, lecz pozostał wyciek ropny z ucha, który, prawdopodobnie, ustąpiłby, gdyby chorych nie zabrano zawczasie z kliniki, ostatnie trzy przypadki wygoili się zupełnie, lecz słuch nie powrócił. Jak widzimy z tej statystyki, przewlekłe przypadki nie dają zadowalniających wyników — wyleczono tylko te, gdzie była ziarnina lub ropa; gdzie był martwak i cholesteatomy, tam zastój nic zrobić nie może. Świetne wyniki daje za to ostre zapalenie wyrostka sutkowego.

Podobne wyniki otrzymał i Heine. Z 19 przypadków wyleczono zupełnie 9; w dwóch przypadkach wyleczono ostre zapalenie wyrostka, lecz wyciek ropny pozostał; w 8 przypadkach operowano.

Dalej, stosował Bier bandażyk zastoinowy naokoło szyi w kilku przypadkach zapalenia opon mózgowordzeniowych na tle gruźliczem lub ropnem; w jednym przypadku otrzymał on zupełne wyzdrowienie. Bier jest zdania, że bandażyk

zastoinowy naokoło szyi może oddać dobre usługi podczas, obecnie panującego, nagminnego zapalenia opon mózgowordzeniowych; należy to właśnie zbadać. O ile dotychczas wiadomo — nikt jeszcze tego nie zastosował w tych przypadkach.

Leczono bandażykiem zastoinowym naokoło szyi dwa przypadki ostrego zapalenia ślinianki przyusznej, raz jedno ostre zapalenie gruczołów na szyi i kilka przypadków ciężkiego zapalenia ropnego dziąseł—wyniki były dobre.

W klinice leczył dalej Bier 6 przypadków bardzo ciężkiego zapalenia okostny szczęk, przyczem przebieg był kompletnie świetny—ani razu nie wytworzył się martwak; oprócz tego w ambulansie leczono za pomocą baniek lżejsze przypadki zapalenia okostny szczęk; również i tutaj były wyniki świetne.

Na tem miejscu należy nadmienić, że próbowano leczyć pewne choroby oczu bandażykiem zastoinowym naokoło szyi. Tak na przykład Renner leczył kilka przypadków mięszoowego zapalenia rogówki i otrzymał, jakoby, wyniki zadowalniające.

Sämisch leczył z dobrym wynikiem dwa przypadki ostrego zapalenia woreczka łzawego. Dalej, leczono specjalnie małemi bańkami z dobrym wynikiem jęczmień na powiekach.

Heule leczył z dobrym wynikiem 6 przypadków ostrego nieżyty nosa za pomocą bandażyka zastoinowego naokoło szyi.

Hochhaus stosował go w 36 przypadkach błonicy, przyczem otrzymał lepsze wyniki, niż po zastrzyknięciu surowicy. Okazało się, że błonki prędko znikaly i wcale się nie rozprzestrzeniały niżej wzdłuż dróg oddechowych górnych. Należy tutaj dodać, że w bardzo ciężkich przypadkach Hochhaus nie omieszkwał oprócz tego zastrzykiwać surowicy.

W zapaleniu gardła wyniki nie były tak dobrymi, jak w błonicy.

Prym poleca stosowanie, specjalnie przyrządzonych, baniek ssących do leczenia zapalenia migdałków; daje to, jakoby, bardzo dobre wyniki.

Oprócz tego wszystkiego leczył Bier bandażykiem zastoinowym naokoło szyi jeden przypadek gruźlicy krtani. O wyniku nic nie może Bier powiedzieć, gdyż chory za-

wcześnie usunął się od leczenia. Zresztą, powinni to zbadać i wypróbować lekarze, specjaliści chorób gardlanych.

Leczenie ostrych spraw zapalnych i ropienia za pomocą baniek i innych przyrządów ssących.

Najwięcej pracował nad tym działem Klapp i jemu zawdzięczamy opracowanie wszelkich szczegółów.

Stosuje on bańki w miejscowych stanach zapalnych i ropieniach codziennie w przeciągu trzech kwadransów, przy czem stoi bańka 5 minut, a trzy minuty robi się przerwę.

Klapp radzi okolicę ogniska, zakażonego na wielkiej przestrzeni, wysmarować tłuszczem, aby tym sposobem zapobiedz przeniesieniu zarazka; z tegoż samego powodu należy i po zdjęciu baniek dobrze wymyć skórę benzyną. Bańki powinny tylko lekko siedzieć, gdyż w przeciwnym razie wywołują silny ból i zawićkie przekrwienie zastoinowe. Leczone bańkami: czyraki, wągliki, ostre ropnie, nacieczenia, zapalenia gruczołu mlecznego, zakażone świeże i starsze rany, ziarniny, które miały wygląd podejrzan, ukłucia owadów, zastrzały, ropienia na dnie jamy ustnej, zanogicice, dymienicę i t. d. — wszystkiego przeszło 1000 przypadków.

W żadnym z tych przypadków nie trzeba było zaniechać tego sposobu leczenia i przystąpić do zabiegu operacyjnego; najwyżej robiono małe nacięcia—nakłucia. Wszystkie ropnie należy otwierać przy znieczuleniu miejscowem.

Wyleczenie trwa znacznie krócej przy stosowaniu baniek, niż po leczeniu operacyjnem. Czyraki goiły się zwykle w przeciągu 5 dni, wągliki — w przeciągu 10 do 15 dni. Czyraki i wągliki na tle cukrzycy goiły się znacznie wolniej, ale tutaj należy zachowywać wszelkie ostrożności, gdyż, jak to wykazały obserwacje Colley'a, łatwo wywołać zgorzel skóry, przebiegającą bardzo groźnie.

Podskórne i podkostnowe zastrzały leczy się za pomocą specjalnych baniek ssących, do których wkłada się palec; w górnej części jest otwór, do którego przymocowuje się drenik gumowy, łączący ten przyrząd z pompką. Wyniki dobre.

Dalej, leczył Klapp bańkami przetoki zębowe i otrzymał wyniki świetne. Gdy usunięto chory ząb i gdy niema martwaka, to te przetoki goją się prędko, nie pozostaje też

żadna blizna. Bańka jakby wyciągała nazewnątrz całą przetokę zębową. Ważne jest to, że nie pozostaje żadna blizna—po operacji, jak wiadomo, zostają głębokie, szpecące blizny.

Jak to wykazali Frommer, Losser i Käfer, bańki nadają się świetnie do leczenia przetok, pozostałych po operacjach, szczególnie, gdy zależą one od ligatury. Ligatury wyciągają się bańkami nazewnątrz lub też wgajają się.

Najlepiej nadaje się leczenie bańkami i daje najlepsze wyniki w zapaleniu gruczołu mlecznego—sutki. Nakłada się tutaj bańkę średnicy 2—4 ctm. mniejszej niż samej sutki. Chora przyciska sama bańkę do sutki, a powietrze usuwa się balonikiem lub pompką. Sutka zabarwia się na kolor czerwono-niebieski i wciąga się zupełnie do bańki. Gdy się chorej zdaje, że sutka jej pęknie, wtedy doszliśmy do granicy dozwolonego rozrzedzenia powietrza pompką; w każdym razie to nie powinno sprawiać bólów.

W świeżych przypadkach zaraz się wylewa mleko i ropa, i przy końcu posiedzenia wycieka tylko płyn surowiczokrrawy.

Mleko należy, o ile można, przedtem usunąć zwykłymi przyrządami do ściągania mleka. Ropnie należy natychmiast za pomocą małego nacięcia otworzyć i dobrze jest przed postawieniem dużej bańki najpierw usunąć ropę, o ile się da, małą bańką. Przed posiedzeniem należy zdjąć wszelkie strupki i sondką się przekonać, czy też przetoki są wolne. Stosuje się najpierw bańkę codziennie przez trzy kwadransy; 5 minut bańka stoi, a na trzy minuty robi się przerwę. Gdy już wydzielina jest nieznaczna, to zmniejsza się stosownie do tego posiedzenie.

Główną zaletą tego sposobu leczenia jest to, że można wyratować sutkę, któraby w inny sposób zginęła, dalej, unika się wszelkich ciężkich zabiegów operacyjnych; oprócz tego usuwa się zupełnie ból.

Należy tutaj dodać, że leczenie bańkami zapalenia sutki nie jest nowem—przeciwnie, od dawien-dawna stosuje się go po wsiach, gdzie baby nakładają na chore sutki garnki, w których znajduje się zapalona nafta — jest to niby duża bańka.

Wyniki, otrzymane przez różnych autorów, są bardzo zachęcające. Udało się nawet w kilku przypadkach za pomocą baniek wstrzymać rozwijające się zapalenie sutki.

Niektórzy specjaliści chorób usznych, jako to: Spiess, Sondermann i Muck starali się za pomocą specjalnych bańek wysysać wydzieliny i jednocześnie stosować przekrwienie w chorobach uszu, nosa i jego jam bocznych. Szczególniej Sondermann otrzymał wyniki zadowolniające. Udało mu się wyssać ropę z jam bocznych nosowych we wszystkich tych przypadkach, gdzie była ropa, tak, że Sondermann jest zdania, że dzięki temu możemy zawsze skonstatować, czy mamy do czynienia ze sprawą ropną. Stosowanie bańki Sondermann'a jest też świetnym środkiem rozpoznawczym czy jest ropa, czy jej niema, w jamie czołowej lub jamie szczękowej Highmor'a. Co się zaś tyczy wyniku leczniczego, to jest on przez Honneth'a niestwierdzony.

W każdym bądź razie, należy tę sprawę jeszcze ściślej zbadać—co należy do specjalistów.

Próbowano stawiać bańki na oku; jest to uczucie ogromnie nieprzyjemne; do żadnych wyników jeszcze nikt nie doszedł—przynajmniej dotychczas. Jest to, co prawda, wygodniejsze niż stosowanie bandażyka zastoinowego, ale, niestety, jeszcze nie zbadane przez specjalistów. (c. d. n.).

IV. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

Choroby wewnętrzne i dzieci.

314. W. Wnukow. **Dwa przypadki ostrego, rozlanego, dziurawiącego zapalenia otrzewny z zejściem pomyślnym na skutek laparotomii.** (Russkij Wracz. N-r 27, 1906).

Przypadek pierwszy dotyczył 29-letniego mężczyzny, któremu wykonano operację 3-go dnia od wystąpienia objawów ostrych na skutek urazu. Pacjent, siedząc w więzieniu, połykał w celu samobójczym kawałki koszyka drucianego. Pod chloroformem poprowadzono długie na 15 ctm. cięcie poniżej pępka, poczem z jamy otrzewnej wylała się znaczna ilość cieczy surowiczo-ropnej. Na prawo od cięcia znaleziono kłęb

ruchomy pozlepianych nawzajem kiszek cienkich z ogniskiem ropnym dokoła przedziurawionej pętli. Kłęb wyosobniono za pomocą tamponów, ropę zebrano ostrożnie, przedziurawioną pętlę otulono serwetką i wyciągnięto na zewnątrz. Jelito przebite było poprzecznie w dwóch miejscach drutem, który zaczepił się; poza tem—w odcinku doprowadzającym wyczuwało się kilka drutów jeszcze, leżących jednak w kierunku podłużnym. Otwór rozszerzono i powyciągano przezeń ciała obce. Po zaszcyciu dziur obmyto pętle gorącym roztworem soli i odprowadzono do jamy brzusznej.

Z kolei rzeczy, pod przewodnictwem ręki, drogą cięcia brzazszego w smudze białej, dokonano po jednym jeszcze cięciu z każdej strony, długiem na 4—5 ctm., równoległe do zewnętrznej trzeciej części więzu Poupart'a na 2 palce powyżej tegoż oraz dwie dodatkowe incyzye takie poniżej żeber dwunastych w dolno-bocznych odcinkach brzucha. Miejsce przekroju wyczuwano uprzednio końcem korncanga, założonego do wnętrza przez główne cięcie środkowe. Przez każdy otwór założono zawinięty dren w gazę—jeden na spotkanie drugiego; przez kąt dolny cięcia laparotomijnego wprowadzono dren również ku największej części miednicy małej. Drogą tą prze-myto jamę otrzewny dwukrotnie 0,9% rozczyntem soli kuchennej o 40° C, dren z miednicy wyjęto i zastąpiono workiem Mikulicza; po operacyi, wreszcie, zastrzyknięto choremu 500,0 natrii chlorati pod skórę. Wobec pomyślnego zupełnie przebiegu pooperacyjnego pacjentowi pozwolono już po upływie dni sześciu przyjmować pokarmy płynne; po dniach 12 dreny zastąpiono gazą. Po upływie 3 miesięcy operowany wyzdrowiał. Krótkotrwałe, zależne od niedowładu kiszek, zaparcie w początkowym okresie zwalczano ze skutkiem za pomocą lawatyw.

I w drugim przypadku (przekłucie jelita trójgrańcem podczas wypuszczania wysięku, niedrożność częściowa na skutek przegięcia jelita cienkiego) osiągnięto po rękoczynie wyzdrowienie również, jakkolwiek w 7 m-cy dopiero i po zwalczeniu licznych powikłań.

Leczenie chirurgiczne w przypadkach rozlanego zapalenia otrzewny datuje się od r. 1882, od słynnej w swoim czasie próby Rose'go (operowany umarł). Z obejmującej 239 spostrzeżeń statystyki Hagmann'a (r. 1901) zanotowano wyzdrowienie w 83. Z postępem czasu przekonano się, że jedno

cięcie nie jest wystarczającym, że należy wykonywać cięcia uzupełniające, przyczem wybór miejsca i liczby zależy od dokładnego zaznajomienia się z nierównościami tylnej ściany brzucha.

Do najgłębszych należy miednica i przestrzenie pod przeponą, przyczem strona prawa wogóle głębsza jest od lewej. W tych miejscach też, zgodnie z prawami fizyki, oczekiwać należy najobfitszego nagromadzenia się ropy. Z drugiej strony, nie małą w tej sprawie odgrywa rolę przebieg narządów i więzów otrzewnowych i z warunkami tej treści chirurg rachować się winien przede wszystkim. Przebiegająca poprzecznie krezka coli transversi dzieli jamę otrzewny na dwie części: górną i dolną. W górnej mieszczą się: żołądek, dwunastnica, trzustka, śledziona i wątroba; w dolnej — oba zagięcia okrężnicy poprzecznej, colon ascendens i descendens, jelito cienkie oraz narządy miednicy mniejszej. W połowie górnej wysięki tedy mogą zatrzymywać się w przestrzeni pomiędzy górną powierzchnią wątroby i przednią ścianą brucha w t. zw. bursa hepatica; dalej — między przednią powierzchnią żołądka i powłokami brzuszными — bursa praegastrica, najrzadziej poza żołądkiem — bursa omentalis. Łączność między odcinkiem górnym i dolnym tworzą szczeliny, przebiegające z prawej strony między przednią ścianą brzucha i powierzchnią boczną okrężnicy wstępującej i — zstępującej z lewej strony. Drogi te niektórzy zwą canales laterales; prawy kanał łączy się z bursa hepatica, lewy — z bursa praegastrica, przyczem ligamenta phrenico-colica odgrywają rolę zastawek. Wszystkie zatoki te i przewody mogą być, jak uczy statystyka Haggmann'a, zbiornikami ropy. Przestrzenie między pętlami kiszek cienkich zazwyczaj nie zatrzymują ropy; ta ostatnia, dzięki ruchom robaczkowym jelit, ścieka z nich i zbiera się między powierzchnią boczną jelita ślepego i okrężnicy oraz pobliskim radix mesenterii, zarówno po stronie lewej (sinus mesentericus dexter i sinister). Powyższe stosunki anatomiczne wypadnie pilnie zachować w pamięci.

Celem ułatwienia odpływu wydzieliny i przedrenowania owych zaułków otrzewny należy właśnie, prócz zwykłego cięcia w smudze białej, dokonać po dwie pary otworów, o czym mówiono już. Niezażegnane i tą drogą nawet niebezpieczeństwo zatrzymywania się ropy w bursa omentalis, której zawartość opróżnia się miejscowo tylko do bursa hepatica przez

foramen Winslovii, obejść można na sposób Fournier'a, który jamę tę drenuje cięciem osobnem powyżej pępka, przez więz żółdkowo-wątrobowy. Drenowanie miednicy małej wykonywa się metodą Mikulicza po wysunięciu na chwil kilka pętli jelita cienkiego. Można pomódz tu sobie: u mężczyzn — cięciem poprzecznym między pęcherzem i odbytnicą, u kobiet — rozszczepieniem tylnego sklepienia pochwy.

K. Niedzielski.

315. Prof. D. Gerhardt (Jena). **Przyczynek do leczenia zwężeń przełyku.** (München. med. Wochenschr. N-r 27, 1906).

Prócz znanych powszechnie metod walki z cierpieniem, o którym mowa, autor zwraca uwagę na jedną jeszcze, skuteczną, a niezbyt znaną. Na dowód przytacza spostrzeżenie następujące.

Czterdziestoczteroletni mężczyzna od 8 tygodni narzeka na trudność polykania; przed 6 tygodniami miewał kilkakrotnie wymioty krwawe, nader obfite. Chory chudnie, na przełknięcie trochy wody traci koło 2 minut czasu, doznaje mocnych bólów w klatce piersiowej. W gardzieli, krtani i gruczołach szyi — nic szczególnego; wątroba na 2 palce pod żebrami, dość twarda i gładka, wyczuwa się wyraźnie; wierzchołek śledziony — u łuku żeber; odżywienie niezłe; podściółki tłuszczowej dosyć jeszcze. Pacjentowi zalecono 1% roztwór morfiny po 15 kropel trzy razy dziennie przed jedzeniem i pokarmy płynne. Ulgę stwierdzono natychmiast. Już następnego dnia osobnik wypił bez trudności filiżankę mleka, a po 3-ch dniach jadł szpinak. Po ryzyku tem pogorszenie wystąpiło niebawem; to ostatnie usunięto jednak wzmożoną dawką morfiny i powrotem do diety płynnej. Pacjentowi po upływie 2-ch tygodni przybyło na wadze kilo.

Wobec zadowalniającego stanu rzeczy lek po jakimś czasie stosować zaczęto w dawkach mniejszych i, ostatecznie, chory dostawał morfinę co drugi lub trzeci dzień tylko; w ostatnich tygodniach jadł jaja i zupełną gęstawą. Dalej nie posuwał się, czując się jednak dobrze i czynnym jest przy gospodarstwie, gdy przedtem leżeć musiał w łóżku.

Pozostawiając na uboczu kwestyę rozpoznania (carcinoma oesophagi, cirrhosis hepatis, ulcus rotundum), autor omawia

szczególnej trafności zaaplikowanej przezeń metody. Przeszkoda w łykaniu była w danym przypadku bardzo wielką, sondowanie — przeciwwskazanem wobec krwotoków dawniejszych, natychmiastowe wykonanie gastrostomii — niepożądanem również z uwagi na nietypowość sprawy; pozostawały narkotyki jedynie, które nie tylko ból uśmierzyły, lecz pomogły na samo zwięźenie nawet.

Na klinice Nauyn'a, gdzie sposób ten stosuje się od dawna, zauważono stale poprawę w stanie ogólnym nawet u chorych na raka przełyku. Wpływ dodatni tłumaczy się głównie wykluczeniem skurczu mięśniowego w miejscu stenozy.

Jak owrzodzenie na wysokości odźwiernika lub rozpadlina u odbytu wywołują drogą odruchu potężny skurcz zwieracza, również i obecność powierzchni wrzodzącej w przełyku prowadzi łatwo do tonicznego skurczu umięśnienia i z tej racji do przewężenia światła lub nawet całkowitej niedrożności narządu. Gdy zatem powiedzie się wykluczyć wpływ skurczu mięśniowego, usuwamy w ten sposób jednocześnie główną przeszkodę do połykania. Tam, oczywiście, gdzie zwięźenie wywołały rozrosty nowotworowe, gdzie istnieje stenozą mechaniczną, u wpustu częsta, działanie morfiny może zawieść; pomocną bywa za to zawsze po otruciu środkiem żrącym, gdzie przyczyną zaburzeń staje się skurcz odruchowy wyłącznie.

Kto miewał nieraz sposobność oglądania na autopsyi ogniska rozpadowe na tle raka przełyku, tworzące szereg zatok nieforemnych, ten nie oprze się chyba przykreemu uczuciu zdziwienia, jak można w warunkach takich intra vitam wojować choćby tylko cienkim zgłębnikiem. Trudno określić, jak często sondowanie takie doprowadza do wytwarzania dróg błędnych, do perforacyi oskrzeli, płuc lub tchawicy, do spraw chorobowych w śródpiersiu. O kazuistyce takiej przemilcza się zwykle.

Że leczenie morfiną jest skuteczniejsze i miłsze dla chorego od rozszerzania i żywienia przez zgłębnik, na tym punkcie nie może być dwóch zdań odmiennych; obawy co do ujemnych wpływów środka na wyczerpany ustrój są płonne. Morfina przeciąga tu ad maximum możliwość prawidłowego odżywiania się i względnego bodaj urozmaicenia potraw. Autor mniema, że o dodatnich warunkach tej metody należałoby wspominać częściej w podręcznikach lekarskich.

K. Niedzielski.

316. **Rak wątroby u dzieci.** (Arch. de méd. des Enfants. N-r 6, 1906).

W piśmiennictwie znanych jest 46 przypadków raka u dzieci, z tych 39 zebrał Steffen (die malignen Geschwülste im Kindesalter. Stuttgart, 1905). Pozostałe opisane były przez Villemin'a (Soc. de Ped. 20-IV, 1902), Smith Burth'a (Arch. de méd. des Enfants. 1904, str. 624), Mattiolo, Holt'a, Bruch'a, Risicato i Plaut'a (Arch. f. Kind. 1906).

Na zasadzie powyższych przypadków można powiedzieć, co następuje:

Nowotwory takie, jak raki i mięsaki, mogą być pierwotne i wtórne u dzieci; częściej są pierwotne; w 20 nawet 25 przypadkach na 100 istnieją przerzuty w oddalonych narządach. Spotyka się nowotwory w każdym wieku, nawet u noworodków; wtedy należy je uważać za wrodzone. W tych ostatnich przypadkach widziano raka z rodzaju przegródkowatych, gruczolaki rakowate, mięsaki o małych okrągłych lub podłużnych dużych komórkach, gliomaty i t. p. Najczęstszą formą są raki i mięsaki. Wielkość nowotworu jest różna: od grochu do jajka kurzego; są to masy okrągłe żółtawe lub białe. Wątroba bywa kolosalna: zajmuje prawie całą jamę brzuszną. Często znajdują się przerzuty w opłucny, płucach, worku sercowym, trzustce, nadnerczu. Rak wątroby jest częściej pierwotny, niż wtórny.

Co się tyczy objawów, to należy zanotować zaburzenia przewodu pokarmowego, brak apetytu, wymioty, rozwolnienie i zaparcie naprzemian.

W niektórych przypadkach zaburzeń powyższych niema; dziecko wydaje się zupełnie zdrowem; wtedy występują głównie objawy miejscowe. Dziecko skarży się na ból w brzuchu, który się ogromnie powiększa. Niekiedy bóle promieniują do ramienia, z tej samej strony, co i wątroba. W miarę tego, jak choroba postępuje, zaczyna się wyczuwać guz twardy, który podnosi łuk żeberkowy, wypełnia prawy bok i dochodzi do pępka i niekiedy nawet poniżej takowego. Guz ten jest w ścisłym związku z wątrobą, jest twardy, nierówny. Na powierzchni dają się zauważyć wgłębienia i guzowatości. Fluktuacji niema. Próbnе nakłucia nie wykazały obecności płynu.

W ogóle niema puchliny brzusznej, chociaż niekiedy daje

się zauważyć niewielka ilość płynu w otrzewnie. Jeżeli płyn istnieje, to jest on zazwyczaj mętny lub krwawy.

Częstszym objawem jest żółtaczka — niekiedy zjawia się na początku choroby, zazwyczaj jednak w bardziej rozwiniętym okresie choroby. Może być lekka lub też bardziej silna. Żółtaczce towarzyszy niekiedy bezbarwny stolec, niekiedy znajduje się w stolcu krew; niekiedy bywają wymioty krwią. W miarę tego, jak guz rośnie, dziecko coraz bardziej chudnie, blednie i popada w charłactwo.

Rozwój choroby jest bardzo szybki — wynik zawsze smutny. Rokowanie zatem jest zawsze złe.

Co się tyczy rozpoznania, to może przedstawiać niekiedy trudności. Na początku choroby, gdy mamy do czynienia tylko z zaburzeniami przewodu pokarmowego, nic nie naprowadza na myśl o guzie, dopiero później, gdy brzuch się powiększa, stawia się rozpoznanie guza. Należy wykluczyć wszystkie guzy płynne (cysty nerek, wodonercze i t. p.), co wreszcie trudnym nie jest. Pozostają guzy stałe, np. mięsaki nerek, które tak łatwo wykluczyć, opierając się na granicach stopienia i t. d. Gdy już rozpoznano, że chorą jest wątroba, należy wykluczyć ropień wątroby, torbiel wodonerkową, wątrobę w chorobach serca i gruźlicy, przymiot, marskość wątroby i t. p.

Macanie gra główną rolę w postawieniu rozpoznania, wykazuje nierówności na powierzchni powiększonej wątroby, które charakteryzują raka tego narządu.

Leczenie jest jednym z najniewdzięczniejszych. Niekiedy robiono laparotomię w celu sprawdzenia rozpoznania i zamknięto jamę brzuszną.

Do obecnej chwili niema, niestety, żadnego środka przeciw tej chorobie.

M. Biehler.

317. Audeoud. **Przypadek t. zw. purpura fulminans u 2½-letniego chłopca.** (Rev. med. de la Science rom. Kwiecień, 1906).

Istnieje plamica t. zw. purpura fulminans, opisana 20 lat temu przez Guelliot'a, następnie przez Henoeh'a, na którą zachorowują najczęściej dzieci do 5 lat. Rokowanie w tych przypadkach jest złe. Obecnie opisuje podobny przypadek Audeoud. U małego 2½-letniego chłopca, dotychczas zupełnie zdrowego, zauważono około 8-ej rano wybro-

czynę w pachwinie. O 9½ całe ciało pokryte było małemi czerwonymi plamami; dziecko ma gorączkę, nie ma apetytu. W 6 godzin później stan ogólny jest zupełnie zły; skóra szara, kończyny zimne, tętno drobne. Wielkość plam wybroczynowych jest różna: od wielkości grochu do 50-kopiejkowej monety. Stan ciężki. Dziecko przenosi się do szpitala, gdzie go się owija w koce i daje podniecające środki (amon, ocet, arak, inj. kamfory). W kilka godzin potem, o 5-iej, ciepłota, w odbytnicy mierzona, wynosi 40,6°; puls nie wyczuwalny; kończyny chłodne; stan coraz cięższy. O 7½ plamica bardziej się rozprzestrzenia; na policzkach dwie plamy wielkości dłoni. Na dolnych kończynach placki sine, prawie czarne. O 11-iej w nocy T 41°; o 12-iej dziecko ma drgawki i umiera o 1-iej po 17-godzinnej chorobie.

Pochodzenie tego rodzaju plamicy jest nieznanne. W przypadku tym sekcyja nie mogła być robiona; w 3-ch innych, w których robiono sekcyę, nic nie znaleziono; badanie bakteriologiczne też pozostało bez wyników. M. B.

Wiadomości pomniejsze i terapeutyczne.

318. Brüning. **O leczeniu glistnicy.** (Medicin. Klinik, N-r 29, 1906).

W klinice dla dzieci w Rostoku badano klinicznie i farmakologicznie, w Ameryce dawno stosowany, preparat przeciwko glistom, mianowicie: Oleum Chenopodii anthelminthici. Autor przychodzi do wniosku, że preparat ten działa zupełnie tak, jak santonina, jeżeli nie lepiej. Chory, ma się rozumieć, zachowuje dietę podczas stosowania tego preparatu. Daje go się w dawkach od 0,25—0,5 trzy razy dziennie co dwie godziny; w dwie godziny po ostatniej dawce daje się środek przeczyszczający, najlepiej olej rycynowy. Dawać można albo kroplami w syropie lub wodzie dobrze cukrzanej, lub też w postaci zawiesiny.

Rp. Ol. Chenopodii anthelminth.

Vitelli ovi I.

Ol. amygdal.

Gummi arabici pulv. ana 10,0.

Aq. destillatae ad 200,0

M. f. emulsio.

Należałoby jeszcze wypróbować działanie tego środka na glistnicę robaczkową, na włosogłówkę ludzką i na tegoryjec dwunastnicy.

W. B.

319. Fowler. **Wypędzenie tasiemca.** (Brith. Med. Journal. 14 kwietnia, 1906).

Kilka dni przed zaczęciem kuracyi autor trzyma chorego w łóżku. 3 lub 4 dni przed samą kuracją daje autor choremu tylko trochę rosółu, trochę portweinu, kilka sucharków i w wielkich dawkach Cascara Sagrada. Czwartego lub piątego dnia daje choremu o 5 rano napar senesowy, od godziny 9 rano co kwadrans kapsułkę z 15 kroplami Extracti filicis maris aż do czterech kapsulek. O godzinie jedenastej daje znów choremu jeszcze raz napar senesowy. Jeżeli do godziny pierwszej jeszcze nie wyszła główka solitera, to należy kurację natychmiast powtórzyć. Gdy i wtedy główka nie odchodzi, to przystępuje się do trzeciej kuracyi. Autor leczył tym sposobem 22 przypadki, w 17 znaleziono główkę, pięciu chorych pomimo niezalezienia główki wyzdrowiało.

W. B.

320. Keiner. **Wyniki leczenia lekarstwami włóknikowego zapalenia płuc.** (Dissertatio, Berlin, 1905).

Dawano *chininę* w dawkach od 0,5—1,0 dwa razy dziennie; na 229 przypadków 4 zakończyły się śmiercią—otrzymujemy zatem 13,8% śmiertelności. W ogólności nie zauważono wyraźnego wpływu na chorobę przy stosowaniu chininy.—Co się tyczy przypadków, w ilości 40, leczonych *kreozotalem*, to autor dochodzi do mniemania, że dalsze próby są zupełnie zbyteczne i że szkoda na to drogiego czasu. Leczenie *naparstnicą* dało ogromną śmiertelność, mianowicie 29%, tak, że o swoistem działaniu tego środka i mowy być nie może. Nie zauważono w żadnym przypadku działania przerywającego chorobę, ani też skrócenia przebiegu choroby; wpływ na krzywą ciepłoty był żaden. W żadnym z 25 przypadków, leczonych *natrium benzoicum*, nie zauważono objawów, które by wskazywały na ujemne działanie tego środka. Autorowi się zdaje, że przebieg choroby był znacznie łagodniejszy, niż przy stosowaniu wyżej wymienionych środków. Przy próbach stosowania *pyrenolu* w dawkach po 0,5 co dwie lub trzy godziny zauważono, że w sze-

ściu przypadkach, przyjętych do szpitala na trzeci i czwarty dzień trwania choroby, przebieg choroby był zupełnie normalny. Autor jest przekonany, że ten środek działa bardzo dobrze w tej chorobie, działa celowo i nie szkodliwie; w każdym razie znacznie lepiej, niż inne środki. O dobrem pewnem działaniu *hetolu* autor nie mógł się przekonać.

Reasumując wszystko, wynika, że najlepszymi środkami we włóknikowem zapaleniu płuc okazały się: pyrenol i natrium benzoi-cum; zdaje się, że chinina, kreosotal, a szczególnie naparstnica jak-by pogarszały wyniki leczenia; o stosowaniu *hetolu* mowy być nie może.

W. B.

321. Assmann. **O sile odkażania wysokoku** (Dissertatio, Królewiec, 1905).

Badania Assmann'a wykazały, że siła odkażania wysokoku zależy od wilgotności materyału, danego do odkażania, i od koncentracji wysokoku. Największą siłę odkażania ma przeciwko suchym zarodkom wysokok średniej koncentracji około 50%, przeciwko zaś wilgotnym zarodkom wysokok najsilniejszej koncentracji. Dodanie alkaliu do 50% wysokoku znacznie powiększa siłę odkażania takowego. 50% wysokok z zawartością 1% wodorotlenku sodowego daje pewny środek odkażający przeciwko suchym jako też i wilgotnym zarodkom; siła odkażania tego środka jest znacznie większą, niż siła odkażania jego części składowych pojedynczo, to jest 50% wysokoku i 1% wodnego roztworu wodorotlenku sodowego. Siła odkażania 50% wysokoku, zawierającego 1% wodorotlenku sodowego, równą się prawie sile odkażania oficynalnego wysokoku mydlanego.

W. B.

322. Hinshelwood. **Dionina w chorobach oczu.** (Brith. med. Journal, 12 maja 1906).

Okazało się, że w jaskrze, zapaleniu tęczówki, owrzodzeniach i. t. d. ze wszystkich preparatów najlepiej i najprędzej usuwa bóle dionina; jest to środek łagodzący bóle lecz, nie znieczulający. Jeżeli zaczynamy stosować słabe roztwory (1%—2%), to środek ten znosi się bardzo dobrze, silniejsze roztwory wywołują często palenie i obrzmienie spojówki gąłkowej. Gdy chory dobrze znosi słabe roztwory, to możemy prędko przejść do 5% roztworu dioniny. Gdy oczy silnie łzawią, to należy dioninę stosować w postaci maści. Autor się przekonał, że dionina prędkiej i lepiej wyświeatla zmętnienia na rogówce, niż wszelkie inne preparaty. Stosuje on też z te-

go powodu dioninę we wszelkich rodzajach zapalenia rogówki ze świetnym wynikiem.

W. B.

323. Rosin. **O leczeniu błednicy.** (Therapie d. Gegenwart, lipiec 1906).

Do skutecznego leczenia błednicy poleca autor stosowanie gorących kąpeli. Przez 4—6 tygodni stosuje autor trzy razy tygodniowo gorące kąpiele 40° C. lub 32° R. Chory przebywa w takiej kąpeli najpierw 10—15 minut, a później 20 minut. Przed wejściem do wanny chory przykrywa głowę mokrym ręcznikiem lub chłodzącą kapą głowną. Po wyjściu z wanny chory przez kilka sekund poddaje się działaniu chłodnego prysznica i zaraz wyciera się do sucha; nakoniec chory odpoczywa na szeslongu godzinę co najmniej. Już po użyciu 3—4 kąpeli, jakoby, następuje polepszenie ogólnego stanu chorego, w wielu przypadkach już 12 kąpeli, branych w przeciągu 4 tygodni, doprowadzało, jakoby, do celu.

W. B.

324. Boss. **Leczenie przymiotu mergalem.** (Medic. Klinik, N-r 30, 1906).

Autor stosuje przez dwa lata z dobrym wynikiem przy wewnętrznym leczeniu przymiotu Mergal. Jest to połączenie rtęci dwuwartościowej z kwasem cholowym (Cholsaures Quecksilberoxyd). Preparat ten działa tak samo silnie, jak każda inna kuracya przymiotu wcieraniami lub zastrzykiwaniami; znosi się on wyśmienicie, nie wywołuje ani podrażnienia nerek, ani rozwolnienia; można go z tego powodu stosować miesiącami. Stosowanie mergalu jest wskazane we wszystkich rodzajach przymiotu, szczególnie nadaje się do przewlekłego przerywanego leczenia.

W pierwszych 4—5 dniach daje się 3 razy dziennie po kapsułce, zawierającej 0,05 mergalu, od 6 dnia daje się 3 razy dziennie po dwie kapsułki; stosownie do ciężkości objawów i znoszenia tego środka przez chorego podwyższa się dawkę od 4 do 5 razy dziennie po 2 kapsułki zawsze po jedzeniu. Takie leczenie powinno trwać co najmniej 10—12 tygodni — to jest chory powinien spożyć 20,0—25,0 mergalu.

W. B.

325. Wilms. **O leczeniu skurczu histerycznego.** (Deutsche med. Wochenschrift, N-r 24, 1906).

Wilms zastosował z dobrym wynikiem w jednym przypadku ciężkiego skurczu histerycznego porażenie mięśni następujące po

znieczuleniu łądźwiowem. 20-letni chory miał skurcz lewej nogi, który dostał, służąc w wojsku. Po zastrzyknięciu 0,06 stowainy do worka mleczka pacierzowego nastąpiło zupełne zwiotczenie skurczonej nogi; pokazano to ehoremu. Skoro tylko zjawiły się pierwsze objawy, wskazujące na to, że ustępuje porażenie, kazano natychmiast choremu starać się chodzić. Zostało tylko utrwalenie w stawie skokowym; staw kolanowy i biodrowy na zawsze zostały swobodne i ruchome.

W. B.

326. Abraham. **Łuszczycyca i jej leczenie.** (Brith. Med. Journal. 14 kwietnia, 1906).

W 5,4% wszystkich chorób skórnych autor znalazł łuszczycę. Kobiety zachorowywały na tę chorobę znacznie częściej, niż mężczyźni. W większej części przypadków zaczyna się choroba w wieku dziecięcym. Wpływu dziedzicznego nie można było skonstatować. Leczenie powinno być przeważnie zewnętrzne. Preparaty arsenikowe nigdy nie pomagały, jako też i tyreoidynowe. W przypadkach na tle reumatycznym oddają niezłe usługi preparaty salicylowe. Autor każe chorym codziennie brać kąpiel dziegciową (Kreolina). Chory przebywa w takiej kąpieli 10 minut, potem naciera go się grubą warstwą maści, która zawiera kreolinę, kwas salicylowy i biały chlorek rtęciowoamonowy. Głowę naciera on maścią, która zawiera biały chlorek rtęciowoamonowy i mydło szare. W ciężkich przypadkach próbuje on chryzarobiny.

W. B.

327. A. d. Marmorek. **Wchłanianie l. gruźliczych.** (B. klin. Woch. 36).

Badania dawniejsze (Straus, Ganealeia, Sternberg, Engelhardt) dowiodły, że l. gruźlicy zabity nie ulega wchłanianiu, jeżeli wprowadzimy go pod skórę, ale wywołuje ropnie z zawartością serowatą. Autor zajął się sprawdzeniem tego poglądu. Wprowadzał on świnkom morskim pod skórę, zabite przy 100—120° C w ciągu 1—60 m.; l. Koch'a. Wbrew doświadczeniom dotychczasowym Marmorek po wstrzyknięciu 3 cm. hodowli widział zupełnie ich wessanie pod warunkiem, aby laseczniki nie były zebrane w kłębki, ale oddzielne oraz, aby hodowle były młode. Sprawa to ważna dla przygotowania surowicy przeciwgruźliczej.

J. Z.

BIBLIOGRAFIA.

Max Runge. **Podręcznik położnictwa**. Z VI wydania spolszczył z upoważnienia autora d-r Maksymilian Warszawski. Część II. Patologia i terapia ciąży, porodu i połogu; str. 373, z 34 rysunkami w tekście, in 8-o. Nakład Biblioteki Lekarskiej. Rok II. T. VI *).

Redakcja Biblioteki Lekarskiej dobrze uczyniła, podjąwszy wydawnictwo „Podręcznika położnictwa”, a wybór zrobiła trafny, obrawszy podręcznik prof. M. Runge'go.

Literatura nasza jest nader ubogą, wogóle, w podręcznikach, a specjalnie w akuszeryjnych. Pocieszymy się tą okolicznością, że i tak bogate piśmiennictwo, jak niemieckie, gdzie tak wiele naukowo się produkuje w dziedzinie medycyny, nie posiada zbyt dużej liczby „Podręczników” akuszeryjnych. Ten jednak, M. Runge'go, o którym chcę uwag parę w tym miejscu zrobić, należy w Niemczech i po za ich granicami obecnie, dziś, do najbardziej rozpowszechnionych.

Jeżeli podręcznik K. Schröder'a, tak wielce w swoim czasie rozpowszechniony, na wszystkie języki przetłumaczony, każdy lekarz-akuszer z zasady w swoim księgozborze posiada, to M. Runge'go z potrzeby mieć musi.

Podręcznik ten skupia w sobie: układ bardzo udatny, połączony ze ścisłością i dokładnym całościowym obrazem wiedzy akuszeryjnej, odpowiadającej obecnemu jej stanowi, a nadto, wytrawne i stanowcze zdanie autora-klinicysty. Koroną zaś podręcznika jest sam wykład, pomimo przedmiotu, nie nadającego się do tego, nader plastyczny, miejscami wprost obrazowy, wykład, który może być udziałem tylko talentu, zarówno pedagogicznego, jak literackiego.

Są podręczniki, które „się czyta” z zajęciem, wprost „oderwać się” od czytania nie można; bywają inne, które jakby z musu brało się do ręki. Typem pierwszej kategorii, przynajmniej dla mnie, będzie, np., stary Niemayer, a w naszej

*) Sprawozdanie po ukazaniu się I-ej części wraz z charakterystyką M. Runge'go, jako profesora i uczonego, napisał d-r J. Jaworski w „Kronice Lekarskiej” z r. 1904. (Przyp. Red.).

literaturze—Dyagnostyka Biegańskiego, książki, do których zawsze chętnie, przy każdej okazji, zaglądam. Jako wzór drugiej kategorii, zdaniem mojem, posłużyć może np. Eichhorst, książka swoją drogą nie bez dużych zalet, lecz sposobem wykładu, językiem, miejscami wprost nużąca. Otóż, do pierwszej kategorii, z działu akuszeryi, zaliczam M. Runge'go. Zestawień i przeciwstawień z działu tego dla różnych powodów, zresztą zrozumiałych, czynić nie będę.

Wielką zaletą podręcznika, szczególnie tak praktycznej gałęzi medycyny, jaką jest położnictwo, a przede wszystkim część jego operacyjna, są liczne i dobre rysunki. I pod tym względem M. Runge zajmuje miejsce czołowe wśród innych autorów. Duża liczba rysunków tych posiada wszelkie cechy oryginalności, gdyż zdejmowaną była ze wzorów preparatów muzeum kliniki akuszeryjnej w Getyndze. Szczególniej, zboczenia w budowie miednicy są w książce bardzo licznie ilustrowane: miednice skoliotyczne, krzywicowate, miednice koksalgiczne etc. Nadto, do osobliwości, nietylko pod względem patologicznym, lecz, niejako, historycznym, zaliczyłbym rysunki miednic: kościozmięklej (N-r 379 zbiorów kliniki kobiecej w Göttingen) i miednicy skoliotycznej (N-r 3 zbiorów w Göttingen), przy których jeszcze Siebold wykonywał cięcie cesarskie. Bardzo rzadkim takim okazem jest preparat (rysunek 31) macicy z łożyskiem przodującym po dokonaniu obrotu złożonego. Na preparacie widać część łożyska, oddzielnego przy obrocie, i płód ze sprowadzoną prawą nóżką.

Wogóle, „Podręcznik położnictwa” M. Runge'go, dzięki wyżej wymienionym zaletom, jak powiedziałem, zdobył sobie uznanie zupełne w świecie lekarskim, a jako książka, odpowiadająca najzupełniej celowi, wprost klasyczna, od chwili udatnego spolszczenia jej przez d-ra M. Warszawskiego, bezwątpienia, znajdzie jaknajszersze rozpowszechnienie i wśród naszych lekarzy.

Józef Jaworski.

Prof. Max Runge. **Rak macicy.** Napomnienie (Ein Mahnwort an die Frauenwelt) do świata kobiecego, str. 22, w 8-ce. Berlin. 1906.

M. Runge podejmuje od czasu do czasu sprawy ogólniejszej natury, zawsze jednak dotyczące świata kobiecego.

Znany jest jego wykład: O indywidualności płciowej kobiety, który narobił w swoim czasie dużego hałasu w prasie

niemieckiej i, wogóle, zagranicznej i wywołał spory liczne. Ostatnio, uczony profesor wygłosił odczyt publiczny w Getyndze — O raku macicy. Odczyt ten obecnie ukazał się w druku.

Autor na 20 i paru stronicach w sposób jasny, a prosto, określa chorobę raka wogóle, a w szczególności macicy, zastanawia się nad jego symptomatologią, wyliczając po szczególności oddzielne objawy, podkreślając więcej utajone, uwydatniając uważane przez ogół kobiet za nic, albo mało znaczące (np. krwawienia po stosunku płciowym; krwotoki po zwrocie płciowym i t. d.).

Dużo względnie miejsca poświęca autor profilaktyce, a właściwiej leczeniu odpowiedniemu, t. j. operowaniu raka macicy, w tym okresie, gdy jeszcze nie przeszedł na tkankę otaczającą, gdy uważać go można za cierpienie miejscowe.

Opierając się na liczbach, zebranych przez drugiego znanego bojownika w sprawie zwalczania raka macicy, prof. Winter'a z Królewca, autora głośnej książki: Die Bekämpfung des Uteruskrebses, przekonywa, jak opłakane skutki wywołuje późne zgłaszanie się kobiet o poradę z rakiem macicy, późne zastosowanie się do rady lekarskiej, aby poddać się operacji, a tembardziej, zupełne nieposłuchanie tej rady.

Do książeczki dołączono kilkanaście kartek, t. zw. Merkblätter, na których w kilkunastu wierszach, w prostych zdaniach, powiedziano, streszczono, wszystko niezbędne do zrozumienia o danej chorobie, jak w tym razie „O raku macicy”. Taką kartkę z uwagą: „Každy, kto ceni szczęście, a tem samem zdrowie bliźnich, rozdaje, a więc, fabrykant — robotnikom, pani domu — sługom i t. d.

Nawiasowo dodam, że ów Merkblatt jest bardzo rozpowszechnioną formą uświadamiania ludzi o szkodliwościach dla zdrowia. Istnieją więc w Niemczech Merkblatły, np.: Alkohol-Merkblatt, Bandwurm- und Trichinen-Merkblatt, Difterie-Merkblatt, Tuberculose-Merkblatt, Typhus-Merkblatt, Pilz-Merkblatt, Ruhr-Merkblatt i t. d. Cena takich 7 arkuszy, informujących, jak ustrzedz się danej choroby, kosztuje 5 pf.!

Uwagi te najczęściej kreślą i redagują powagi naukowe, nieraz o głośnych imionach w świecie.

Wynikałoby z tego, że oschle i sztywne postaci uczonych niemieckich czują silnie i stoją wysoko etycznie, posia-

dają bowiem bardzo rozbudzone uczucie przyjemności ze szczęścia drugich...

Józef Jaworski.

Forel. **Zagadnienia seksualne.** (Lwów, 1906. T. II).

Znakomity przyrodnik i psychiatra w 2-tomowym tem dziele zawarł wszystko, co się tyczy fizjologii, patologii i psychologii dziedziny płciowej.

Sprawę tę stawia autor na gruncie ściśle naukowym i, aczkolwiek książka stoi na tym gruncie, dzięki wielkiemu talentowi publicystycznemu autora, może być z korzyścią czytana przez inteligentną publiczność.

Dowie się ona z niej wiele rzeczy, osłonionych dotąd tajemnicą, w oświetleniu znakomitego znawcy duszy ludzkiej.

Dla lekarza książka ta ma wartość tylko jako studjum psychologiczne.

Niestety, tłumaczenie jest niżej krytyki, aczkolwiek podpisało je aż 2 profesorów lwowskich. Język ohydny, składnia obca, terminologia obca mogą obrzydzić czytanie wspaniałego tego dzieła.

J. Z.

Sprawy szkolne i wychowawcze. Odczyty wygłoszone w wydz. wychowawczym Warsz. Tow. Hyg. Serya pierwsza. Warszawa. 1906. Cena rb. 1.

Szczęśliwą myśl miał przewodniczący wydziału wychowawczego, dając w ręce szerszej publiczności szereg prac wydziału.

D-r Kosmowski w wydawnictwie tem zawarł prace następujące:

K. Tosio: O środkach kształcenia charakteru młodzieży. — Anieli Szycówna: Etyka i karność młodzieży szkolnej. — R. Korniłowicz: Szkoły wieczorne w Londynie. — Z. Srebrny: Sprawy seksualne w hygienie szkolnej. — M. Biehlerowa: Hygiena nauczycieli i nauczycielek. — W. Jezierski: O ubraniu reformowanem uczennic. — P. Sosnowski: Uwagi dla zakładających szkoły. — H. Kowalewska: O gimnastyce oddychania u młodzieży szkolnej. — W. Chodecki: Przyczynki do higieny nauczania i wychowania. — J. Piotrowski: O instytucji lekarzy szkolnych zagranicą i W. Kosmowski: O zadawaniu lekcyi do domu uczniom szkół średnich.

Są to liczne odczyty, wypowiedziane w wydziale, ale myśl mają wspólną — reformę wychowania i kształcenia młodzieży, sprawę pilną i stojącą na porządku dziennym.

Odczyty te dotyczą zarówno higieny ducha, jak ciała uczniów i nauczycieli, zasługują więc na baczną uwagę.

Z powodu zwiększającej się liczby szkół lekarze nasi coraz częściej stykać się muszą z niemi, przestudyowanie więc tych prac będzie dla wielu z korzyścią.

J. Z.

PRZED WYBORAMI.

W zeszłym zeszycie podaliśmy ustawę Stowarzyszenia Lekarzy Polskich i omówiliśmy sprawę założenia tej instytucji; obecnie zając się musimy sprawą pierwszorzędną wagi, wyborów do Zarządu i Sądu koleżeńskiegogo tej instytucji, które to wybory odbyć się mają 7 b. m. o godz. 12-iej w poł.

Sprawa to pierwszorzędną wagi, wymaga więc omówienia publicznego, aby członkowie uświadomili się dostatecznie.

Stowarzyszenie lekarzy — pierwsze zrzeszenie zawodowe naszego stanu w Warszawie — ma, jak zaznaczyliśmy, za zadanie stać przedewszystkiem na straży naszych potrzeb materyalnych i duchowych, ma być przedstawicielstwem naszym wobec społeczeństwa i rzecznikiem w sprawach zawodowo społecznych.

To też, jeżeli gdzie, to właśnie przy wyborach w Stowarzyszeniu członkowie winni zdać sobie sprawę dokładnie, komu i w jakim celu powierzają mandaty.

Spraw zawodowych namnożyło się wiele; wymagają one znajomości dokładnej zarówno stosunków lekarskich, jak i społeczeństwa, wymagają, aby mandanci wyszli z tego społeczeństwa, o którego interesach radzić mają, odczuwali jego duszę i potrzeby.

Dla tego nie dość być „sympatycznym“ kolegą, nie dość krzykliwym mówcą — trzeba, by za wybranym przemawiały prace dotychczasowe na polu społecznym, uczciwy, nieskazitelny charakter i chęć pracy, ujawniana przez dawniejszy udział w życiu społecznym.

Takich ludzi Stowarzyszenie posiada w swem gronie i ich należy powołać do pierwszego kierownictwa jego losami. Od pierwszych kroków bowiem, jakie robi Stowarzyszenie, zależy jego przyszłość: albo obejmie większość lekarzy i stanie się istotnym ich przedstawicielstwem, albo stanie się klubem zamkniętym o ciasnym zakresie działania, a zatem nie ziści tych nadziei, jakie w niem pokładamy.

Od energii Zarządu, ewentualnie jego członków, zależy przyszłość instytucji, miejmy więc to na względzie.

O ile słyszymy, tworzą się jakieś kompromisy, pragnące zadowolnić wszelkie poglądy i wszelkie frakcje...

Kompromis taki uważamy za dobry i właściwy w sprawach politycznych—w sprawach społecznych za szkodliwy. Zarząd każdy musi być jednolity, złożony z ludzi zgranych w pracy na niwie społecznej, wszelkie zaś godzenie ambicyi i ambicyjek uważamy za wręcz szkodliwe i gorąco przeciw temu protestować musimy.

To też, wykluczając politykę ze Stowarzyszenia, pamiętać winniśmy, że na jego czele stanąć muszą ludzie jednolici, znani z prac nie rakietywych, a istotnych około spraw społeczno-lekarskich, którzy dadzą gwarancję, że nie sprowadzą losów instytucyi na bezdroża jałowej polityki, ale będą mieli na oku dobro zawodu i społeczeństwa.

Tę garść uwag rzucamy przed wyborami nie w chęci proponowania tych lub owych kandydatów, ale w chęci nasunięcia uczestnikom zebrania d. 7 b. m. refleksyi przed wyborami.

Kronika bieżąca.

—jw— *Choroby zakaźne w Warszawie.* W drugiej połowie września r. b. liczne były przypadki influenzy o przebiegu lekkim. Odra, błonica i szkarlatyna występowały rzadziej, niż przedtem. W ostatnich dniach września wybuchła znów epidemia włóknikowego zapalenia płuc.

Zmarli. D-r Antoni Emilian Zaboklicki, lekarz powiatu łukowskiego, dnia 19 września r. b. w Warszawie, w wieku lat 64.

D-r Zdzisław Hejdukowski dnia 12 września r. b. w Piotrkowie.

