

SPIS RZECZY.

str.

- Dr. Jan Sędziak. O leczeniu t. zw. suchot krtniowych, wraz z uwagami o gruźlicy krtni pierwotnej, oraz wyleczalności takiej. (Dalszy ciąg) 315

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Anatomija patologiczna i Medycyna wewnętrzna.

177. Prof. A c k e r m a n n. Histogeneza i histologia marskości wątroby. 338
178. I. M a l i n i n. Śledziona pod względem histologicznym, fizjologicznym oraz patologicznym 339
179. V. H a n o t i T. L e g r y. Przyczynek do nauki o niedokrewności samoistnej złośliwej 341
180. N e t t e r. O ropnem zapaleniu opłucnej w następstwie zapalenia płuc i o zapaleniu opłucnej pierwotnem wywołanem przez pneumokoki. 343
181. Dr. J. C o m b y. Les pleuresies metapneumoniques 345
182. P. C h é r o n. Zapalenia opłucnej po zapaleniu płuc. Niektóre powikłania nerwowe zapalenia płuc 347
183. C h a r c o t. De la suspension dans la traitement de l'ataxie locomotrice progressive et de quelques autres maladies du systeme nerveux 350

II. Chirurgija.

184. Prof. K ü s t e r. Berlin. Leczenie zbiorowisk ropnych w jamach z niepodatnemi ścianami, ze szczególnem uwzględnieniem jamy opłucnej 352

III. Akuszeryja i Ginekologija.

185. Dr. Edgar Kurz z Florencyi. O racyonalnem leczeniu zakażonych położnic za pomocą ciągłego odkażania i zobjętnienia krążących we krwi pierwiastków zakaźnych. 357
186. S c h a u t a. Rozpoznawanie wczesnych okresów chronicznego zapalenia jajowodów. 359
187. L e o p o l d. O przysyciu tyłozgiętej wyprostowanej macicy do przedniej ściany brzusznej 360
188. Dr. L a k e r. O szczególnej postaci przewrotnego skierowania popędu płciowego u kobiet. 363
189. Prof. W. Z a h n. Polip macicy z gruzetkami. 365

IV. Wiadomości pomniejsze.

190.	Kiedy należy przyjmować lekarstwa Leczenie błonicy:	365
191	Nalewką jodową	365
192.	Kwasem siarkowym	365
193.	Wziewanie ciepłej pary olejku pinus pumilio	366
194.	Wdmuchiwanie chininy i kwiatu siarkowego	366
195	Leczenie chronicznego kataru oskrzeli	366
196.	Zastosowanie mixturae solvens	366
197.	Nowy i oryginalny sposób leczenia suchot płucnych	366
198.	Jod—Karból przy kokluszu.	366
199.	Szczepienie ospy ochronnej u noworodków	366
200.	Szczepienie ospy przy kokluszu.	366
201.	Dyjeta neurasteników.	367
202.	Pigułki przeciw soliterowi	367
203.	Dodatek chloralu do środków przeciwczerwiowych	367
204.	Gimnastyka przy zaparciu stolca	367
205.	Nowy sposób stosowania tranu	367
206.	Eukaliptol z tranem	367
207.	Chloral przy nocnych potach u suchotników.	367
208.	Oziębienie brzucha przy nocnych potach u suchotników	367
209.	Stosowanie kreozotu	368
210.	Eksalgina, nowy środek.	368
211.	Kora bzu czarnego, jako środek wymiotny	368
212.	Połączenie chininy z makowcem	368
213.	Sposób zapobiegający zatruciu salicylanem sody	368
214.	Sposób przyrządzenia szarej maści.	368
215.	Papier przeciwnilny.	368
216.	Przepis na przyrządzenie muślinu jodoformowego	368
217.	Łatwy sposób miejscowego znieczulania	369
218.	Najlepszy sposób odkażania narzędzi	369
219.	Morfina przy drgawkach podczas i po porodowych	369
220.	Upust krwi przy drgawkach po porodowych.	369
221.	Terpentyna przy krwotokach po porodzie	369
222.	Wstrzykiwania wody stonej przy ostrej niedokrewności	369
223.	Eter przy chloroformowaniu.	369
224.	Złe skutki antypyryny stosowanej u rodzących	369
225.	O bandażowaniu brzucha u położnic	369
226.	Prosty sposób leczenia przetok odbytnicowych	369
227.	Środek przeciw poceniu się nóg	370
228.	Szczepienie ropy przy pryszczycy	370
229.	Leczenie trypra	370
230.	Podskórne wstrzykiwania przy syfilisie	370
231.	Przypadek śmierci po zawieszaniu (suspensio)	370

Ogłoszenia.

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

O LECZENIU T. ZW. SUCHOT KRTANIOWYCH,

WRAZ Z UWAGAMI

O GRUŻLICY KRTANI PIERWOTNEJ,

oraz wyleczalności takowej.

Napisał

Dr. JAN SĘDZIAK

assystent przy oddziale chorób gardłanych i płucnych w szpitalu Ś go Ducha w Warszawie.

(*Dalszy ciąg*).

2. Iodoform.

W rzędzie środków antyseptycznych jodoformowi, pomimo zaprzeczenia w ostatnich czasach ze strony duńskich lekarzy Heyn'a i Rovsing'a, należy się bezwarunkowo jedno z pierwszych miejsc, tem więcej, że z następnych prac Binz'a, Buchner'a, Gosselin'a i inych okazało się, że Heyn i Rovsing niesłusznie środkowi temu zaprzeczali własności przeciwnie. W chirurgii zyskał on sobie prawo obywatelstwa (Mikulicz), obok sublimatu i kwasu karbolowego, ztąd przeszedł i do terapii gruźlicy krtani, gdzie zdążył sobie uzyskać wielu gorliwych zwolenników, do których głównie zaliczyć należy: Schurtzler'a ⁸⁸⁾ z Wiednia i Massei'ego z Neapolu ⁸⁹⁾, następnie Jarvis'a ⁹⁰⁾, Masini'ego ⁹¹⁾, Gleitsman'a ⁹²⁾, Solis Co-

⁸⁸⁾ „Der gegenwärtige Stand der Therapie der Kehlkopf und Lungentuberculose.“ Wien. Med. Pres. od 15 do 26. Ref. w Int. Centr. f. lar. etc. r. 1, str. 216.

⁸⁹⁾ „Traitement local de la tuberculose laryngée (periode ulcereuse) par les moyens chirurgicaux.“ Rev. mens. de lar. 5 — 8, 1886. Ref. w Int. Centr. r. 3, str. 414.

⁹⁰⁾ „Review of the transactions of the fifth Annual meeting of the Amer. etc.“ 1883. Ref. w Int. Centr. r. 1, str. 36.

⁹¹⁾ „Sulla cura di alcune malattie faringo-laringee.“ Arch. di lar. 3 — 4, 1887. Ref. w Int. Centr. r. 1, str. 268.

⁹²⁾ Annual report of the throat depart. etc. New-York med. rec. 16 Jan. 1886. Ref. w Int. Centr. r. 3, str. 35.

hen'a⁹³⁾, Coomes'a, Geagh'a, John'a, Mackenzi'ego, Schecha, Linkoln'a (jeszcze w roku 1874), Beetz'a i Küssnera, według 2-ch ostatnich jodoform stanowi pewny antigruźliczy lek, z czem większa część autorów, jak Fraenkel, Blindermann i inni się nie zgadza. Z drugiej strony i przeciwników i to poważnych nie brak temu środkowi, do nich należą: Leunox Brown, Schrötter⁹⁴⁾, B. Fraenkel, Schaeffer, Balmer i inni.

Co się tyczy działania jodoformu, to takowy polega na tem, że owrzodzenia szybko się oczyszczają, wytwarza się prawidłowa ziarnina, a nawet może nastąpić zupełne zabliznienie owrzodzeń.

Schnitzler radzi zwłaszcza jodoform przy posuniętej sprawie ulceracyjnej w krtani. Według Herynga do kuracyi jodoformowej nadają się głównie owrzodzenia powierzchowne, zwłaszcza na strunach głosowych, wątpi jednak czy sam jodoform może wywołać zabliznienie owrzodzenia głębokiego w krtani. Tego samego zdania jest również Blindermann, który robił doświadczenia na klinice Jurasza, autor ten widział znakomite rezultaty pod wpływem środka tego otrzymywane, zupełne jednak wyleczenie bardzo rzadko. Schech jest zdania, że jodoform czasem dzielnie wpływa na zmniejszanie się obrzęków gruźliczych, również Massei i Blindermann. Prócz tego środkowi temu niektórzy autorowie przypisują wielkie znaczenie, jako środka ból kojącego, przy bolesnem łykaniu u suchotników, tak np. Massei, który w ciągu lat 6 stale środek ten stosuje, mówi, że jodoform pod tym względem przewyższa nawet kokainę, której działanie jest zbyt szybkie i przejściowe. Przeciwno temu stanowczo protestujemy, zresztą pogląd ten nie znalazł uznania nawet u największych zwolenników jodoformu. My osobiście jodoform niejednokrotnie stosowaliśmy i wyznaczyć musimy, że do zbyt wielkich zwolenników tego środka nie należymy, jakkolwiek nie możemy zaprzeczyć, że na wygląd owrzodzeń niejednokrotnie wpływ pomyślny wywierać jest wstanie, tegoż zdania jest i Schrötter. Nie wierzymy jednak by jodoform był wstanie zagoić głęboki wrzód gruźliczy w krtani i pod tym względem niezaprzeczoną ma nad nim

⁹³⁾ Die laryng. Section des IX Intern. med. Congress—Washington, 5—10 Sep. 1887. Ref w Int. Centr. r. 4, str. 185.

⁹⁴⁾ „Verlesungen ueber die Krankheiten des Kehlkopfes etc.“ 3 zeszyt, 1888 r.

wyższść kwas mleczny. Prócz tego jodoform ma wiele ujemnych stron, które rozpowszechnieniu jego stają na przeszkodzie, że wspomnimy tu przedewszystkiem wstrętny zapach, dla wielu chorych niemożliwy do zniesienia, dalej psuje on trawienie (Lubliński), wreszcie trzeba go często stosować (Massei 3—4 razy na dzień), co jest w praktyce niemożliwym. Większość autorów (do nich i my należymy) stosuje jodoform per se w postaci wdmuchiwań (insuflacyj), w ilości 1—3 gr. na raz (Schnitzler). Massei stosuje przedtem inhalacyje z sublimatu (1 : 1000), poczem dopiero roztwór jodoformu w eterze (1 : 3 lub 4), (toż samo i Schrötter, lecz i ta metoda stosowana nie była dla chorych przyjemną). Dla zamaskowania obrzydliwego zapachu Aloin⁹⁵⁾ używał roztworu jodoformu w ol. amygd. dulc. z dodatkiem essencji gorzkich migdałów. Wreszcie Heryng używał emulsyi jodoformowej do wstrzykiwań 1—1½ grm. pro die, które mają być dobrze znoszone (naturalnie przy zachowaniu ścisłej antyseptyki). Według autora metoda powyższa wskazaną jest w świeżych nasiękach, ograniczonych, nie rozpadłych. Gouguenheim również robił podśluzowe wstrzykiwania jodoformu (vazelina jodoformowa) w ilości 1,2 — 2 centgrm. pro dosi. Rezultatów jednak przez niego otrzymanych, do zbyt świetnych zaliczyć nie można.

3. Jodol.

Nieprzyjemny, dla wielu wprost niemożliwy zapach jodoformu, naprowadził na myśl Lublińskiego⁹⁶⁾ do zastąpienia go środkiem, któryby, przy własnościach przeciwnych jodoformu, nie miał jednocześnie jego stron ujemnych. Środkiem tym okazał się jodol, inaczej tetraiodpyrol — preparat, zawierający 88,9 czystego jodu, w postaci proszku, lub błyszczących kryształków żółtobrunatnego koloru, bez zapachu i smaku, łatwo rozpuszczalny w alkoholu i eterze, trudno zaś w wodzie. Lubliński wypróbował środek ten na 75 chorych, w postaci wdmuchiwań raz na dzień, lub rzadziej (2—3 razy w tygodniu) w ilości 0,1—0,2 pro dosi; we wszystkich przypadkach zauważył poprawę, w 2 zaś przyp. (owrzodzenie na tylnej ściance i na strunach) zdołał uzyskać pod wpływem leku tego wyleczenie. Pomyślne działanie

⁹⁵⁾ „Emploi de l'iodoforme dans les dysphagies.“ La Zoire méd, 9, 1887. Ref. w Int. Centr. f. lar. etc. r. 4, str. 468.

⁹⁶⁾ „Ueber die Jodolbehandlung der Larynx tuberculose.“ Deut. Med. Woch. 51, 1886. Ref. w Int. Centr., r. 3, str. 390.

jodolu stwierdził następnie Seifert z Würzburga ⁹⁷⁾, według którego jodol jeszcze tę ma wyższość nad jodoformem, że nie działa drażniąco. Z innych autorów chwałą działanie jodolu Willy v. Schaewen ⁹⁸⁾, Prior ⁹⁹⁾, który przypisuje jodolowi przedewszystkiem pomyślny wpływ na objawy subiektywne, owrzodzenia również się oczyszczają, wytwarza się zdrowa ziarnina. Przeciwnikami jodolu są Leunox Brown, Schrötter, (ta tylko różnica od jodoformu, że jest przyjemniejszym w użyciu), Gouguenheim, Rosenberg, Heryng przekłada emulsyją jodoformową, Massei zaś jodoform.

Jodol stosowaliśmy i stosujemy dotąd na oddziale d-ra Sokolowskiego niezwykle często, albo per se, lub w połączeniu z kokainą w stosunku 10 : 1, dla wdmuchiwań; w tym ostatnim razie otrzymywaliśmy niezłą subiektywną poprawę, mianowicie łagodzenie bólu przy połykaniu, czy jednak jest to zasługą jodolu, czy też domieszki kokainy, nie chcemy przesądzać. Co się zaś tyczy objawów obiektywnych, to zbyt świetnych nigdy niewidzieliśmy i wątpimy, by jodol pod tym względem miał wyższość nad jodoformem, natomiast jest on daleko przyjemniejszym w użyciu i dla tego chętniej go stosujemy. Bardzo chętnie stosujemy go w połączeniu z kokainą w przerwach pomiędzy pędzłowaniem kwasem mlecznym, gdyż nie wierzymy, by sam jodol mógł zagoić głębsze owrzodzenie, tak samo jak mówiliśmy przy jodoformie. Jako środek pomocniczy może mieć do pewnego stopnia swoje znaczenie. Wreszcie stosujemy go wszędzie tam, gdzie kwas mleczny z jakichkolwiek bądź względów nie może być stosowanym. Schaeffer ¹⁰⁰⁾ bardzo zachwala następującą metodę: wpierw oczyścić owrzodzenie za pomocą wstrzyknięcia roztworu kreozotu (metoda Caslier'a), lub przez zapędzowanie 50% kwasu mlecznego, następnie wdmuchnąć mieszaninę jodolu z 1/3 kwasu bornego.

Jodol ma pewne zalety, które stanowią wyższość mu nadającą nad jodoformem: bezwonność, smak prawie żaden, nie psuje apetytu ani trawienia, nie działa trująco, gdyż

⁹⁷⁾ „Ueber Jodol.“ Münch. Med. Woch. 4, 1887. Ref. w Int. Centr. r. 4, str. 113.

⁹⁸⁾ „Ueber Jodol.“ Inaug. Dissert. Würzburg 1887. Ref. w Int. Centr. r. 4, str. 114.

⁹⁹⁾ „Das Jodol und sein therapeutischer Werth bei tub. etc.“ Münch. Med. Woch. 38, 1887. Ref. w Int. Centr. r. 4, str. 433

¹⁰⁰⁾ Referent pracy Prior'a w Deut. Med. Woch. N. 8. 1888.

nie tak szybko się wchłania, jak jodoform, jakkolwiek zbyt wielkich ilości należy się wystrzegać (Badt¹⁰¹). Wreszcie jodol jest środkiem lekko-rozpylnym, ztąd też więcej równomiernie pokrywa on chorobowo zmienione tkanki.

4. Kreozot.

Kreozot miejscowo pod postacią pędzlowań pierwszy stosował przy gruźlicy krtani Cadier w Paryżu, jeszcze w r. 1878. Używał on następującego przepisu:

Rp. Creosote pure de goudron de bois . 1,0
 Spiritus vini 4,0
 Glycerini 60,0.
 MDS.

Przytem miał otrzymywać jakoby pomyślne rezultaty, które znalazły potwierdzenie w tymże roku ogłoszonych pracach Pelan'a i Bordenave'a. Według Cadier'a kreozot najlepiej działa przy owrzodzeniach strun prawdziwych, najmniej przy zajęciu tylnej ścianki, Schmidt postępował nieco inaczej; według niego kreozot pod postacią pędzlowań drażni wrzody i dla tego to autor ten wpuszczał kreozotowy roztwór Cadier'a (10 — 20 kropel) na nasadę języka, zalecając choremu nie łykać, lecz swobodnie oddychać—przy fonacyi („he“) plyn dłużej pozostaje w zetknięciu z owrzodzeniem. W ogóle Schmidt jest zwolennikiem tego środka, widywał on od kreozotu dobre rezultaty, w pojedynczych przypadkach nawet wyleczenie owrzodzeń, ustąpienie nasięków. Balmer wspomina, że widywał już po tygodniowym stosowaniu kreozotu gojenie się owrzodzeń, jakkolwiek w innych miejscach tworzyły się nowe wrzody. Knauthe z Meranu nigdy wyleczeń nie widział, natomiast często poprawę. Stanowczym przeciwnikiem środka tego jest Gouguenheim. Lubliński zaś z Berlina¹⁰²) bardzo zaleca kreozot: w 9 jako-by przypadkach otrzymał pod wpływem tego leku zabliznienie owrzodzeń.

My osobiście odnośnie do środka tego, miejscowo przy gruźlicy krtani stosowanego, nie mamy doświadczenia własnego. Wprawdzie kreozot, jak tego dowiodły doświadcze-

¹⁰¹) „Ueber Jodol.“ Dissert. Würzburg 1887. Ref. w Int. Centr. f. Lar. r. 4. str. 432.

¹⁰²) „Zur Kreosotbehandlung der Lungen und Kehlkopftuberculose.“ Deut. med. Woch. 38, 1887. Ref. w Int. Centr. r. 4, str. 360.

nia Guttman'a ¹⁰³⁾ jest silnym antyseptykiem i jako taki w ogóle przy gruźlicy płuc zdaje się wywierać pomyślne działanie, lecz nie sądzimy, by przy gruźlicy krtani kreozot mógł mieć wyższość nad innymi środkami przeciwnilnymi. Z drugiej zaś strony użycie miejscowe kreozotu ma swoje nieprzyjemne strony: wywołuje niesmak i silne pieczenie. Zresztą środek ten nie potrafił wzbudzić większego interesu w szerszym gronie lekarzy specjalistów.

5. Kreolina.

Do rzędu najświeższych środków, przy gruźlicy krtani stosowanych, należy kreolina i dla tego to o środku tym nieco obszerniej pomówimy. Jest to ciemno-czerwona gęsta ciecz zapachu dziegcia. Kreolina miesza się z wodą, spirytusem, gliceryną, olejami w dowolnym stosunku; z kwasami się nie łączy (przy skłóceniu wydziela się w postaci dużych kropeł). Z wodą zmieszany przedstawia się w postaci białawego, lub lekko-żółtawego płynu (na słońcu płyn ten przyjmuje brunatny odcień). Otrzymuje się z ciężkich olei po suchej destylacji węgla kamiennego. Według analizy Paersona ¹⁰⁴⁾ składa się z 66% indyferentnych węglowodorów 27,4% phenoli (bez kwasu karbolowego), 2,2% zasad organicznych i 4,4% popiołu. Fischer znalazł ślady kwasu karbolowego i uważa kreolinę, jako produkt uboczny przy otrzymywaniu kwasu karbolowego. Pierwszy zdaje się Froehner ¹⁰⁵⁾ zalecał kreolinę, jako środek silny przeciwnilny (według Rausche'go w większym stopniu, jak kwas karbolowy), nie posiadający przytem własności trujących. Pierwotnie używany w Anglii dla celów dezynfekcyjnych, w połowie zeszłego roku (1887) wprowadzony w użycie w Niemczech dla jego niezwyklej taniości. Esmarch robił doświadczenia nad tym środkiem, przytem przekonał się, że dodatek 1% kreoliny do płynu, zawierającego przecinkowate laseczniki (Koch, cholera azyjatycka) w ciągu 10 minut zabijał takowe, podczas gdy dodany w tymże stosunku kwas karbołowy w 2 dni nawet nie podziałał zabójczo. Nawet mydło kreolinowe silniej działało na staph. pyogenes aureus jak mydło sublimatowe. Według Pentzold'a 0,4 kreoliny,

¹⁰³⁾ Patrz pracę moją: „O leczeniu suchot płucnych kreozotem.“ Gaz. lek. 1888. 7—8.

¹⁰⁴⁾ Wien. Med. Blat. 22, 1888. Ref. w Kronice lek. 9, 1888.

¹⁰⁵⁾ Gaz. lek. 44, 1888 r. Sprawozdanie z odczytu Szumlańskiego: „O kreolinie w cierpieniach gardzieli, krtani i nosa.“

wstrzykniętej pod skórę królikowi działało zabójczo. Co się teraz tyczy praktycznego zastosowania tego środka, to bardzo podobno pomysłne rezultaty otrzymywać mieli Neudorfer, Rausche (jako środek przeciwnilny $\frac{1}{2}$ — 2 $\frac{0}{0}$ z wodą, najlepiej za każdą razą świeżo przygotowaną, tenże autor zachwala $\frac{1}{2}$ — 1 $\frac{0}{0}$ płukania przy różnych cierpieniach gardła). Dalej kreolinę stosowali Spaeth, Jeuner, Kortüm¹⁰⁶⁾ (w położnictwie), wreszcie w otyatrii Eitelberg¹⁰⁷⁾, Urbantschitch (10 kropel na $\frac{1}{2}$ litra wody). Schnitzler w Wienu stosuje kreolinę w obszernych rozmiarach; w postaci płukania (1—5 $\frac{0}{0}$) przy różnych cierpieniach gardzieli. Przy błonicy u dzieci stosował kreolinę u nas Malinowski, przytem zauważył, że działanie jej, aczkolwiek dodatnie, jest bardzo powolnem, do tegoż wniosku i my przyśliśmy, stosując kreolinę, jako środek tani barzo w biednej praktyce ambulatoryjnej (od 5 do 10 kropel na szklanekę wody). Dodać należy, że płukania te nie są zbyt przyjemne. Środek ten od pewnego czasu używamy dla antyseptyki narzędzi w tymże stosunku. Schnitzler stosuje kreolinę jeszcze w postaci inhalacyj (0,2—1 $\frac{0}{0}$), wreszcie pędzłowań (1—5 $\frac{0}{0}$) przy gruźlicy krtani, wyników jednak swych doświadczeń dotąd nie ogłosił. Otóż myśmy na oddziale d-ra Sokołowskiego w suchotach krtaniowych ostatniemi czasy zaczęli stosować kreolinę w postaci pędzłowań. Dotąd mamy wszystkiego 5 obserwacyj, ściśle przeprowadzonych. Rzecz prosta, że taka ilość nie daje nam prawa sądzić absolutnie o działaniu danego środka. Dotąd jednak, wyznać musimy, rezultaty, pod wpływem kreoliny otrzymane do zbyt świetnych zaliczyć nie możemy, wprawdzie we wszystkich przypadkach mogliśmy zauważyć poprawę subiektywną (łykanie lepsze), lecz i ta poprawa nie była stała, z drugiej zaś strony objawy obiektywne w 4 przypadkach nie uległy żadnej widocznej ku lepszemu zmianie, w jednym tylko przypadku dała się zauważyć niewielka stosunkowo pod tym względem zmiana. I dla tego to, acz ostrożnie, jednak byliśmy skłonni przyjąć, że kreolina jakiegoś wybitnego miejsca w szeregu środków przy leczeniu gruźlicy krtani miejscowo stosowanych zajmować nie będzie. W naszych przypadkach, które tu dla łatwiejszego orjentowania się zestawiam w tablicy, kreolinę

¹⁰⁶⁾ „Centralbl. f. Gynec.“ 6, 1888. Ref. w Kron. lek. 8, 1888.

¹⁰⁷⁾ „Wien. Med. Pres.“ 13, 1888. Ref. w Kron. lek. 8, 1888.

N.	Imię	Wiek	Zajęcie	Amnnesis	Stan ogólny	Płaca	Obraz kraniowy	Laseczniki tuberkuliczne	Leczenie ogólne	Leczenie miejscowe	Objawy subiektywne	Objawy objektywne	Wynik leczenia
1	B.	50	Bednarz	Diathesis. Od kilku lat kaszel. Od 4 m. dysph. chr.	Dobry	Zgęszczenia u obu szczytów	Olbrzymie nacieczenie strun fałsz. Inf. tylniej śc. z głębok. owrzodzeniami	Są	Kreozot, tran	6 pędzl. kreoliną, co 2 dzień (pierwsze 3 w amb., umiar. palenie	Łykanie lepsze	In st. quo w końcu powietrz. owrz. na fałsz. str.	Poprawa subiektywna (przejście do innego leku (mentol))
2	L.	36	Szewc	Kaszele od dawna przymiotu nie miał	Dobry	Zmiany u szczytów niewielkie	Chrypka. Dysph. Inf. epigl. et part. post. Owrzodz. w tylnych częściach strun fałsz.	Są	Kreozot, tran	5 pędzlowań kreoliną (w ambulat.)	Łykanie lepsze, chryp. bez zmiany	In st. quo	Poprawa subiektywna (przejście do kw. ml. z popr. subj. i obj.)
3	A.	25	Ślusarz	Diath. Kaszel od 2 lat, od 1/2 roku chrypka, od 3 tyg. ból przy tykaniu	Łichy	Rozpad u szczytów	Nacieczenie nagłośni. Inf. part. post. et chord. spur. modica	—	Kreozot	4 pędzlowań kreoliną na nagłośnię	Łykanie lepsze	In st. quo	Poprawa obj. dość znaczna, przejście do innego leku (mentol)
4	G.	40	Urządnik	Bez diatezy, kaszele od dawna	Łichy	Zmiany w płucach znaczne	Chrypka, dysphagia. Owrzodzenia na str. prawdz.	—	—	4 pędzlowań kreoliną (ambulator.)	Łykanie coraz lepsze	Owrzodz. zaczynają się oczyszczać	Srednia poprawa z powodu upadku str. og. (obrzęk stóp) zaniechano leczenie miejsc.
5	U.	28	Organista	Od 9 miesięcy kaszel, od 5 miesięcy ból przełyku i chrypka	Średni	Zmiany w płucach więcej natury włóknistej	Nacieczenie nagłośni. Lekki inf. tylniej ścianki (otitis media supp.)	—	Kreozot kefir	3 pędzl. kreoliną, na nagłośnię, (zprzycowanie ucha kreoliną)	Łykanie nieco lepsze (przejściowe)	In st. quo	Subiektywna poprawa, przejście do innego leku (mentol).

***) 3 i 5 przypadek zakończony śmiercią: w płucach zwykła rozpadowa postać suchot, w krani rozległe zniszczenia.

stosowaliśmy w postaci pędzlowań według następującego przepisu:

Rp. Creolini 0,25
 Aq. dest.
 Glycer. aa. . . 10,0
 Ol. ment. pip. gtt. X.

MDS.

6. Mentol.

W roku 1885 na poliklinice B. Fraenkla w Berlinie wypróbował Rosenberg¹⁰⁸⁾ przy gruźlicy krtani nowy środek — mentol, stając się odtąd gorącym jego zwolennikiem.

Działanie mentolu według Rosenberg'a jest trojaki: 1) anemizujące, 2) ból kojące, 3) antyparazytarne (Sormani i Brugnatelli). Autor stosował mentol w oleistych roztworach (od 10 — 20⁰/o) raz lub dwa razy dziennie, wkraplając ten roztwór za pomocą szpryki Brown'a w ilości od 1 do 2 grm. na raz. Na 57 przypadków metodą tą leczonych, w 9 otrzymał wyleczenie (zniknięcie nacieczeń, zbliżnienie owrzodzeń). Owrzodzenia nierównie lepiej nadają się do leczenia mentolem, jak nasięki; już po pierwszych wkraplaniach dno wrzodu się oczyszcza, wytwarza się zdrowa ziarnina, w następstwie zaś blizna. Rękoczyn ten chorzy bardzo dobrze znoszą, reakcyi wybitniejszej nie zauważał. B. Fraenkel wyniki Rosenberg'a potwierdził, toż samo Beehag¹⁰⁹⁾, Bride, Leunox Brown, Brunn, zalecający mentol u osób delikatnych i nerwowych (u silnych — kwas mleczny).

Hyndman¹¹⁰⁾ widywał dobre rezultaty, używając spray z alkoholowego roztworu mentolu (5 — 20⁰/o). Natomiast Schrötter i Heryng nie są zwolennikami tego środka. Co się nas tyczy, to, opierając się na małej wprawdzie, lecz ściśle przeprowadzonej dotychczasowej obserwacyi w 4-ch przypadkach na oddziale d-ra Sokołowskiego, wyznać musimy, że wybitniejszego jakiegoś dodatniego wpływu nie byliśmy w stanie zauważyć. Poprawa była przedewszyst-

¹⁰⁸⁾ „Das Menthol, ein Ersatz des Cocains zur Erzeugung localer Anaesthesia in Nase und Pharynx.“ Berl. Klin. Woch 28, 1885. Ref. w Int. Centr. r. 2, str. 527. Dalej loco citato, patrz 36, oraz protok. zjazdów.

¹⁰⁹⁾ „Menthol in laryngeal and pulmonosy phthisis and in other diseases.“ Edinb. med. jour. Jan. 1888. Referent Bride w Int. Centr. r. 5, str. 3.

¹¹⁰⁾ „Report on the use of menthol in tuberculosis laryngitis.“ Concin. Lonc. clin. 8 Oct. 1887. Ref. w Int. Centr. r. 4, str. 493

kiem subiektywną, (łykanie nieco lepsze), natomiast zarówno gruźlicze nasięki, jakoteż i owrzodzenia pozostawały po większej części bez zmiany. W 3 przypadkach mentol stosowaliśmy tam, gdzie kreolina zawiodła, również jednak bezskutecznie. Używaliśmy do doświadczeń podobnie, jak Rosenberg oleistych roztworów (10 — 20%), wkrapając je codziennie w ilości od 1 — 2 grm., przytem chorzy uskarżali się na umiarkowane i niezbyt długie palenie (jeden zaś na uczucie ziębienia), podobnie jak przy użyciu kreoliny.

Podajemy tu w skróceniu przebieg, obserwowanych przez nas dotąd 4 przypadków, zaznaczając jeszcze raz, że na podstawie ich nie mamy prawa wydawać stanowczego sądu o skuteczności mentolu.

1-szy przypadek dotyczy chorego, pod N. 5 przy kreolinie podanego, z nacieczeniem gruźliczem nagłośni; po bezskutecznem stosowaniu kreoliny, użyliśmy 5-cio krotnie mentolu w sposób wyżej podany (10%—poczem 20%). Łykanie nieco lepsze (palenie po wkropleniu dość silne), nasięk nagłośni bez zmiany, dalsze leczenie wstrzymano ze względu na upadek stanu ogólnego, który spowodował wreszcie śmierć chorego, jak to już przy kreolinie wspominaliśmy.

2-gi przypadek dotyczy chorego, pod N-rem 1 przy kreolinie podanego, z nacieczeniem mocnem strun fałszywych z powierzchownemi owrzodzeniami, z zajęciem również rozległem tylnej ścianki, po bezowocnem pędzlowaniu kreoliną, zastosowaliśmy 4 razy mentol, który jednak z wyjątkiem przejściowej poprawy w łykaniu, na stan krtani nie wywierał najmniejszego wpływu, tak że prześliśmy do kwasu mlecznego, który i do dziś stosujemy u tego chorego z coraz większą poprawą subiektywną i obiektywną.

3-ci przypadek dotyczy chorego, pod N. 3 przy kreolinie podanego, z zajęciem przeważnie nagłośni, na którą wpływu żadnego nie wywierała kreolina. Dokonano trzykrotne wkroplenie mentolu (10%), palenie w tym przypadku było znaczne. Subiektywna poprawa dość wielka (chory coraz lepiej mógł łykać), nasięk jednak nagłośni bez zmiany. Chory ten wkrótce zmarł wskutek marazmu ogólnego i postępu sprawy płucnej (o rezultacie sekcji wspomnieliśmy przy kreolinie).

4-ty wreszcie i ostatni przypadek dotyczył F. lat 53, muzykanta. Chory ten przechodził przymiot. W krtani pod strunami prawdziwemi membrana. Incisio. Dilatationes (me-

tołą Schröttera). Leczenie antiluetyczne bez wpływu. Bardzo małe zmiany u szczytów. Laseczniki Kocha znaleziono. Dysphagia. Inf. strun fałsz. i tyl. ścianki, ulcus w okolicy lew. wyr. głos. Dokanano 3 razy wkroplenie mentolu (10 — 20%) na ulcus, który zaczął się oczyszczać nieco, łykanie bez zmiany. Na nieszczęście chory nie zgodził się na dalsze leczenie i wypisał się wkrótce.

7. Kwas borny.

Kwas borny należy do środków antyseptycznych, dawniej niezwykle często stosowanych, dziś jednak środek ten mało posiada zwolenników. Do liczby tych ostatnich należy przede wszystkim Schech¹¹⁾, który przypisuje kwasowi bornemu działanie lepsze, jak jodoformowi, z czym Grungenheim jednak się nie zgadza. Do zwolenników środka tego należą również Bresgen i Schaeffer, Heryng natomiast przypisuje mu działanie drażniące na żołądek, autor ten zaleca dla dezynfekcyi wydzieliny przy obfitem ropieniu owrzodzeń mieszanię z kwasu bornego i jodoformu (4 : 1).

Kwas borny stosować można, albo w postaci wdmuchiwań (insufflacyj) per se, lub aa z pulv. gum. mim. w ilości pro die 0,2 — 0,5, lub też w postaci inhalacyj (1 — 4%).

Gorącym zwolennikiem kwasu bornego jest Blindermann, który robił nad nim doświadczenia na klinice Jurasza, gdzie od 6—7 lat kwas borny najczęściej jest stosowanym, głównie w postaci insufflacyj, rzadziej inhalacyj (3 — 5%) 3 razy pro die po 10 minut. Według Blindermanna dodatkami stronami leku tego jest: 1) mało, lub wcale nie drażni, 2) bezwonny, 3) prawie bez smaku. Stan zapalny pod wpływem kwasu bornego się zmniejsza, wrzody po kilku dniach przyjmują wygląd dobry z tendencyją do zablizniania. Nawet głębokie utraty substancyj w stosunkowo krótkim czasie pokrywają się zdrową ziarniną, zupełne zaś wyleczenie nie należy do rzadkości. Autor na poparcie ostatniego przytacza odnośne dwa przypadki, w jednym pierwotnie jodoform okazał się bezskutecznym, były to owrzodzenia na strunach prawdziwych, kwas borny wywołał zupełne wyleczenie (wprawdzie nastąpił powrót cierpienia), w drugim zaś przypadku—kwas karbolowy, jodoform, wresz-

¹¹⁾ Patrz prace Srebrnego: „Gruźlica gardzieli i krtani w obec najnowszych metod jej leczenia.” Gaz lek. 10, 1888.

cie kwas mleczny pozostawały bez skutku, dopiero kwas borny wywarł skutek pożądany.

Co się nas tyczy, to środek ten dawniej stosowaliśmy bardzo często w postaci wdmuchiwań, nieraz z dodatnim rezultatem, nigdy jednak zabliznienia wrzodu gruczołowego pod wpływem kwasu bornego nie byliśmy w możności zauważyć, także jesteśmy zdania, że obecnie posiadamy nierównie skuteczniejsze leki i dla tego to ostatniemi czasy środka tego prawie nie używamy przy gruczoły krtani. Czasami przepisujemy go jeszcze w postaci inhalacyj.

8. Kwas karbolowy.

W ostatnich czasach kwas karbolowy, zdaniem naszym niesłusznie został prawie zupełnie usuniętym z szeregu środków, przy gruczoły płuc zalecanych. A jednak środek ten ma za sobą tradycję. I tak w roku 1880 M. Schmidt zaleca kwas karbolowy w następujący sposób: przy anemicznej błonie śluzowej łyżkę stołową 2^o/_o ac. carbol. do 1/2 litra naparu z rumianku wrzącego (wdechać 5 min. 3 — 4 razy dziennie), przy silnem zaś zaczerwienieniu zamiast rumianku (drażniącego nieco) używał wody. W ciągu 3 lat autor ten leczył 319 suchot krtaniowych, z tych 20 wyleczonych przy użyciu kwasu karbolowego (wprawdzie w tych przypadkach stosował on i nacięcia). Według tego autora powierzchowne owrzodzenia już po kilku tygodniach się goją, głębokie dłuższego wymagają czasu. Schech, Moure i Sokołowski potwierdzili również wywody Schmidt'a. Z drugiej jednak strony Lōri i Krishaber odmawiają środkowi temu leczniczych własności. Blindermann wspomina, że na klinice Jurasza oddawna i bardzo często stosują kwas karbolowy przy gruczoły krtani z bardzo pomyślnymi rezultatami: stosują go w postaci inhalacyj 1 — 2^o/_o 2 — 3 razy dziennie po 10 min. We wszystkich przypadkach wygląd owrzodzeń był lepszym, w jednym zaś po 4 tygodniowem stosowaniu zupełne wyleczenie (wprawdzie recydywa potem).

Co się nas tyczy, to kwas karbolowy oddawna na oddziale d-ra Sokołowskiego stosujemy i uważamy go za środek w wielu razach skuteczny, wyleczenia zupełnego od niego nie widzieliśmy, poprawę jednak często. Tam gdzie leczenie miejscowe pod postacią pędzlowań, lub wdmuchiwań nie może być przeprowadzonym (osłabienie chorego, wyjazd na wieś), inhalacje kwasu karbolowego są wskazane, cza-

sami mogą one nawet wpłynąć na poprawę łykania, o czym w kilku przypadkach mieliśmy się sposobność przekonać.

9. Sublimat.

Dziwić się wypada, że środek ten, posiadający tak silne własności przeciwnilne, tak rzadko przy gruźlicy krtani był stosowanym. Być bardzo może, że stała temu na przeszkodzie obawa zatrucia, tak łatwo przy użyciu sublimatu. Balmer stosował sublimat w 12 przypadkach, pomyślnego jednak działania nie zauważył, a nawet jakoby pogorszenie.

Natomiast Lindsay Porterus¹¹²⁾ przytacza 3 przypadki gruźlicy krtani, wyleczone za pomocą spreju sublimatowego. John Mackenzie¹¹³⁾ stosował również pomyślnie sublimat (1 : 2000). Massei z początku sublimatu używał jedynie (inh. 1 : 1000), jako akt wstępny przed użyciem jodoformu. W ostatnich jednak czasach autor ten¹¹⁴⁾ stale przy gruźlicy krtani używa sublimatu (1 : 2000) z bardzo dobrymi rezultatami. My osobiście, nie posiadając odnośnego doświadczenia, nic o środku tym powiedzieć nie możemy, nie sądzimy jednak, by sublimat mógł mieć wyższość nad innymi środkami antyseptycznymi np. kwasem karbolowym.

10. Węgiel drzewny.

Środek ten, mający również własności przeciwnilne był wyprobowany przez Blindermann'a na klinice Jurasza w Heidelbergu w 3 przypadkach gruźlicy krtani w postaci wdmuchiwań; rezultat okazał się jednak niezbyt zachęcającym, choć czasami można było zauważyć oczyszczanie się owrzodzeń, środek ten jednak wywoływał nieprzyjemne sensacje (dławienie, kaszel etc.). Prócz środków tych, o których mniej, lub więcej obszernie mówiliśmy, istnieje jeszcze cały szereg innych, przy suchotach krtaniowych zalecanych. Środki te, należące po większej części do grupy antyseptyków, są w większości przypadków bezskuteczne i w terapii gruźlicy krtani zupełnie zbyteczne, wspomnimy jednak o nich pokrótce dla pełni obrazu.

II. Salol w 1887 r. stosowanym był przez Seifert'a

¹¹²⁾ „The topical treatment of tubercular phthisis.“ Edin. Med. Jour. Mai, 1887. Ref. w Int. Centr. r. 4, str. 317.

¹¹³⁾ Die laryngol. Section des IX Intern. méd. Congress—Washington. 1887. Ref. w Int. Centr. r. 4, str. 185.

¹¹⁴⁾ „The local treatment of laryngeal phthisis.“ Jour. of Laryng. Mai, 1887.

z nieszczęśliwym rezultatem, Gouguenheim również od środka tego nie widywał poprawy.

12. Będzwinian sodu (natrum benzoicum), przez Rokińskiego jeszcze gorąco zalecany przy gruźlicy płuc i krtani należy do historii.

13. Fournier¹¹⁵⁾ zalecał przy gruźlicy krtani wdechanie **gorącego powietrza**, wychodząc z tej zasady, że laseczniki gruźlicze giną w ciepłocie wyżej 41°.

14. Jacobelli¹¹⁶⁾ w celu wywołania zwapnienia gruzelków, zaleca inhalacje z **terpentyny i wody wapiennej**.

15. Woakes¹¹⁷⁾ zaleca bardzo przy suchotach krtaniowych wdechanie pary **siarczanu potasu**.

16. Char. Warden¹¹⁸⁾ zaś **thymol** — ten ostatni środek i my czasami zalecamy pod postacią inhalacyj (1 : 10 spir. 5—8 kropel do kieliszka wody), nie przypisując mu jednak jakiegóż ważniejszego znaczenia.

17. Rethi¹¹⁹⁾ używa miejscowo przy gruźlicy krtani przez Kolischera zalecany w sprawach gruźliczych kostnych **fosforan wapnia**. Autor ten stosuje środek ten według następującej recepty:

Rp. Calc. phosph. neutr. . . . 5,0
 Aq. dest. 50 0
 Dein adde sensim ac. phosph.
 q. s. ad solut. perf. Filtra adde
 ac. phosph. dil. 0,6
 Aq. dest. q. s. ad. . . . 100,0

DS. do inj. lub pędzlow.

Schnitzler¹²⁰⁾ natomiast używa następującej mieszaniny:

Rp. Cocaini 0,2
 Calc. phosph. . . . 10,0
 Ol. menth. pip. gtt. X.

¹¹⁵⁾ „Notes sur le traitement médical de la lar. tbc.“ Thèse, Paris, 1886. Ref. w Int. Centr. r. 3, str. 343.

¹¹⁶⁾ „Des inhalations caustiques.“ Bul. gén de ther. 1887. Ref. w Int. Centr. r. 4, str. 199.

¹¹⁷⁾ „Congress des Associéte franc pour l'avancement des sciences.“ Toulouse, 1887. Ref. w Int. Centr. r. 4, str. 238.

¹¹⁸⁾ Ibidem.

¹¹⁹⁾ „Die Behandlung der Kehlkopftuberculose mit phosphorsaurem Kalke.“ Wien. Med. Presse 44—45, 1887. Ref. w Int. Centr. r. 4, str. 361.

¹²⁰⁾ „Die Behandlung der Kehlkopftuberculose mit phosphorsaurem Kalke.“ Internat. Klin. Rundsch. 51—52, 1887. Ref. w Int. Centr. r. 4, str. 362.

Autor ten wspomina, jakoby od tej metody widywał oczyszczanie się owrzodzeń, zmniejszanie obrzęków, czasami nawet wyleczenie.

18. Jedyłą próbę zastosowania bakteryjoterapii przy gruźlicy krtani podaje Roquer y Casadesus¹²¹⁾ z Barcelony, który w jednym przypadku z korzyścią jakoby zastosował czystą hodowlę „**bacterium termo**” w postaci pulweryzacji, inhalacji i pędzlowań.

19. Fronstein¹²²⁾ podaje, jakoby widywał czasami świetne nawet rezultaty od **rezorcyny** w postaci inhalacji (2⁰/₀), jakoteż i pędzlowań (10 - 20⁰/₀).

20. **Jod**—pierwotnie stosowany przez Isambert'a, chętnie używa Gouguenheim, zwłaszcza przy naroślach gruźliczych bez rozległych owrzodzeń. W kilku przypadkach stosowaliśmy na oddziale d-ra Sokołowskiego jod w postaci pędzlowań (roztwór Lugol'a 1—1¹/₂—2⁰/₀), jakiegoś jednak działania wybitniejszego nie byliśmy w stanie zauważyć.

21. W kilku przypadkach gruźlicy krtani na oddziale d-ra Sokołowskiego stosowaliśmy **wodan chloralu**, środek posiadający między innymi wybitne własności przeciwnilne (Keen)¹²³⁾. Pędzlowanie roztworów 5 i 10⁰/₀ dały nam względnie niezłe rezultaty.

22. **Saletrzan srebra** kiedyś był w wielkim użyciu przy suchotach krtaniowych, przypisywano mu poprawę w stanie obiektywnym krtani, a nawet wyleczenie. Krishaber przekłada użycie saletrzanu srebra in substantia. Isambert zaś w roztworze (1 : 30). Marcet również z korzyścią stosował ten środek przy gruźlicy krtani. Z odkryciem jednak Koch'a resp. z wprowadzeniem do terapii suchot płucnych, jakoteż i krtaniowych antyseptyków, środek ten został zarzuconym. Do jego przeciwników zalicza się Gouguenheim, zwłaszcza zaś Stoerck, który przypisuje lapisowi szkodliwe działanie, mianowicie sztuczną utratę substancji (Kunstfehler).

23. **Półtorachlorek żelaza** stosuje Morell Mackenzie, w roztworze 1 : 30. Gouguenheim natomiast przeciwny jest środkowi temu.

24. **Chlorek cynku**—używany przez Isamberta w roz-

¹²¹⁾ „Tuberculosis laringo-pulmonar en el tercer periodo, Eusago de Bacterioterapie.” Gaz. Méd. Catal. 1886. Ref. w Int. Centr. r. 3, str. 98.

¹²²⁾ „Rezorcin fur tuberculose gortani.” Russ. med. 47. 1887. Ref. w Int. Centr. r. 5, str. 1.

¹²³⁾ „Farmakologija Nothuoselo.” Rosokocha, 1883, str. 386.

tworach 1 : 50 — 1 : 25, nie znajduje w Gouguenheimie zwoleńnika.

Oto jest szereg środków przeważnie do grupy antyseptyków należące, które przy suchotach krtaniowych były zalecane. Liczba ich, jak widzimy, imponująca. Jakkolwiek większa część tych leków może być bez szkody z terapii gruźlicy krtani usunięta, to jednak świadczy ona, jak dalece umysł lekarzy pracował i ciągle pracuje nad wynalezieniem środka, któryby ostatecznie zdołał zgnieść tego Molocha, co tyle już ofiar pochłonał i prawdopodobnie jeszcze pochłonie.

Nie poddawajmy się tylko pesymizmowi, idźmy wytrwale dalej na drodze raz wytkniętej, pełni nadziei w przyszłość, być może jeszcze daleką....

Tymczasem zaś bądźmy dumni tem przeświadczeniem, że nie jesteśmy już tak bezsilni w obec strasznej tej do niedawna za nieuleczalną uważanej choroby.

Posiadamy bowiem prócz niewątpliwie skutecznych środków (kwas mleczny etc.), jeszcze nową wprawdzie, a już w rezultaty dodatnie obfitującą, metodę leczenia suchot krtaniowych, metodę chirurgiczną — metodę, z którą ściśle związane są nazwiska M. Schmidt'a i Heryng'a. Nad metodą tą obecnie szczegółowo zastanowić się nam wypada, przedtem jednak jeszcze powiemy słów parę o zastosowaniu przy gruźlicy krtani kwasu chromnego, oraz żegadła galwanicznego (galwanokaustyki).

Kwas chromny.

Jakkolwiek jeszcze przed Heryngiem, bo w roku 1878 Pelan w Paryżu widział pomyślne działanie kwasu chromnego na owrzodzenia gruźlicze, to jednak wprowadzenie tego środka w ogóle przy cierpieniach nosa, gardzieli i krtani, a w szczególności przy gruźlicy krtani, jest zasługą Herynga.

Autor ten w r. 1884 ogłosił obszerną pracę, tego środka dotyczącą ¹²¹⁾. Kwas chromny autor stosuje, natapiając go na srebrny zgłębnik. Dla uniknięcia mogącego nastąpić

¹²¹⁾ „Kwas chromny, jako środek leczniczy w chorobach nosa, gardzieli i krtani.“ Gaz. lek. 1884 r. od 41 do 47.

ostrego zatrucia, radzi przed operacją wypić roztwór sody ($\frac{1}{2}$ dr. na 7 unc.), przez co nadmiar połkniętego kwasu czyni się nieszkodliwym. Do operacji przypalania kwasem chromnym w krtani, należy przystępować z ostrożnościami: przede wszystkim stosować go u osobników, uprzednio do miejscowego leczenia już przyzwyczajonych, dalej pierwsze przyżeganie robić powierzchownie i krótko, nie możemy być bowiem pewni, jaka będzie reakcja. U osób skłonnych do wymiotów nie dopuszczać takowych przez zubożenie nadmiaru kwasu, przez zapędzowanie zoperowanego miejsca mocnym roztworem sody ($\frac{1}{2}$ dr. na 1 unc.), po operacji zaś kazać choremu wypluć ślinę, zwykle żółto zabarwioną, odkaslnąć wydzielinę, wyplukać gardło roztworem sody (1 dr. na 8 unc.), nie jeść i nie pić po operacji w ciągu 2 do 3 godzin, okłady lodowe na szyję, milczenie, za pokarm mleko zimne. Po przypaleniu w krtani zazwyczaj bywa mała reakcja (czasami niezbyt mocny kaszel i ból), natomiast dysphagia się zmniejsza, jak również i obrzęk otaczających tkanek. Po przypaleniu tworzy się strup, który po 4—5 dniach odpada. Kwas chromny według Herynga par excellence nadaje się do owrzodzeń o przebiegu przewlekłym, z dążnością do wytwarzania ziarniny, przy dobrym stanie ogólnym i płuc.

Autor nierównie lepsze rezultaty od stosowania kwasu chromnego przy gruźlicy krtani widywał w praktyce prywatnej, aniżeli w szpitalnej. Wyniki autora potwierdził Bayer z Brukselli, dalej Schiffers¹²⁵⁾, który bardzo gorąco lek ten zaleca, zwłaszcza przy obrzękach w przebiegu gruźlicy krtani występujących, autor ten stosuje kwas chromny pod postacią pędzlowań (1 : 6 lub 1 : 10).

Rethi¹²⁶⁾ utrzymuje, że kwas chromny działa energicznie, nie wywołuje bólu, ani też silniejszej reakcji, szybciej, jak lapis, lub galwanokaustyka. Z korzyścią można go stosować przy gruźliczych obrzękach w krtani. Przedborski cytuje jeden przypadek, gdzie kwas chromny okazał się wielce skutecznym, w ogóle uważa środek ten za odpowiedni przy twardych nasiękach, nieczułych na kwas mleczny.

¹²⁵⁾ „Syphilis laryngée. Emploi de l'acide chromique dans l'œdème de la glotte.“ Extr. des Ann. de la soc. méd.-chir. de Liège. 1884. Ref. w Int. Cent. r. 2, str. 25.

¹²⁶⁾ „Die Chromsäure und ihre Anwendung. als Aetzmittel bei den Krankheiten der Nase des Rachens und des Kehlkopfes.“ Wien. Med. Presse. N. 14—18, 1885. Ref. w Int. Centr. r. 2, str. 248.

Do zwolenników kwasu chromnego należy również Isambert, natomiast Gouguenheim jest stanowczym przeciwnikiem tego środka, dowodzi on mianowicie, że działanie kwasu chromnego szybko się rozszerza i na zdrowe tkanki. Nie możemy pominąć ciekawych spostrzeżeń John'a Mackenzie¹²¹⁾ z Baltimoru, który u robotników fabrycznych (wytwarzanie kwasu chromnego) bez wyjątku znajdował przedziurawienie przegrody nosowej, owrzodzenia na muszlach i w jamie nosogardzielowej, czasami i w dolnej części gardzieli, w krtani, nie widywał, natomiast zajęcie ucha (otorrhoea).

Jakkolwiek właściwie przy gruźlicy krtani nie stosowaliśmy kwasu chromnego, to jednak opierając się na doświadczeniu przy stosowaniu środka tego w nosie, gardzieli i krtani (polipowate narośle), możemy pogląd nasz odnośnie do kwasu chromnego streścić w następujący sposób: nie ulega najmniejszej wątpliwości, że kwas chromny jest środkiem dzielnym, energicznie niszczącym wytwory chorobowe i jako taki bezwarunkowo ma wyższość nad innymi środkami żrącymi (lapis), z drugiej jednak strony środek ten zdaniem naszym zawsze napotykać będzie poważne przeszkody do rozpowszechnienia ze względu na swe uboczne wysoce trujące własności.

Nie pomagają tu zazwyczaj żadne ostrożności: obfite picie przed i po operacyi roztworu sodu, pędzlowania mocnym roztworem sody etc. w większości przypadków objawy mniej lub więcej wyraźne intoksykacyi występują: mocne palenie twarzy, uporczywe wymioty częstokroć kilka dni trwające (jak to w naszych przypadkach miało miejsce), czasami niezwykle silne bóle brzucha (epigarstrium) etc. Nic też dziwnego, że środek ten nie znajduje chętnych zwolenników, tem więcej, że w galwanokaustyce mamy również doskonały—energiczny środek, który natomiast nie zdaje się pociągać za sobą żadnych ubocznych objawów. I dla tego to my stanowczo, nie odmawiając kwasowi chromnemu działania dodatniego, oddajemy pierwszeństwo czy to przy operacyjach przerostłych muszli nosowych, czy to w krtani, zwłaszcza przy gruźlicy—galwanokaustyce, o której teraz obszerniej pomówimy.

¹²¹⁾ „Some observations on the toxic effects of chrome on the nose, throat and ear.” Jour. Ames. Med. Ass. 29 Nov. 84. Ref. w Int. Centr. r. 1, str. 377.

Galwanokaustyka.

Dziwić się należy, że galwanokaustyka nie zdołała sobie wywalczyć pierwszorzędnego miejsca, w rzędzie środków przy gruźlicy krtani stosowanych. O ile w nosie przy przerosłych muszlach stosowaniem jest często żegadło galwaniczne — wyrugowawszy prawie zupełnie kwas chromny, nad którym ma niewątpliwą wyższość, o czem wyżej wspominaliśmy, o tyle w krtani w ogóle, zwłaszcza zaś przy gruźlicy krtani środek ten natrafia na niczem niewytłomaczoną obojętność. Jest to jednak dzielny środek doskonale wpływający na wchłanianie się nasięzków gruźliczych—środek, mogący wywołać sprawę zablźnienia owrzodzeń gruźliczych. Powszechnie obawiają się przy stosowaniu żegadła galwanicznego objawów zapalnych, ostrego obrzęku głośni, co jakoby często miał widywać Moure¹²⁸⁾, a czego ani my, ani Gouguenheim nie widzieliśmy ani razu. Obawa ta jest główną przeszkodą w rozpowszechnieniu galwanokaustyki i dlatego to liczba zwolenników tej metody jest jeszcze stosunkowo małą.

Do nich należą: Voltolini¹²⁹⁾, Cahn¹³⁰⁾, Srebrny, Schaeffer i Lubliński. Schmiegelow¹³¹⁾ dość umiarkowanie wyraża się o tym środku. Schrötter nie dowierza galwanokaustyce jest on zdania, że takowa może w pewnych razach przez podrażnienie zaszkodzić, jakkolwiek w 2 przypadkach guzów gruźliczych, na tylnej ścianie usadowionych, żegadło galwaniczne (pod postacią ukłuć, jakoteż musnięcia pędzlem) dało dobre rezultaty.

Gouguenheim z początku stosował bardzo chętnie galwanokaustykę na obrzękłą nagłośnię i fałdy nagłośniolawkowe, wreszcie przy polipowatych naroślach ściany tylnej, w ostatnich jednak czasach autor ten ogranicza użycie żegadła galwanicznego do tych ostatnich zmian, przy gruźlicy krtani napotykaných. W podanych poniżej 16 spo-

¹²⁸⁾ „Du traitement local de la tuberculose laryngée.“ Bull. gen. de ther. 10, 1884. Ref. w Int. Centr. r. 1, str. 121.

¹²⁹⁾ „Einiges ueber Phthisis laryngea und desen operation.“ Wien. Med. Zeit. 1884, 13. Ref. w Int. Centr. r. 1, str. 56.

¹³⁰⁾ „Tuberculose pulmonaire-laryngite-hypertrophie excessive de la reg. aryth. etc.“ Ann. des mal. de l'or. etc. 3 Juli 1885. Ref. w Int. Centr. r. 2, str. 451.

¹³¹⁾ „Förste Bezetung fra commune hospitalets clin. etc.“ Hosp. Tiol. Mar. 1885. Ref. w Int. Centr. r. 2, str. 45.

strzeżeniach, w 6 z nich stosowaliśmy z mniejszem, lub większem powodzeniem galwanokaustykę, najczęściej miejscem aplikacyi była tylna ścianka krtani (owrzodzenie polipowate narośla), rzadziej nagłośnia (nasięki, owrzodzenia) wreszcie struny fałszywe.

Opierając się na powyższem doświadczeniu, śmiemy twierdzić, że galwanokaustyka w szeregu środków, przy gruźlicy krtani stosowanych, winna posiadać jedno z wybitniejszych miejsc—i jako taka zdaje się mieć przyszłość przed sobą.

Obecnie przechodzimy do jednej z najważniejszej zdobywszy ostatnich czasów—metody leczniczej suchot krtaniowych, której przedewszystkiem zawdzięczamy tą radykalną zmianę w pojęciach naszych co do wyleczalności gruźlicy krtani, metodą tą jest t. zw. chirurgiczne leczenie, pod którą to nazwą rozumieć należy 3 rękoczynny: 1) incisiones (scarificationes) t. j. głębokie nacięcia wewnątrzkrtańowe, 2) curettment (evidement), t. j. skrobanie, lub łyżeczkowanie, wreszcie 3) tracheotomia t. j. przecięcie tchawicy.

O metodach tych obecnie słów parę powiemy, przedstawiając zarazem wyniki 16 odnośnych naszych spostrzeżeń, ze szpitalnej zaczerpniętych praktyki.

C. Leczenie chirurgiczne gruźlicy krtani.

I. *Incisiones (scarificationes) endolaryngeales.*

Jakkolwiek jeszcze przed Schmidtem Marcet w r. 1869 stosował przy gruźlicy krtani nacięcia wewnątrzkrtańowe, jednak Moritz'owi Schmidt'owi¹³²⁾ z Frankfurtu nad Menem należy się słusznie zaszczyt, zastosowania tej metody u suchotników krtaniowych w szerokim zakresie.

Autor ten w r. 1887 na 98 przyp. w 3 widział od tej metody wyzdrowienie, w 10 poprawę. W następnym roku na 106 przyp. 7 wyleczonych, a 10 z poprawą, wreszcie w 1879 r. na 115 chorych na gruźlicę krtani w 6 otrzymał zupełne wyleczenie, w 13 zaś poprawę. W ciągu więc 3 lat na 300 przeszło przyp. autor ten przy stosowaniu metody chirurgicznej (głębokich nacięć) otrzymał w 16 przypadkach wyleczenie, co stanowi 5⁰/₀, w 33 zaś poprawę, co stanowi 10⁰/₀.

¹³²⁾ „Przyczynek do leczenia miejscowego t. zw. suchot krtaniowych.“ Med. odbitka z r. 1881.

Pomyślne owe rezultaty zachęciły innych lekarzy specjalistów do wypróbowania metody Schmidt'a. Jednym z pierwszych był u nas dr. Sokołowski, który już w r. 1881 ogłosił wyniki, od chirurgicznego leczenia przy gruźlicy krtani uzyskane.

Autor ten stosował nacięcia na nagłośni i tylnej ściance i na zasadzie odnośnego doświadczenia dochodzi do wniosku, że jest to dzielny środek, wiele dobrego w suchotach krtaniowych uczynić mogący. Dla leczenia tego autor za najwłaściwsze uważa te postacie, gdzie obok niewielkich stonkowo zmian w płucach, przy braku gorączki, zmiany na tylnej ściance krtani są charakteru obrzękowego, gdzie nagłośnia przedstawia się zgrubiałą, obrzękniętą, gdzie istnieje wielka dysphagia, która pod wpływem nacięć znakomicie się zmniejsza, lub zupełnie nawet ustępuje. Ostatnie okresy suchot płucno-krtaniowych nie są odpowiednie dla stosowania tej metody.

Wielkim zwolennikiem nacięć (jakkolwiek tylko na tylnej ściance krtani) jest Rossbach z Würzburga. Dalej metodę Schmidt'a stosowali Krause, Schaeffer, Schech, wreszcie Jurasz, który nacięcia stosuje w pierwszych okresach nasięków gruźliczych. Natomiast w ogóle przeciwnikami leczenia chirurgicznego przy gruźlicy krtani są Leunox Brown¹³³⁾ i Geo Stoker¹³⁴⁾, który dowodzi, że nacięcia dają impuls do tem łatwiejszego wniknięcia laseczników gruźliczych. Według Stoerck'a, znanego zkądinąd nihilisty terapeutycznego, wszelkie energiczniejsze traktowanie owrzodzeń gruźliczych krtani jest stanowczo szkodliwem.

Na oddziale d-ra Sokołowskiego stosowaliśmy często nacięcia (w podanych poniżej przypadkach 8 razy), najczęściej w obrzękach tylnej ścianki, zwłaszcza często przy perichondritis arythenoidea, wreszcie przy nasiękach nagłośni. Zawsze rezultat takich nacięć był mniej, lub więcej pomyślnym: obrzęki się zmniejszały, utrudnione łykanie często zupełnie ustępowało. Stosowaliśmy również z wielką korzyścią nacięcia głębokie obrzękłych części (plastyczny, twardej nasięki), z następczem wtarciem stężonego kwasu mlecz-

¹³³⁾ Die laryng. Section des IX Intern. méd. Congress. Washington, 1887. Ref. w Int. Centr. r. 4, str. 185.

¹³⁴⁾ Congress des Assoc. fran. pour l'avancem. des sciences Toulouse 1887. Ref. w Int. Centr. r. 4, str. 238.

nego (100^o/_o), który sam w tych razach niezbyt energicznie działał. Schmidt zupełnie słusznie, jako ujemną jedyną stronę nacięć, uważa zbyt szybkie zlepianie się brzegów rany, co zwłaszcza przy powierzchniowych nacięciach ma miejsce. I dla tego to autor ten bardzo słusznie (o czem nieraz sami mieliśmy się sposobność przekonać) radzi wykonywać głębokie nacięcia, lub ukłucia (np. w obrzęknięte nalewki), robił on nieraz kompletne rozcięcia nagłośni.

Dodać należy, że rękoczyn ten obecnie jest najzupełniej wykonalnym i bezbolesnym, należy tylko znieczulić przedtem kokainą gardziel (10 — 15^o/_o) i krtani (20 — 25^o/_o). Nacięcia takowe wykonywają się za pomocą zwykłych, różnej modyfikacyj, nożyków krtaniowych.

II. Curettement.

Jednym z najgorliwszych zwolenników leczenia chirurgicznego gruźlicy krtani jest Heryng¹³⁵⁾, który sprawę tę znacznie naprzód posunął. Autor ten prócz nacięć metodą Schmidt'a, używa z korzyścią nowej przez się wynalezionnej metody, tak zwanej curettement (evrolement) t. j. skrobanie (łyżeczowanie) krtani. Metoda ta w chirurgii od dawna jest w powszechnem użyciu, używają do niej t. zw. łyżeczki Volkman'a, w krtani jednak po raz pierwszy przez Herynga była zastosowaną. W tym celu autor używa przez siebie wynalezionych instrumentów (skrobaczek), których rysunek podał w swej pracy.

Autor wychodzi z tej zasady, że przez wyskrobanie wrzód złośliwy przechodzi w niewinny. Szczególniej metodę swoją uważa autor za wskazaną: 1) w pierwotnej gruźlicy krtani (którą acz rzadko, lecz za niewątpliwą uważa), 2) przy naroślach gruźliczych na tylnej ściance krtani, 3) przy wrzodach z dnem sklerotycznym, z przerosłymi brzegami. Miejscami, gdzie autor wykonywał łyżeczowanie, były: tylna ścianka krtani, dalej struny fałszywe (nasięki guzowate, owrzodzenia), struny prawdziwe (przy wyrastaniu ziarniny na górnej powierzchni), wreszcie na nagłośni, na której ze względu na podatność organu najtrudniej skrobanie daje się wykonać. Autor za główne zalety metody swej uważa „doszczętne zniszczenie złogów i spraw gruźliczych,

¹³⁵⁾ „Das Curettement tuberculoser Larynxgetshwürre und seine Erfolge mit Demonstrationen.“ Bericht über die 21 Section der 60 Natursch. Wiesbaden. Ref. w Int. Centr. r. 4, str. 287.

nawet głęboko w tkankach położonych“ (z czem jednak Schrötter się nie zgadza), dalej niewielki odczyn zapalny po operacyi i szybkie zmniejszenie bolesności i utrudnienia łykania wskutek zabliznienia, które autor na 20 obserwowanych powyższą metodą przypadków otrzymał w 15.

Z tem ostatniem twierdzeniem autora najzupełniej się zgadzamy; wprawdzie skrobanie stosowaliśmy niezbyt często (w poniżej podanych przypadkach 5 razy—dr. Sokołowski), zawsze jednak pomyślnie. (poprawa w łykaniu, lub całkowite ustąpienie dysphagii, w 2 przypadkach zupełne zabliznienie wrzodu na tylnej ściance przez anatomopatologów na sekcyi potwierdzone). Potwierdzamy, że na nagłośni metoda ta mniej korzystne ma szanse. Rosenberg również dobre od metody tej widział rezultaty, natomiast Stockton z Chicago metodzie tej odmawia znaczenia.

Jakkolwiek metoda Herynga nie zdołała dotąd zyskać sobie prawa obywatelstwa w terapii gruźlicy krtani, jakkolwiek wogóle zbyt mało jest odnośnych spostrzeżeń, za lub przeciw tej metodzie przemawiających (co zdaje się trudnościami w wykonaniu daje się tłumaczyć), to jednak my na zasadzie osobistych doświadczeń metodzie Herynga odmówić dodatniego znaczenia nie możemy i zgadzamy się z poglądem, wypowiedzianym przez większość obecnych laryngologów na zjeździe w Wiesbadenie w dyskusyi nad odczytem Heryng'a (Cube, Schmidt, Gottstein), że „metoda Krausego (kwas mleczny) i curettement Herynga uważać należy, jako wielki krok naprzód do celu t. j. do wyleczenia gruźlicy krtani prowadzący.

Zanim przejdziemy do tracheotomii, przy gruźlicy krtani, wykonywanej — wspomnimy pokrótce o metodzie, jaką w 1 przyp. użył z powodzeniem dr. Sokołowski. Był to przypadek, w którym wskutek wytworzenia się obfitych granulacyj na swobodnych brzegach strun prawdziwych, wystających resp. zwięzających światło głośni, nastąpiły tak groźne objawy stenotyczne, że nieledwie już o przecięciu tchawicy zamyślaliśmy, w tym to przypadku kilkakrotne (3 razy) wyrywanie (extirpatio) największych granulacyj za pomocą pincety Fauvel'a (do operacyj polipów krtaniowych używanej) za każdym razem groźne te objawy zaduszania usuwało — tak, że tracheotomia okazała się zbyteczną.

(Dokończenie nastąpi).

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Anatomija patologiczna i Medycyna wewnętrzna.

177. Prof. ACKERMANN. **Histogeneza i histologija marskości wątroby.** (*Virchow's Archiv. T. 115, Z. III*).

Dotychczas rozrost tkanki łącznej międzyzrazikowej wątroby przy marskości tego narządu uważano za sprawę pierwotną, w której miała ześrodkowywać się cała złośliwość cierpienia. Badania jednak autora nad marskością wątroby, powstającą w następstwie przewlekłego otrucia fosforem oraz wysokiemi, doprowadziły do wyników, pozwalających poczynić wnioski wręcz przeciwne, a mianowicie, że rozrost tkanki łącznej przy marskości wątroby jest zjawiskiem dla ustroju względnie zbytecznym, nowowytworzona bowiem tkanka łączna, przedstawiająca według autora produkt zapalenia demarkacyjnego natury wytwórczej, posiada takie własności, że ogranicza właściwą sprawę pierwotną, t. j. rozpad komórek wątrobowych, oraz równoważy owe zaburzenia funkcyjne, które powstają wskutek zbytniego rozwoju tkanki łącznej.

Autor dawał królikom w ciągu 3 miesięcy po 0,0015 do 0,0015 fosforu dziennie i następnie je zabijał. Przy sekcji zawsze znajdował bardzo wyraźną marskość wątroby, przy czem rozwój tkanki łącznej umiejscawiał się przeważnie naokoło oddzielnych zrazików. Wątrobę autor nastrzykiwał błękitem pruskim przez przewód żółciowy wspólny i zwykłą metodą kawałki takowej stwardzał i barwił. Na tak przygotowanych skrawkach, oprócz zwyrodnienia tłuszczowego komórek wątrobowych, zauważyć się daje znaczny rozwój tkanki łącznej międzyzrazikowej, wdzierającej się nawet w same zraziki i zawierającej obfitą ilość naczyn krwionośnych i, co ważniejsza, większą niż zwykle ilość kanalików żółciowych. Kanaliki te, wysłane niewysokim nabłonkiem i znajdujące się w pośrodkowych częściach tkanki międzyzrazikowej przedstawiają się dość obszernymi, znajdujące się zaś w częściach obwodowych, t. j. bliżej zrazików — węższymi i tu łączą się z żółciowemi naczyniami włosowatemi za pomocą kanalików zupełnie podobnych do tych ostatnich, a więc pozbawionych nabłonka, lecz znacznie od nich szerszych.

Na zasadzie powyższych danych oraz zważywszy, że poprzednie już poszukiwania rozmaitych badaczy wykazały zawsze, oprócz marskości, jednocześnie rozmaite stopnie zwyrodnienia komórek zrazików, że następnie u zwierząt karmionych przez krótszy czas mniejszemi lub większemi dawkami fosforu zawsze można wykazać zanik komórek wątrobowych bez rozwoju tkanki łącznej, autor dochodzi do wniosku, że zmiany w komórkach wątroby przy przewlekłym otruciu fosforem, a zatem przy marskości wątroby, są sprawą pierwotną, w następstwie zaś tych zmian dopiero powstaje rozrost tkanki łącznej międzyzrazikowej.

Co się tycze marskości wątroby przy przewlekłym otruciu wyskokiem, to rozmaici badacze doszli do rozmaitych wniosków. Jedni znajdowali raz zmiany w komórkach, innym znów razem w tkance łącznej międzyzrazikowej lub obie te zmiany jednocześnie; drudzy znajdowali znów wyłącznie rozrost tkanki łącznej, inni zaś tylko zmiany w komórkach. Autor w celu dokładnego zbadania kwestyi przejrzał 31 preparatów marskiej wątroby pijaków i zawsze znajdował zmiany zanikowe w komórkach wątrobowych, w jednym zaś przypadku przy nieznacznych zmianach w tkance łącznej widział wyraźne zwyrodnienie tłuszczowe komórek wątrobowych. Należy więc i tu, podobnie jak i przy otruciu fosforem, przyjąć, że zmiany w komórkach wątrobowych poprzedzają zwykle zmiany w tkance łącznej międzyzrazikowej. Pod jednym jednak względem trudno stwierdzić u ludzi zupełną tożsamość zmian, zachodzących w następstwie obydwu tych czynników, a mianowicie nie udało się dowieść, że przy marskości wątroby pochodzenia wyskokowego również istnieje łączność pomiędzy nowopowstałymi kanalikami żółciowymi a naczyniami włosowatemi żółciowemi zrazików. Obecność jednak tego połączenia zdaje się nie ulegać żadnej wątpliwości, przemawia zatem ta okoliczność, że przy marskości wątroby po otruciu wyskokiem brak również żółtaczk.

Co się tyczy sposobu powstawania rozrostu tkanki łącznej, to autor objaśnia go teorią Thiersch'a, według której, wskutek zaniku komórek wątrobowych, zmniejsza się ciśnienie takowych na tkankę łączną i na znajdujące się pomiędzy komórkami naczynia włosowate żółciowe, które poczynają rozszerzać się i pokrywać nabłonkiem, przenikającym do nich drogą bujania z normalnie istniejących kanalików żółciowych.

Jednocześnie z nowymi kanalikami żółciowymi powstają i nowe naczynia krwionośne i chłonne, w wysokim stopniu równoważące zaburzenia w krążeniu żyły wrotnej, której gałązki końcowe wskutek sprawy chorobowej stały się niedrożniami.

Z powyższego widać, że wszystkie zmiany, zachodzące w późniejszych okresach marskości wątroby, noszą dla ustroju cechy bardzo przyjazne, gdyż, jeśli nie zapobiegają w zupełności, to przynajmniej ograniczają fatalne następstwa pierwotnych zmian w komórkach wątrobowych, stanowią zatem świeży przykład owej samozachowawczości naszego ustroju, który stara się przystosowywać do nowo-powstałych warunków. *S. Klejn.*

178. I. MALININ. Śledziona pod względem histologicznym, fizjologicznym oraz patologicznym. (*Virchow's Archiv. T. 115, Z. II.*)

Autor zajmował się przeważnie badaniem budowy miąższi śledzionowej za pomocą rozszczepiania. Pragnąc przekonać się, jakie elementy śledziony przyjmują udział przy kurczeniu się takowej, autor wykonywał doświadczenia na żywych psach, którym obnażał śledzionę, i zauważył, że pod wpływem prądu indukcyjnego kurczy się cała śledziona, przyczem powierzchnia jej staje się ziarnistą, pomarszczoną; pod lupą widać, że każdy punkt śledziony oddzielnie się kurczy. Badając następnie śle-

dzionę pod mikroskopem, autor gładkich włókien mięsnych nie znajdował, za to doszedł do zupełnie nowych danych, które, w razie potwierdzenia ich przez innych badaczy, rzuca nowe światło na ciemną dotychczas kwestyję budowy oraz czynności śledziony *).

Według M rusztowania łącznotkankowego w śledzionie nie ma, jak również nie ma tam elementów limfoidalnych lub kuli-stych. Podstawową część składową miazgi stanowią dość długie komórki wrzecionowate z końcami zaokrąglonymi i okrągłym jądrem, umieszczonym z boku komórki i jakby do niej przylepio-nem. Komórki te, zwykle gładkie, mogą zmieniać swą długość w rozmiarach od 30 do 110 mikromilimetrów i podczas skurczu przedstawiają się strzępiastymi, zaziębnionymi. Jądro, pokryte otoczką i zawierające w sobie przestrzeń wypełnioną płynem, odznacza się znaczną sprężystością, wskutek której może się powiększać, oraz zdolnością do wykonywania nawet po śmierci ruchów ameboidalnych. Z tych to właśnie komórek, połączo-nych swymi wyrostkami i najrozmaiciej się krzyżujących, skła-da się cała miazga śledziony. W skrawkach wypędzelkowanych jądra łatwo wypadają, pozostają zaś tylko końce komórek, któ-re właśnie dają ową gęstą siatkę miazgi. W trupach paralityk-ów i u osobników otrutych KCN komórki te przedstawiają się zawsze wydłużonemi, gładkiemi, u osób zaś zmarłych od uduszenia oraz u psów otrutych strychniną są one o połowę krótszemi. Jądra komórek za pomocą ruchów ameboidalnych wciągają w siebie rozmaite cząsteczki rozpadłe, a nawet ciałka krwi; przy stanach patologicznych znajdujemy niekiedy po 15 czerwonych ciałek krwi w jądrze, które wtedy znacznie przed-stawia się rozciągniętem, a końce komórek skracają się. Stan taki łatwo sprzyja pęknięciu otaczającej jądro protoplazmy, a wtedy takowe staje się wolnem. Wyrostki komórkowe rów-nież łatwo obrywają się, podobne komórki bardzo często można znaleźć we krwi.

Stosunek opisanych powyżej komórek do naczyń śledziony jest następujący. Po kilkakrotnem dzieleniu się tętnicy śledzio-nowej, śródbłonek jej oraz warstwa mięsna przyjmują zupełnie cechy opisanych komórek, ostatnie zaś rozgałęzienia tętnicy składają się wyłącznie z takich tworów, tak że w końcu tętni-ce gubią się w przestrzeniach utworzonych z siatki komórek wrzecionowatych. Każda tętniczka końcowa otoczona jest siat-ką komórek tworzących zrazik i nie łączy się bezpośrednio z sąsiednią tętnicą lecz tylko za pomocą wyrostków owych ko-mórek. Od takiego zrazika wybiega podobna prawie zupełnie do tętnicy gałązka żylna. Przestrzenie siatki wypełnione są wystającemi do ich światła jądrami.

W ten sposób każdy zrazik śledziony przedstawia coś w rodzaju oddzielnego mikroskopowego dośrodkowo kureczącego się serca, którego ściany stanowią rodzaj filtru pochłaniającego wszelkie elementy niezdolne do stawiania im oporu, a miano-

*) Prof. Hoyer poglądów autora zupełnie nie podziela. (Frzyp. Red.)

wicie: przeżyte czerwone ciała krwi, rozpadłe białe ciała, oraz złuszczone nabłonek naczyń. Jednakże same jądra z rozmaitą swą zawartością bardzo często odpadają i dostają się do ogólnego krwiobiegu. One to stanowią t. zw. białe ciała krwi albo też ciała ropne.

Gdy pewne komórki wciąż giną, nowe powstają na ich miejscu, i to w większej nieraz ilości; zdarza się to głównie przy zimnicy. Źródłem pochodzenia nowych komórek ma być substancyja protoplazmatyczna, sklejająca z sobą owe komórki wrzecionowate. Przy tej chorobie, jak również i przy tyfusie, jak wiadomo, mnóstwo ciałek krwi podlega zniszczeniu. Komórki śledziony potęgują wtedy swą czynność i pochłaniają w ogromnej masie owe zniszczone ciała, śledziona wskutek tego znacznie się powiększa. Autorowi udało się widzieć mnóstwo komórek wypełnionych 15-ma czerwonymi ciałkami w śledzionie chorego zmarłego po 2-im ciężkim napadzie zimnicy. Pewna ilość jąder oddzieliła się od protoplazmy i przedstawiała się w postaci okrągłych ciał, otoczonych błoną (pozostałością protoplazmy) i mających w jednym lub 2 punktach wyniosłości (ślady łączności z komórką pierwotną). Obraz ten odpowiada, według autora 1-mu okresowi zimnicy.

Drugi okres rozpoczyna się od wytwarzania się nowych komórek na miejsce poprzednich, które dostały się do ogólnego krwiobiegu pod nazwą białych ciałek krwi. W tyfusie sprawa podobnie się odbywa, tylko rozwija się bardziej stopniowo, a przytem znaleźć można zwyrodnienie tłuszczowe komórek śledzionowych, których jądra wskutek tego bardzo łatwo się oswabadzają i niekiedy zatykają światło włosowatych żył, w następstwie czego powstają w śledzionie drobne zawały krwotoczne. Obrzmienie zatem śledziony w 2-im okresie zależy od 2 czynników: od wypełnienia jąder rozpadłymi ciałkami krwi, oraz od obfitego bujania komórek śledziony.

W 3-im okresie obrzmienia śledziony ta ostatnia przedstawia się na przekroju twardą, ma barwę mięsa, a na powierzchni rozkroju widać oddzielne krople krwi, co normalnie nie zdarza się. Pod mikroskopem widać, że młode komórki śledziony skupiły się w ogromnej ilości, tworząc jakby pęczki tkanki łącznej, pomiędzy którymi znajdują się ślady rozmaitych uległych rozpadowi pierwiastków tkankowych i krwi. Ta ostatnia już się tu nie filtruje, lecz wprost przepływa przez naczynia, przebiegające pomiędzy zgrubiałymi komórkami. Taka krew nieoczyszczona, rozumie się, powoduje zaburzenia w ustroju; oto dlaczego przy zimnicy przewlekłej znajdujemy wszędzie masy barwnika w rozmaitych postaciach. *S. Klejn.*

179. V. HANOT i T. LEGRY. Przyczynek do nauki o niedokrewności samoistnej złośliwej. (*Archives générales de médecine. Styczeń 1889.*)

Przytoczywszy w krótkości rys historyczny rozwoju nauki o powyższej chorobie, autorzy podają treściwy opis takowej, poczerpnięty przeważnie z prac Eichhorst'a, Hayem'a oraz Planchard'a. (*De l'anémie dite pernicieuse progressive. Th.*

Paris, 1888). Autorzy polemizują przeważnie z Planchard'em, który na zasadzie zmian, znajdujących w narządach przy niedokrewności złośliwej (zwyrodnienie tłuszczowe; rozmiękczenie śledziony) i podobnych do zmian przy chorobach zakaźnych, przypisuje temu cierpieniu pochodzenie pasorzytne. W ostatnich wprawdzie latach rozmaici badacze, między innymi Bernheim, Frankenhauser, Petrone, Henrot znajdowali drobnoustroje we krwi chorych na niedokrewność złośliwą, szczepienia jednak i hodowle przez nich dokonane nie doprowadziły do żadnych pomyślnych wyników, a i metody badania powyższych badaczy nie są wolne od zarzutów. Autorzy nie odmawiają w zupełności chorobie pochodzenia pasorzytnego, lecz twierdzą, że dane dotychczas zdobyte za niem nie przemawiają. Jako przyczynek zaś do badań w kwestyi pomienionej, podają swój przypadek, który w krótkości poniżej streścić sobie pozwalamy.

Chora 25-letnia przybyła do szpitala w 7 miesiącu czwartej ciąży, skarżąc się na utratę sił, bicie serca, duszność, zawrót głowy i zaburzenia żołądkowe, trwające od 3 miesięcy. Badanie obiektywne chorej wykazuje co następuje: stan bezgorączkowy, błądź dostępnych badaniu błon śluzowych, lekki obrzęk powiek; płuca prawidłowe; u ujścia aorty oraz w naczyniach szyjowych słyhać podmuch; wątroba i śledziona niepowiększone; macica i zawartość takowej odpowiadają 7-mu miesiącowi ciąży, płód żyje; moczu zmian nie przedstawia.

Po przybyciu chorej do szpitala zjawiły się bóle porodowe, 12-go zaś dnia po przybyciu chora urodziła zdrowe napozór dziecko, które jednak po 3 godzinach zmarło. Sekcja dziecka nie wykryła nic szczególnego. Przy porodzie chora bardzo mało straciła krwi. Podczas dalszego pobytu w szpitalu duszność coraz bardziej się zwiększała, błądź i wychudzenie dosięgły wysokiego stopnia. Badanie krwi wykazało w 1 milim. sześć. 620,000 ciałek czerwonych, krew — bładoróżowa. Tegoż dnia krew z nakłócia palca przeniesiono do 3 probówek z żelatyną odżywczą z peptonem, oraz do 3 probówek z agar-agarem. Hodowanie przez 5 dni w termostacie nie dało żadnych wyników. Chorej wskutek coraz gorszego stanu wstrzyknięto 300,0 roztworu chlorku sodu, w 3 godziny potem chora zmarła.

Ogłędziny pośmiertne wykazały znaczne otłuszczenie ścian prawej komórki sercowej. Aorta żadnych zmian nie przedstawiała. Wątroba wielkości prawidłowej, bładź szara. Kiszki i śledziona nie szczególnego nie przedstawiały. Nerki małe, blade; istota korowa nie wydaje się zanikłą, otoczka łatwo się zdejmuje. Mózg i siatkówka bez zmian. Szpik kostny niezmienny.

Badanie mikroskopowe wątroby wykazało co następuje: brak jakiegokolwiek podrażnienia zapalnego tkanki łącznej, naczynia krwionośne są niezmiennione i krwią niewypełnione. W protoplazmie komórek wątrobowych znajduje się mnóstwo bardzo drobnych ziarenek, źle oraz dobrze załamujących światło. W zrazikach można zauważyć kupki, składające się z większej lub mniejszej ilości zanikłych komórek, trzykroć

mniejszej wielkości niż prawidłowe, przedstawiających zresztą budowę podobną do innych komórek. Jądro ich źle albo wcale się nie barwiło.

Kłębki nerek niewiele są zmienione: nabłonek wyścielający je jest cokolwiek nabrzmiały; w otoczce Bowman'a niema żadnych tworów nieprawidłowych. Bardzo rzadko można znaleźć infiltrację drobnokomórkową w kanalikach z nabłonkiem zresztą niezmienionym. Wewnątrz kanalików widać wyraźnie wysięk. Tętnice nerkowe przedstawiają w niektórych miejscach nieznaczne zmiany zapalne.

Zmiany powyższe zatem bardzo mało odpowiadają zmianom znajduwanym zwykle przy chorobach zakaźnych. Siredey (Des altérations du foie dans les maladies infectieuses, Revue de Médecine. 1886) wykazał, że zmiany te najczęściej tyczą się tętnic i naczyń włosowatych oraz tkanki okołonaczyniowej, zmiany zaś w komórkach są objawem wtórnym. W danym przypadku żadnych podobnych zmian nie było, tłuszczowe bowiem zwyrodnienie wątroby zdarza się nie tylko przy chorobach infekcyjnych, lecz i przy najrozmaitszych stanach chorobowych i w danym przypadku mogło być sprawą wtórną. Z drugiej zato strony zanik komórek wątrobowych przemawiałby raczej za zaburzeniem w odżywianiu komórek, zależnem od pierwotnej skazy krwi. Z punktu więc widzenia anatomo-patologicznego niedokrewność złośliwą należałoby wykluczyć z rzędu chorób zakaźnych. Do tego również wnioskowi prowadzą ujemne wyniki hodowli dokonanych przez autorów. Ci ostatni jednak nie ośmielają się na zasadzie swych badań zupełnie odrzucić hipotezy Planchard'a, wiadomo bowiem, że istnieje wiele chorób, niewątpliwie infekcyjnych, jak: ospa, szkarlatyna, gościec stawowy i t. p., których czynników chorobotwórczych w postaci drobnoustrojów nie znamy, z drugiej zaś strony, posiadamy dokładne opisy pasorzytów rozmaitych chorób, a jednak pasorzytów owych we krwi żywego człowieka nie znaleźliśmy. Kwestyja więc pozostaje nierozstrzygniętą.

S. Klejn.

180. NETTER. **O ropnem zapaleniu opłucnej w następstwie zapalenia płuc i o zapaleniu opłucnej pierwotnem wywołanem przez pneumokoki** ¹⁾. *De la pleuresie purulente consecutive à la pneumonie et de la pleuresie pneumococcique primitive. (Gazette de Hopiteaux N. 9, 1889).*

Podczas przebiegu i ku końcowi zapalenia płuc często po stronie zapalenia występuje wysięk w worku opłucnej. Powikłanie to można podług Gerharda nazwać *pleuritis metapneumonica*. Nazwa ta lepszą jest od nazwy podanej przez Woillez: *pneumopleuresie*.

Cierpienie to nie było dotąd przedmiotem licznych specjalnych prac, ztąd jest ono mało znanem.

Ropne pozapalne zapalenie opłucnej musi być odróżnio-

¹⁾ Dla zwięzłości w mowie będące zapalenie opłucnej nazwiemy ropzalnem zapaleniem opłucnej.

nem od innych ropnych zapaleń opłucnej nietylko z powodu jego etjologii, lecz głównie ze względu na to, że posiada zupełnie specjalne rysy, niemniej i odrębny przebieg i rokowanie, odrębne objawy i zmiany anatomiczne.

Wikła ono najchętniej zapalenie płuc długo trwające i ciężkie i zdarza się najczęściej u osób niżej 30 lat, przeważnie w krajach północnych.

Ropa przy zapaleniach opłucnej w mowie będących jest gęstą, zielonąwą, zawiera mało surowicy. W płynie ropnym znajdują się błony włóknisto-ropne. Błony tego samego rodzaju pokrywają i listki opłucnej i mogą spowodować zamknięcie, otorbenie wysięku.

Ropne pozapalne zapalenie opłucnej występuje przed ukończeniem się zapalenia płuc, w więcej jak $\frac{1}{3}$ przypadkach, albo też już po rozejściu się zapalenia płuc.

Początek jego bywa rzadko ostrym. Jest on wogóle skrytym, podstępny.

Gorączka przy niem zachowuje się rozmaicie, często brak jej zupełnie. Nie posiada ona typu przepuszczającego, jak to się często spostrzega przy innych ropnych zapaleniach opłucnej. Jest ono często ograniczonym.

Cierpienie to może się skończyć rozejściem sprawy zapalnej; autor sam widział podobny przypadek.

W więcej jak czwartej części przypadków następuje przedziurawienie płuca i oskrzeli i wydalenie ropy z wymiotami, przyczem może wystąpić odma piersiowa; częściej jednak takowa nie występuje. Przedziurawienie takie i wydalenie ropy musi być uważanem za specjalną własność pozapalnego zapalenia opłucnej, za naturalne wyleczenie. Pewna ilość przypadków dowodzi, że wystarcza ono do spowodowania wyleczenia. Wyleczenie samodzielne jest jednak wyjątkowem.

Leczenie pozapalnego zapalenia opłucnej ma za zadanie usunięcie ropy, które, w jakikolwiek sposób dokonane, prawie zawsze spowoduje wyleczenie.

Pod tym względem pozapalne zapalenia opłucnej różnią się od innego rodzaju zapaleń. Ci sami operatorowie przy tych samych sposobach leczenia otrzymali przy pierwszych 2 do 3% śmiertelności, przy drugich 25%. Ich względną łagodność autor tłumaczy tem, że się one przytrafiają u innych zupełnie osobników (wiek młody, dzieci), aniżeli to ma miejsce przy zwykłych ropnych zapaleniach opłucnej i że zostają wywołane przez drobnoustroje zapalenia płuc (pneumokoki), które nie spowodują głębszych zmian w ustroju i których życie w ustroju ludzkim jest krótkie. Autor posiada sam 5 spostrzeżeń stwierdzających powyższy pogląd; oprócz tego powołuje się na 6 przypadków Fraenkla i 1 Rendu'ego.

Zdarza się też, że przy ropnym pozapalnym zapaleniu opłucnej znajdujemy w ropie obok swoistych grzybków (pneumokoków) i inne grzybki, lub też nie znajdujemy wcale pneumokoków w takim razie zapalenie opłucnej nie jest już tak łagodnem i wymaga odrębnego leczenia.

Względy te kierować winny naszym postępowaniem leczniczym

Gdy znajdziemy tylko pneumokoki wystarczy raz lub dwa razy dokonane przekłucie. Gdy zaś nie znajdziemy pneumokoków lub też gdy obok pneumokoków znajdziemy inne grzybki chorobotwórcze, w takim razie przekłucie nie wystarcza, a konieczną jest po większej części operacja radykalna, do której przystąpić należy niezwłocznie.

To samo cośmy mówili o ropnem pozapalnym zapaleniu płucnej spowodowanem przez pneumokoki odnosi się we wszystkich punktach do pierwotnego ropnego zapalenia płucnej przez pneumokoki wywołanego, a którego istnienie zostało przez autora dowiedzionem.

Zapalenie ropne płucnej wywołane przez pneumokoki jest szczególnie częstem u dzieci i tem się tłumaczy względna łagodność ropnych zapaleń płucnej u dzieci.

Pierwotne ropne zapalenie płucnej przez pneumokoki wywołane może być rozpoznane przez badanie bakteryjologiczne, jak się to miał autor sposobność przekonać w 10 przypadkach.

Feliks Arnstein.

181. Dr. J. COMBY. **Les pleuresies metapneumoniques.** (*Le Progres Medicale N. 4, 1889.*)

Wiadomo, że zapaleniu płuc prawie zawsze towarzyszy pewien stopień zapalenia płucnej; tylko przy ośrodkowem zapaleniu płuc płucna pozostaje zdrową.

Zapalenie płucnej towarzyszące zapaleniu płuc może być nieznacznem i nie zwracać na siebie uwagi, może być suchem i szybko się rozejść. Niekiedy natężenie jego przekracza zwykłe granice, powstaje mniej lub więcej obfity wysięk; cierpienie wtedy nazywamy pleuropneumonią. Zachowuje się ono różnorodnie stosownie do przypadku; rozejście się sprawy zapalnej w płucnej następuje współcześnie z rozejściem się sprawy zapalnej w płucach lub nieco później, albo też zapalenie płucnej trwa i po ustąpieniu sprawy zapalnej w płucach. Troisier widział wiele tego rodzaju przypadków; w trzech przypadkach, które niedawno przedstawiał w Towarzystwie lekarzy szpitalnych wysięk był surowiczo-włóknistym, cierpienie przebiegało zwyczajnie i wyzdrowienie było szybkie. Troisier nie waha się utrzymywać, że przyczyną w mowie będących zapaleń płucnej nawet, gdy pozostają surowiczo-włókniste, jest obecność grzybka wywołującego zapalenie płuc. Grzybek ten (pneumokok) może stosownie do przypadku raz wywołać włókniste, drugi raz ropne zapalenie płucnej.

W pracy niniejszej autor nie zajmuje się zapaleniami płucnej wklajacemi zapalenie płuc, lecz głównie inną postacią zapalenia płucnej a mianowicie ropnem zapaleniem płucnej, które rozpoczynawszy się w przebiegu lub przy schyłku zapalenia płuc po przejściu takowego rozwija się nadal jako samodzielne cierpienie. Postać ta zapalenia płucnej nosi nazwę pleuritis post lub lepiej metapneumonia (patrz referat N. 180).

Pneumokok znalezionym był nie tylko przy zapaleniach

opłucnej w następstwie zapalenia płuc. Netter znalazł go i w pewnej ilości przypadków nie poprzedzonych zapaleniem płuc. Autor też przychylił się do zdania Rendu, że pneumokok może wywołać pierwotne zapalenie płuc. Lecz Netter sądzi, że w mowie będące pierwotne zapalenia płuc są po większej części następstwem i mają swe źródło w nierozpoznanych ogniskach zapalnych w płucach, że przeto wchodzą w grupę pozapalnych (metapneumoniques) zapaleń płucnej.

Jaki jest charakter anatomopatologiczny i kliniczny tych zapaleń, rokowanie przy nich i nakoniec leczenie?

Początek ich jest niejasnym, jakby podstępny; zapalenie płucnej może pozostać dla lekarza ukrytem, jeśli ten nie będzie badał klatki piersiowej (!); często następuje klasyczny spadek ciepłoty właściwy dla zapalenia płuc, a na drugi dzień lub w kilka dni gorączka na nowo występuje, a stan ogólny chorego się pogorsza. Badanie klatki piersiowej wówczas podjęte wykazuje obecność wysięku, który ku wielkiemu naszemu zdziwieniu jest bardzo znacznym. W przypadku obserwowanym przez autora wspólnie z Periere'm, Siredeye'm i Decroizilles'em wysięk w ciągu kilku dni zajął cały lewy worek płucnej, tak że przekłucie klatki piersiowej, a następnie cięcie płucnej okazało się w krótkim czasie naglącem.

Obok tych zapaleń całkowitych istnieją też zapalenia częściowe, ograniczone, otorbione. Odznaczają się odmiennymi rysami i są mniej niebezpieczne.

Ropa przy pozapalnych zapaleniach płucnej jest w ogóle gęstą, żółtozieloną z mieszaną z wielką ilością fałszywych błon. Niekiedy jednak wysięk jest surowiczo ropny bez domieszki błon.

Troisier uważa pozapalne zapalenia płucnej za bardzo groźne, gdy przeciwnie Netter przypisuje im zadziwiająca łagodność. Podług tego ostatniego wyleczenie następuje często po zwyczajnem przekłuciu klatki piersiowej; niekiedy nawet wyleczenie następuje samodzielnie przez przedziurawienie i wydalenie ropy (par vomiques).

Zdaniem autora należy odróżnić: jeżeli zapalenie jest częściowem, otorbionem może nastąpić—wyleczenie samodzielne: przypadek podobny autor opisał w r. 1885. Lecz przy zapaleniach całkowitych, przy wysiękach obfitych, które w ciągu kilku dni napęliły cały worek płucnej, interwencja lekarska jest nagląca. Według autora pozostawienie chorych w tych warunkach własnemu losowi lub też przeprowadzenie dokładnego badania bakteriologicznego wysięku przed przystąpieniem do operacji, jak to żąda Netter, grozi choremu niebezpieczeństwem.

Autor zgadza się z Netterem, że zapalenia płucnej wywołane przez pneumokoki są mniej niebezpieczne, aniżeli zwyczajne ropne zapalenia płucnej, lecz przy obfitem wysięku ropnym wymagają one tak samo spiesznej interwencji chirurgicznej jak i tamte.

Co się tyczy leczenia, to próbne przekłucie koniecznem jest

we wszystkich przypadkach pozapalnego zapalenia płucnej. Ostrożnie przeciwnie wykonane nie grozi ono żadnym niebezpieczeństwem, a posiada tę zaletę, że daje nam możność przekonania się o rodzaju wysięku.

Jeżeli wydobyty płyn jest jasnym, surowiczo-włóknistym, a sam przypadek nie przedstawia nic groźnego możemy zachować się wyczekująco; wiadomo bowiem, że pozapalne zapalenia płucnej surowicze, jak to zauważył Troisier, są samo przez się wyleczalne. Jeżeli stan ogólny znacznie budzi obawy; można dokonać powtórnego próbnego przekłucia, które gdy wykaże, że płyn z początku jasny stał się ropnym, w takim razie przystąpić należy do bardziej czynnej interwencji.

Nakoniec jeżeli płyn okaże się jasnym, lecz będzie bardzo obfitym, szczególnie z lewej strony, a towarzyszyć mu będzie duszność, w takim razie nie należy zwlekać z wypuszczeniem płynu

Gdy wysięk jest ropnym, leczenie wyczekujące nie powinno mieć miejsca; jeżeli wysięk jest ograniczonym, otorbionym często się wprawdzie zdarza, że następuje wyleczenie samodzielne skutkiem przedziurawienia tkanki płuc i wydalania ropy, wszelako lekarz nie popełnia błędu, jeśli usiłuje opróżnić worek płucnej z ropy, szczególnie jeśli postępować będzie ostrożnie i ściśle przeciwnie.

Jeśli zaś zapalenie ropne będzie całkowitem, a wysięk obfitym, wypuszczenie ropy za pomocą przekłucia nie da się we wszystkich przypadkach zastosować. Zapewne, że niejednokrotnie otrzymano wyleczenie szczególnie u dzieci po jedno lub dwurazowym przekłuciu. Hayem nawet przytacza wyleczenie po jednorazowym przekłuciu u położnicy. Leczenie przypadki tego rodzaju są wyjątkowe.

Pod tym względem autor zgadza się z Rendu i sądzi, że cięcie płucnej jest w tych razach często nieuniknionem i winno być wcześniej wykonanem. W trzech przypadkach tego rodzaju niedawno przez autora spostrzeganych, wypuszczenie ropy przez przekłucie było bezskutecznem. Liczyć w podobnych przypadkach na przedziurawienie i samodzielne wyleczenie byłoby urojeniem; bywa ono bowiem częstym przy częściowym zapaleniu, niezmiernie rzadkiem przy całkowitem, a gdy się to i zdarzy nie wystarcza ono do zupełnego opróżnienia płucnej.

Przed odkryciem pneumokoku opisywano pod nazwą zakaznego, podostrego, durowatego, ropnego z samego początku (d'emblée) i t. p. zapalenia płucnej formy zapalenia, które dziś prawdopodobnie dadzą się podprowadzić pod kategorię zapaleń pozapalnych, lub też pierwotnych zapaleń płucnej, wywołanych przez pneumokoki (pleuresies pneumocociques) Nettera. Autor sam spostrzegł przypadek tego rodzaju; przekłucie nie uchroniło chorego od śmierci, cięcie płucnej byłoby go pewnie ocaliło. Fraentzel, Bouchard, Lassedot widzieli analogiczne przypadki.

Feliks Arnstein.

182. P. CHÉRON. Zapalenia płucnej po zapaleniu płuc. Niektóre powikłania nerwowe zapalenia płuc. *Les pleuré-*

sies métapneumoniques. De quelques complications nerveuses de la pneumonie. L'Union Méd. 47.

Zapalenie opłucnej, jako powikłanie zapalenia włóknikowego płuc, zdarza się dość często; w ostatnich czasach zaczęto wyosobniać postać występującą w okresie spadku ciepłoty— pneumo-pleurésie Woillez'a, pleuritis métapneumonica Gerhardtta. Przedstawia się ona rozmaicie. Troisier podaje następujący typowy przypadek wysięku surowiczego: młoda, zupełnie dotąd zdrowa, kobieta podległa zapaleniu dolnego zrazu prawego płuca; spadek ciepłoty nastąpił 8-go dnia; jednocześnie ze znikaniem oddechu oskrzelowego udało się poraz pierwszy wysłuchać tarcie; ciepłota podniosła się, wytworzył się wysięk zresztą niewielki i ograniczony; rezorbcyja zaczęła się 7—8 dnia, a 15-go wessanie było już zupełne. Nie można napewno powiedzieć, czy sprawa zależy od rozszerzania się zapalenia z płuc drogą naczyń chłonnych; w jednym przypadku Tr. nie znalazł pneumokoków. Niektóre postacie można objaśnić jako obrzęk krytyczny opłucnej; wysięki powstają tu w chwili przełomu, są nieobfite i szybko ulegają wessaniu.

Ropne zapalenie opłucnej objawia się albo w przebiegu zapalenia płuc albo już po spadku ciepłoty. W tych przypadkach, gdzie ciepłota zniża się litycznie Wagner każe podejrzewać obecność wysięku. Ulegają mu przeważnie dorośli. Ropa jest zwykle gęsta jak śmietana, ściany opłucnej pokrywają grube błony rzekome, które często otorbiają ropę. Zapalenie opłucnej może być obustronnem, chociaż płuco było zajęte tylko po jednej stronie. Sprawa występuje zwykle po spadku ciepłoty, po upływie od 1 do 10 dni i więcej. Ciepłota podnosi się do 39°; chociaż czasem obywa się bez widocznych poruszeń gorączkowych i dreszcze silne są rzadkością. Wessanie dobrowolne jest możliwem, ale zwykle ma miejsce wytworzenie się womiki (z odną piersiową w trzech czwartych przypadków)— 26,2^o/_o, albo empyema necessitatis. Śmierć następuje wskutek gangreny płuc, gruźlicy.

Mazzoti z Bolonji opierając się na trzech przypadkach (na 302 przyp. zapalenia płuc) taką przeprowadza równoległą między zwykłym ropnym wysiękiem do opłucnej (A) i zapaleniem opłucnej po zapaleniu płuc (B)

A	B
a) gorączka wysoka, dreszcze	a) ciepłota mało podniesiona, bez dreszczów
b) ogólny stan ciężki	b) stan ogólny względnie niezły
c) bóle głowy, osłabienie	c) niema ciężkich i nieprzyjemnych objawów, siły, apetyt zachowane
d) mocne klócie w boku, duszność	d) nie ma klócia, duszności
e) obrzęk skóry na zajęтым boku	e) nie ma obrzęku skóry
f) ropa płynna, szara, woniąca?	f) ropa gęsta, zielonawa, bez zapachu.

Odpowiada ten szemat większości przypadków, chociaż np. Netter widział trzy razy obrzęk skóry i ciężkie objawy. Sprawa omawiana zależy od pneumokokków, które być może zamieniają wysięki surowicze na ropne. W wysiękach, ropnych od samego początku, (bez poprzedzającego zapalenia płuc), znajdują także te same drobnoustroje, tak więc mogą one się tu osiedlać pierwotnie, podobnie jak w osierdziu i oponach mózgu. Wikła ich nieraz obecność streptokokków i stafylokokków i wtedy natężenie sprawy jest silniejsze. Zdarza się to najczęściej u dzieci. Netter sądzi, że $\frac{2}{3}$ zapaleń ropnych u dzieci zależą od pneumokokków; przytem sądzi, że zapewne i tu poprzedza zwykle zapalenie płuc, tylko niezbyt obszerne i ztąd nierozpoznawane. Netter, opierając się na słabej żywotności pneumokokków, stawia dobre rokowanie dla omawianych wysięków, jeżeli tylko badanie bakteryjologiczne wykaże nieobecność ropnych ustrojów i jeżeli nie ma zajęcia innych narządów. Sądzi, że wtedy można się ograniczyć na prostem przekłóciu klatki piersiowej.

Nie można tu jednak absolutnie kierować się tą bakteryjologiczną wskazówką i indywidualizować przypadki. Raz, że zajęcie innych narządów (stawów, ucha, nerek i t. d.) może nastąpić i po rozwinięciu się wysięku, a z drugiej strony inne kliniczne objawy zmusić nas mogą do energiczniejszego wdzania się, jak objętość znaczna wysięku z przesunięciem serca i dusznością, wytworzenie się wotynki. Przytem statystyka zebrana przez samego Nettera wykazuje, że na 43 przypadki przecięcie klatki piersiowej przy wysięku po zapaleniu opłucnej było 4 przypadki śmierci, a na 117 ropnych wysięków innej natury zmarło 29.

Porażenia zdarzają się dosyć często w przebiegu lub po zapaleniu płuc i przedstawiają dość rozmaite postacie kliniczne. Corre zebrał 7 przypadków z bardzo małą jednostajnością objawów. Raz porażenie ogranicza się do kończyn dolnych, to i górne są zajęte; pobudliwość elektryczna bywa podniesioną lub zmniejszoną; bóle bywają b. różnego natężenia. Porażenie połowiczne zdarza się przeważnie u starców i może być braniem za rozmięczenie mózgu i wylew. Afazyja jest b. częstą. W innych razach obraz przypomina bezład lub rozsianą sklerozę.

Pomijając zaburzenia psychiczne (mania) zauważono i miejscowe porażenia np. ramion, języka, mięśni ocznych; utratę wzroku. Większość objawów tych zdaje się rozwijać na gruncie zapalenia następczego opon mózgowych. Częstość ich zależy od charakteru epidemji i mniej więcej odpowiada częstości zapaleń osierdzia. Dość częstym jest udział zapalenia opon rdzenia w części lędźwiowej i szyjowej.

Meningitis pneumonica (przeważnie na wypukłości) ma w połowie przypadków przebieg skryty. W przeciwnym razie mamy: bóle i sztywność w karku, bredzenie silne; myosis, drgawki, śpiączka, śmierć. Przy rozszerzeniu się wysięku za podstawę zdarza się zez, opuszczenie powiek, nystagmus, zmia-

ny w żrenicach, tętnie, oddechu. Przy zajęciu opon rdzenia mogą mieć miejsce objawy teżca. Sprawa występuje w okresie gorączkowym lub po spadku, niekiedy przed umiejscowieniem się sprawy w płucach. Trwanie jest krótkie, w większości przypadków nie przeciąga się nad 1—2 dni. Może być jednak i wyzdrowienie i przejście w stan przewlekły. Rozwój sprawy idzie zapewne drogą krwi, przy istnieniu warunków sprzyjających (dawne wylewy, rozmiękczenia, guzy etc.) w mózgu, albo też zarazek przechodzi z gardła, nosa — przez ucho średnie. Może być i tak, że sprawa rozwija się w mózgu, bez zapalenia płuc; te formy uważane dawniej za samoistne zależą zapewne od pneumokokków. Rumberg opisując epidemię meningitidis cerebrospinalis w Helsingforsie w roku 1885—1887, zwraca uwagę na częste współczesne istnienie zapalenia płuc, ucha średniego, gardła.

Zresztą oprócz tych ustrojów, mogą współistnieć i inne, np. streptococcus pyogenes. Te postaci zapalenia opon są zawsze śmiertelne. Bardzo rzadko spostrzegano zajęcia samego rdzenia.

O. H.

183. CHARCOT. *De la suspension dans le traitement de l'ataxie locomotrice progressive et de quelques autres maladies du systeme nerveux.* Według lekcji prof. Ch. podał Dr. Gilles de la Tourette. (*Progrès medical. Janvier 1889*).

Pierwsze próby nad leczniczem działaniem zawieszania w chorobach rdzenia robił Dr. Moczutkowski z Odessy i rezultaty swoje ogłosił w 1883 r. (Wracz. N. 17). Sposób ten jednakże nie zyskał na razie szerszego rozgłosu i zastosowania; dopiero Dr. Raymond poznawszy omawianą metodę leczniczą na miejscu u D-ra Moczutkowskiego po powrocie do Paryża, zniewolił prof. Charcot do wyprobowania jej. Z techniką postępowania zaznajomił prof. Charcot towarzyszy podróży D-ra Raymond'a Dr. Onanoff.

Badania w tym kierunku były prowadzone przez Szefa kliniki prof. Charcot D-ra Gilles de la Tourette.

Moczutkowski leczył metodą zawieszania z pewnym dodatnim skutkiem 12 tabetyków, również uzyskał poprawę u innych chorych cierpiących na nieomogę płciową pochodzenia nerwowego, zupełnie zresztą niezależną od władu rdzeniowego.

Leczenie polega na zawieszaniu chorych przy pomocy aparatu Sayre'a.

Procedurę tą należy stosować co drugi dzień, zwiększając stopniowo czas jej trwania, poczynając od 30 sekund i doprowadzając do 3, maximum 4 minut.

Stopniowanie co do czasu trwania zawieszenia powinno być łagodne, nie szybsze nad pół minuty za każdym posiedzeniem (właściwiej zawieszaniem).

Co się tyczy technicznych szczegółów to należy pamiętać by co 15—20 sekund unosić ramiona chorego (chory wisi na aparacie Sayre'a, zawieszony na kołnierzu, na którym opiera się szczeka dolna i tylnia część czaszki, jak również podtrzymywany z obu stron rzemieniami, przeprowadzonymi pod ramionami

jego (Przyp. spraw.), przez co siła pociągająca skierowana na kręgosłup znacznie się zwiększa.

Sposobem tym traktowano 18 tabetyków, którym zastosowano wogóle 400 zawiesznień.

Jeżeli z tej liczby odliczyć 4 tabetyków, którzy zbyt krótko poddawali się tej metodzie leczniczej, to z pozostałych czternastu wszyscy doznali poprawy, która u 8 mianowicie była znakomita.

Pierwsze dodatnie skutki leczenia objawiają się w chodzeniu i w zaburzeniach koordynacji, jeżeli takowe istnieją; poprawę tę zauważyć można już po pierwszych seansach.

Jak sami chorzy utrzymują bezpośrednio po zawieszeniu chód staje się lepszym; poprawa ta początkowa trwa 2—3 godziny. Po 8 — 10 seansach pozostaje ona stale, chorzy ustają mogą z łatwością, chód staje się możliwym bez pomocy.

Po 20 — 30 seansach znika objaw Romberg'a. (Chwianie się przy zamkniętych oczach).

Wymieniając poprawę w chronologicznym porządku wspomnieć musimy o zmniejszaniu się lub o zupełnem ustępowaniu zaburzeń pęcherzowych i moczenie staje się łatwiejszem; incontinentia lotii ustępuje.

Bóle błyskawiczne także ulegają złagodzeniu, ataki bólu przychodzą rzadziej, są słabsze i w końcu zupełnie ustają.

Nareszcie i zupełna niemoc płciowa, nieodstępna towarzysząca rozwiniętego władu rdzeniowego ustępuje miejsca pociągowi płciowemu i erekcyjom.

Dr. Onanoff, który robił odnośne badania nad zdrowiem, przypisuje zawieszaniu wpływ na zwiększenie pobudzenia płciowego.

W końcu dodać musimy, że objawy znieczulenia podeszwowego zmniejszają się lub giną; stan ogólny się poprawia, sen powraca. Z objawów władu pozostają stale: brak odruchu kolanowego i zwężenie źrenic.

P. Block leczył omawianą metodą 13-letnią dziewczynkę, cierpiącą na chorobę Friedreich'a.

(Tabes hereditaria — forma władu, występująca w młodym wieku 12 — 18 lat, przeważnie u dziewczyn, charakteryzująca się brakiem pierwszego okresu bólów; prędkim występowaniem ataksji kończyn dolnych, potem i górnych; brak odruchów kolanowych, czucie w zupełności zachowane. W dalszym przebiegu choroby występują zaburzenia w mowie i nystagmus. Choroba trwa długie lata i kończy się porażeniem, przykurczeniami i zanikiem porażonych mięśni. Przyp. Spraw.).

Młoda pacjentka była zawieszana 30 razy i rezultaty otrzymane matka chorej określiła jako nadzwyczajne (extraordinaires).

Poprawa tyczyła się głównie objawów Romberg'a, drżenia.

U dwóch chorych neurasteników, cierpiących na niedomogę płciową funkcje płciowe powróciły.

Na skuteczne działanie zawieszania w tym kierunku zwracał uwagę już Moczutkowski.

Przeciwnie u chorego z rozsianą sklerozą ośrodków nerwowych z wzmocnionymi odruchami kolanowemi po dwu zawieszaniach wystąpiła paraplegia spasmodica, która ustąpiła dopiero po 3 dniach.

Podobne do wyż wymienionych wyniki otrzymano na poliklinice prof. Eulenburga i Mendl'a, (Berl. Klin. Woch. N. 8. 1889. Praktische Notizen), gdzie metodę tę probowano od 3—4 tygodni na bardzo obfitym materyjale. Rozpoczynano od posiedzeń 1 minutowych, podnosząc za każdym następnym razem o pół minuty i doprowadzając do 3 minutowego seansu. Posiedzeń takich stosowano u każdego chorego 3 w ciągu tygodnia. Zbyt krótki czas stosowania tej metody nie pozwala autorom na zbyt stanowcze wnioski, to jednakże zdaje się być niezawodnem, że 1) pewna ilość chorych odczuwa bezpośrednio po seansie lżejszy i swobodniejszy chód, mniejszą chwiejność, mniej skarżą się na bóle przeszywające; niektórzy nawet notują poprawę ze strony objawów pęcherzowych. 2) omawiana metoda nie przedstawia żadnych złych skutków i jest zdaniem Charcot'a zupełnie nieszkodliwą.

Adam Ciagliński.

(Patrz Nr. 231 wiadomości pomniejszych bież. N. ru.) Przep. Red.

II. Chirurgija.

184. Prof. KÜSTER. Berlin. **Leczenie zbiorowisk ropnych w jamach z niepodatnemi ścianami, ze szczególnem uwzględnieniem jamy opłucnej.** *Deutsche Medicin. Wochensch. N. 10, 11, 12, 13. 1889.*

Leczenie ostrych ropni w częściach miękkich organizmu wszędzie jest jednakowe: szerokie cięcie w najodpowiedniejszym miejscu dla ścieku ropy; sposobem tym osiągamy wydalenie produktów zapalnych, również jak i mikrobów, wywołujących i podtrzymujących ropienie. Rzecz się ma wręcz przeciwnie przy zbiorowiskach ropnych w jamach o niepodatnych ściankach: tutaj każdy lekarz postępuje według swego widzi ni się.

Leczenie więc wymaga uogólnienia, które można sprowadzić do następujących punktów:

1) Wczesne otworzenie zbiorowisk ropnych z niepodatnemi ścianami.

2) Cięcie powinno odpowiadać dolnej granicy jamy i, przy jamach dużej pojemności, być podwójnem.

3) Przeplukiwania powinny być ograniczone do minimum.

Jamy ze zbiorowiskami ropy mogą być podzielone na dwie grupy: jamy, w których tylko jedna ściana jest niepodatną, a inne stanowią miękkie części ciała, powtórne jamy, których ściany całkiem lub przeważnie stanowią kości.

Do pierwszej grupy należy jama opłucnej. Leczenie zbiorowisk ropy w jamie opłucnej znajduje się bardziej w rękach terapeutów jak chirurgów. Prof. Fräntzel na zjeździe lekarzy w Wizbaden w 86 roku przemawiał za radykalną operacją w omawianem cierpieniu, wykluczając jednak gruźlicze empyemy, do leczenia których stosował powtórne punkcje. Tylko

przy rozkładzie ropy radził cięcie w 4 lub 5 międzyrzebrzu na zewnątrz od linea mamillaris ku tyłowi; rezekeyje żeber polecał w wyjątkowych przypadkach, obawiając się następczego ściągania się klatki piersiowej; do jamy opłucnej wprowadzał sączek i codziennie ją przemywał. Tegoż samego zdania byli prawie wszyscy zebrani lekarze z wyjątkiem chirurga Heusnera, który był za rezekeyją żeber w każdym przypadku.

Historyja rezekeyi żeber i w ogóle chirurgicznego leczenia empyemy opłucnej jest bardzo obszerną. Ewald, Kusmaul, Bartels, Naunyn polecali—to cięcie, to rezekeyję żeber. Dziwnym jednak zbiegiem okoliczności operacyja ta (rezekeyja żeber) znana jest pod nazwą operacyi Estlander'a (rok 79), chociaż Küster pierwszy operacyję tę dokonał z pomyslnym skutkiem w 75 roku i chorego publicznie przedstawił. Następnie operacyję tę gorąco polecali Rozer w 75 r., König w 78 i t. d.

W roku 77 Küster zalecił następne postępowanie w omawianem cierpieniu, które prawie w całej swej sile utrzymało się i po dziś dzień, a mianowicie:

1) Przy świeżym otoku jamy opłucnej należy robić dwa cięcia na klatce piersiowej z założeniem sączka.

2) Przy starszych empyemach, przy których powrotu płuca do pierwotnego stanu trudno oczekiwać należy robić rezekeyję żebra w tyle jamy opłucnej, odpowiadającego dolnej granicy jamy opłucnej.

3) Przy przetokach zewnętrznych należy robić rezekeyję 1—2 żeber tak z przodu klatki piersiowej jak i z tyłu.

W obecnych czasach prawidła te o tyle zmienić należy, że i przy świeżych otokach jamy opłucnej należy jedno żebro rezekować; przy przetokach zaś zewnętrznych jamę opłucnej należy wypełnić gazą jodoformową.

We wszystkich przypadkach główny nacisk Küster kładzie na wyszukanie najgłębszego punktu jamy opłucnej resp. klatki piersiowej.

Dla uniknięcia krwotoku cięcie należy uskutecznić nad żebrami; od przodu w 4 lub 5 międzyrzebrzu; w ranę wprowadza się srebrny zgłębnik i wyszukuje najgłębszy punkt z tyłu w jamie opłucnej, w tem miejscu dokonywa się rezekeyja odpowiedniego żebra. Po rękoczynie jamę przepłukuje się wodą salicylową i wprowadza wewnątrz gąbkę dla oczyszczenia. Dalej zakłada się gruby sączek w poprzek jamy, na wierzch opatrunk jodoformowy. Po tygodniu opatrunek się zmienia, duży sączek się wyjmuje i wstawia krótki w tylną ranę; następne zaś opatrunki uskutecznią się w odstępach czasu od tygodnia do dni dziesięciu. W świeżych przypadkach uzdrowienie następuje w ciągu od 3—6 tygodni.

Przy otorbionych wysiękach ropnych wystarcza jeden otwór w klatce piersiowej; przy przetokach oskrzelowych, gdzie płuco bardzo powoli się rozszerza, należy wycinać dwa żebra z przodu i dwa z tyłu klatki piersiowej. Rezultat jednak w tych przypadkach jest bardzo niepewny, ponieważ jama opłucnej nie może wypełnić się skurczonem płucem, a nawet

torakoplastyka polecona przez Schede'go nie daje zadawalniających rezultatów; w tych warunkach najbardziej korzystnym jest dla chorych utworzenie stałej przetoki z tyłu klatki piersiowej, po wykonaniu rezeceji odpowiedniego żebra.

Co się tyczy statystycznych danych, to przez Küstera było operowanych 109 przypadków, dokonanych w najróżnorodniejszych okolicznościach. Z tych wyleczonych zupełnie $60=55\%$; niewyleczonych $17=16\%$; zmarło $32=29\%$.

Bezpośrednio przyczyną śmierci był zabieg operacyjny w 7 przypadkach; w 25 śmierć spowodował bądź to dalszy rozwój pierwotnej choroby, bądź to powikłanie nową chorobą. Choć przytoczone wyżej liczby statystyczne są gorsze od rezultatów otrzymanych przez Fräntzel'a, Bardeleben'a, Naunyn'a, to jednak przypisać należy temu, że od operacji tej wykluczeni byli u tych autorów suchotnicy.

Usuając ze statystyki Küstera powikłane przypadki otoku opłucnej i zestawiając tylko świeże przypadki, t. j. dokonane przed upływem 6 tygodni od początku wysięku otrzymamy procent uzdrowień 80% . Fräntzel w tych warunkach otrzymał tylko 58% .

Po 6 tygodniach od początku choroby odsetek uzdrowień w niepowikłanych przypadkach otoku wynosi 66% .

Nakoniec w najcięższych przypadkach z przetokami w klatce piersiowej otrzymał K. odsetek 50% .

W powikłanych przypadkach gruźlicą płuc z 31 przypadków 9 chorych wyzdrowiało (29%), 9 pozostało z przetokami (29%); 13 zmarło (42%). W przypadkach tych Fräntzel, a nawet Naunyn, wyklucza operację.

Zestawiając statystyczne dane i okoliczności w których Küster dokonywał rękoczynów chirurgicznych, możemy dojść do przekonania, że za pomocą jego metody otrzymujemy najpomyślniejsze wyniki. Jednakże wielu jest autorów przeciwnych temu sposobowi leczenia, zarzucając mu: 1) trudność w wykonaniu, 2) trudność w następczem leczeniu i 3) stałe zniepodobnienie klatki piersiowej.

Lecz zarzuty te są tylko pozorne, cięcie w przednich częściach klatki piersiowej (należy uskutecznić w położeniu chorego na wznak na plecach) i rezeceje żeber z tyłu nie mogą być uważane za rzecz trudną; krwotok bywa nieznaczny i łatwo go zatrzymać podwiązując naczynia

Przecięcie klatki piersiowej z opróżnieniem zebranego płynu z powodu zmniejszenia się nagłego ciśnienia w jamie opłucnej resp. odpowiednim płuc, uważane było za powód krwotoków; jeszcze Treube zwrócił na to uwagę, a nawet Folkenheim, idąc za radą Mikulicza pomieszczał po przecięciu klatki piersiowej w ranie palce, dla zmniejszenia strumienia wypływającego płynu, i otrzymania dłuższego czasu, podczas którego płuco mogło by się dostatecznie rozszerzyć. Krwotoki te jednak w praktyce nigdy się nie zdarzały. Daleko ważniejszym jest jednak, na co po dziś dzień nie zwrócono uwagi, to osłabienie działania serea u tych chorych, operowanie więc w takich warunkach

może mieć tylko miejsce bez chloroformu, a co najwyżej przy miejscowym znieczuleniu.

Zatory, które przy tem nierzadko odnajdywano w mózgu po śmierci chorych, należy odnieść na karb zmienionego ciśnienia w arteriach płuc i trzeba przyznać, że trafiały się daleko częściej dawniej, gdy przemywania jamy opłucnej były stosowane.

Drugi zarzut czyniony operacji Küstera sam przez się upada, przewiązka redukuje się do zwyczajnego aseptycznego opatrunku, skutecznianego w tygodniowych odstępach czasu; nie jest więc uciążliwy ani dla chorego ani lekarza.

Co się nakoniec tyczy zmiany formy klatki piersiowej po operacji, to jak wskazuje doświadczenie, zmiana ta w praktyce miejsca nigdy nie ma.

Tak więc leczenie otoku jamy opłucnej powinno być dokonywane według wyż pomienionych zasad, wszelkie zaś inne leczenie nie odpowiada celowi, i niezgodne jest z teraźniejszym stanem nauki lekarskiej.

Przechodząc z kolei do zbiorowisk ropy w innych narządach, które przedstawiają pewne podobieństwo z jamą opłucną, najsamprzód zatrzymać się należy na czaszce. Ropnie tutaj mogą być albo nad, albo pod twardą oponą mózgową albo nakoniec w samej substancji mózgu; pierwsze dwie kategorie ropni sprowadzają ucisk mózgu; ropnie zaś w mózgu niszczą jego substancję. Leczenie zasadza się na utworzeniu sztucznego otworu, położenie którego wywiera nieznaczny wpływ na przebieg cierpienia, zabliznienie szybko się skutecznia. Przy ropniach w mózgu sączek jest niezbędnym.

Nakoniec ropnie w miednicy po ich otwarciu szybko się zablizniają, wyszukanie najniższego punktu ropnia dla utworzenia sztucznego otworu w tych warunkach ma podrzędne znaczenie.

II. Zbiorowiska ropy w jamach o niepodatnych ściankach.

1) Typem takich zbiorowisk jest otok (empyema) górnej szczęki. Istnieją trzy sposoby operacji: albo otworzenie jamy przez alveolę wyrwanego zęba, albo od przodu ze strony twarzy, lub wreszcie sposób zalecany w najnowszych czasach przez Mikulicza: utworzenie przetoki w dolnym przewodzie nosowym. Ostatniej metodzie zarzucić trzeba, że nie można z jej pomocą wyczuć palcem wprowadzonym przez sztuczny otwór wnętrza jamy resp. przyczyn, podtrzymujących jej ropne zapalenie. jak naprzykład wepehniętych korzeni lub całych zębów, lub zębów nadliczbowych i t. d.; a powtóre, że otwór nie leży w najbardziej niskim punkcie jamy i trzeba robić ciągłe przestrzykiwanie, co szkodliwie wpływa na sam przebieg choroby. Sposób otworzenia jamy przez zębodół jest bardziej racjonalny, ale przy bezzębnej szczęce trudny do wykonania.

Küster uznaje za najstosowniejsze otwierać jamę Hygmore'a z przodu, słabą stroną tego sposobu jest dostawanie się pokarmów podczas żucia do jamy szczęki; jednakże stosując tę metodę

podokostnie możemy usunąć tę niedogodność. Tym tylko sposobem otrzymujemy swobodny dostęp do jamy, usunięcie więc przyczyn wywołujących zapalenie ropne jest najłatwiejsze. Po dokonaniu operacji jamę się raz przemywa i lekko wypełnia gazą jodoformową, a po jej usunięciu zakłada się wazki sączek z przywiązaną nitką, dla uniknięcia zapadania sączka do jamy, dwa takie przypadki Künster widział w praktyce. Przemycania należy robić jak najrzadziej, natomiast usta czysto utrzymywać, a w razie potrzeby najlepiej przemywać jamę słabym roztworem lapisu. Gdyby zabliznienie nie postępowało jak należy, a groziło wytworzeniem przetoki, najłatwiej ją usunąć za pomocą żegadła (termokauteru).

2) Empyemy sinus frontalis wystają pod postacią guzów nad wewnętrznym brzegiem jamy ocznej i wypychają sobą oko na zewnątrz i ku przodowi; nad wewnętrznym brzegiem jamy ocznej ropnie te pękają; lecz ponieważ miejsce to nie odpowiada najniższej powierzchni jamy czołowej, wskutek zastojów ropienie podtrzymuje się bardzo długo. W tym cierpieniu należy wytworzyć za pomocą trójgranca sztuczne połączenie z jamą nosa i takowe podtrzymać za pomocą wstawionego sączka. Jak wiadomo z anatomii, jama czołowa łączy się z jamą nosa za pomocą otworu w środkowym przewodzie nosowym.

3) Nakoniec wspomnieć jeszcze należy o empyema cavii tympani i em. antri processus mastoidei ossis temporum. Sąsiedztwo tych jam z oponami mózgowymi i częste wtórne ich cierpienie nadaje niezwykłą ważność tej chorobie; zachowanie też słuchu gra przy tem niepoślednią rolę. Schwartz pierwszy podał sposoby operacji za pomocą trepanu i dłuta; lecz sposób jego ze strony zapatrywania chirurgicznego jest niedostateczny. Künster poleca natomiast:

1) przy pierwotnem zajęciu cellulae mastoideae jak to bywa przy cholesteatomach (Perlgeschwülste Wirchow'a), tuberculosis processus mamillaris primitiva i osteomyelitis processus mastoidei (rzadko bywa) następujący sposób postępowania: ciąć na jeden centymetr ku tyłowi od przyczepu muszli ucha w półkole aż do końca wyrostka sutkowego, rozszerzenie jamy, zeszkobanie okostnej z pola operacji; następnie za pomocą dłuta zrobienie otworu średnicy do dwóch centymetrów i wyszkobanie jamy łyżeczką; w ostateczności można i tu użyć dłuta, używając go jak hebla.

Przy pierwotnem ropnem zapaleniu środkowego ucha przedmuchiwania, przestrzykiwania są racjonalnymi sposobami leczenia, ponieważ jama ta ma dwa otwory (łączy się z przelykiem i zewnętrznym przewodem słuchowym); przestrzykiwanie jednak nie jest zupełnie bezpieczne.

W razie jeżeli proces zapalny przechodzi i na cellulae mastoideae, co występuje pod postacią zapalenia okostnej wyrostka sutkowego lub pod postacią zawrotów głowy, jej bólu i t. d., bezwzględnie należy przystąpić do wyżej wzmiankowanej operacji. Pomyślny jej wynik zależy od wczesnego jej wykonania; tu jednak należy usunąć dłutem i tylną ścianę zewnętrzną

nego przewodu słuchowego i wstawić w dwa otwory sączek; rana po przemyciu wypełnia się gazą jodoformową.

Od lat dziesięciu Küster wykonał 44 operacyje. Siedmiu chorych zmarło (16%) przeważnie w skutek zapalenia opon mózgowych i ropnia w mózgu. Z pozostałych przy życiu tylko u 12 mógł sprawdzić skutki leczenia razem z D-rem Katz'em; znalazł 10 zupełnie zdrowych i z nich u dziewięciu słuch został utrzymanym. Rezultat więc zupełnie pomyślny.

Zestawiając wszystko wyżej przytoczone, możemy dojść do przekonania, że przy zbiorowiskach ropy w jamach z niepodatnymi ściankami, jest jeden ogólny sposób leczenia: wytworzenie sztucznej przetoki w najniższym punkcie jamy dla odpływu ropy; ograniczenie przemyciań do minimum, i jaknajwcześniejsze otworzenie ropni.

Ponieważ wiele z wyż opisanych cierpień wkracza bardziej w granice innych specjalności jak chirurgia, Küster sądzi, że rezultaty otrzymane za pomocą jego metody jak i jej uogólnienie będą nie bez wartości i dla nie chirurgów.

Wł. Kopytowski.

III. Akuszeryja i Gynekologija.

185. Dr. EDGAR KURZ z Florencyi. **O racjonalnem leczeniu zakażonych położnic za pomocą ciągłego odkażania i zobojetnienia krążących we krwi pierwiastków zakaźnych.** (*Die rationelle Behandlung des Puerperalprocesses mittelst der kontinuierlichen Desinfection und Neutralisation der in Aufsaugung begriffenen und in Blute kreisenden Infectionstoffe*). *Wiener Klinik*. 12 Z. Grudzień 1888.

Jak wiadomo leczenie ciężkiego zakażenia podczas porodu, nie dawało dotąd dobrych wyników. Zwykła terapija w tego rodzaju chorobie, jak odkażające przemywania macicy, przedsiębrane raz lub dwa razy dziennie, duże dawki alkoholu, antipyretica, chłodne kąpiele, wzmacniająca lekkostrawna dyjeta etc. wystarczają dla mniej ciężkich form, lub w razach wyjątkowej odporności organizmu; zalecona jednak przez autora terapija dotyczy przypadków bardzo ciężkich, choć świeżych, gdzie nie ma jeszcze bardzo znacznych wtórnych powikłań, w związku z zakażeniem będących. Kurz opierając się na známym fakcie, że zakażenie podczas porodu jest tem samym, co i tak zwana Wundinfektion w chirurgii, radzi wyżyć wszystkie siły na odkażenie miejsca, przez które wnikł zarazek, t. j. genitalia. Odkażanie zasadza się na bardzo obfitem przepłukiwaniu drogi porodowej 1%—2% lub 3% roztworem kwasu karbolowego. Przepłukiwanie nie jest, samo przez się, jakąś nową metodą, idzie tu autorowi tylko o systematyczne jej przeprowadzenie. W lżejszych przypadkach, wystarcza często jedno, lub kilkorazowe przepłukanie, tam jednak, gdzie zakażenie doszło już do otrzewnej, albo nastąpiło zakażenie ogólne bez widocznej lokalizacyi, wtedy zwykłe irygacyje nie wystarczają.

Widzimy często, jak po tych ostatnich ciepłota i częstość pulsu zniża się i jednocześnie z tem stan subiektywny chorej poprawia się, lecz skutek jest krótko trwały, gdyż temperatura znów zaczyna się podnosić. Należałoby więc podówczas przystąpić powtórnie do irygacji, ale tego rodzaju procedura jest dla chorej niezwykle męczącą i ostatecznie pożądanego rezultatu nie daje, gdyż w odstępach czasu pomiędzy przepłukiwaniami rozkład wydzielin idzie dalej, zarazek rozmnaża się i wypełnia sobą tak krwionośny, jak i limfatyczny systemat. Należy więc według autora przepłukiwać drogę porodową ciągle, aby miąższ macicy, był płynem dezynfekcyjnym niejako, nasycony również, aby tenże mógł być przez żyłne i limfatyczne naczynia wessanym i tym sposobem wywarł dalsze, ogólne działanie. Od znacznej już, ciągłej irygacji, wyżej wzmiankowany sposób, różni się tem, że irygacja przerywa się, kiedy ciepłota chorej spadnie do normy, lub niżej takowej, co stosownie do przypadku prędzej, lub później następuje. Przecięciowo potrzeba na to kilka godzin, aby trwałe obniżenie temperatury osiągnąć. Rozumie się samo przez się, że częste kontrolowanie ciepłoty podczas trwania irygacji, jest obowiązkiem. Jeśli spadek ciepłoty nastąpił, przepłukiwanie przerywa się i natychmiast na nowo rozpoczyna, skoro ciepłota po nad normę zaczyna się podnosić. Ostateczne zaniechanie irygacji następuje wtenczas dopiero, kiedy ciepłota stale jest niżej normy, lub na normie się trzyma, a także, kiedy częstość pulsu uległa znacznej niższe. Podczas trwania irygacji wymagana jest obecność lekarza, lub dozór inteligentny. Pojawienie się charakterystycznej, karbolowej uryny, w lekkim stopniu, nie wymaga natychmiastowego przerwania irygacji, ale tak zwany „Carbolzufull“ pod postacią mroczek przed oczami, uczucia mającego nastąpić zemdlenia, bledności twarzy, zimnych kończyn etc. wymaga przerwania kuracji, a po ustąpieniu alarmujących objawów, jeśli żądany spadek ciepłoty nie nastąpił, można przepłukiwanie na nowo rozpocząć. Autor w powyższem położeniu znajdował się kilka razy i zawsze udało mu się bez wielkiego zachodu zażegnać nieprzyjemne objawy zatrucia, ostrzega jednak, że przy istniejącej idiosynkrazji do kwasu karbolowego, gdzie nieraz sam zapach kwasu podobne objawy wywołuje, należy uciec się do innego środka przeciwgnilnego byle tylko nie do sublimatu, do kreoliny np. W tych razach, gdzie po przestaniu przepłukiwania, dają się zauważyć jeszcze lekkie podwyższenia temperatury, tam wystarczają obfite i długie irygacje pochwowe. Ze roborantia, przy tego rodzaju kuracji, mogą być pomocne, nie ulega wątpliwości, chociaż autor miał i bez tego znakomite wyniki.

Co się tyczy urządzenia takiego przepłukiwania, to do tego potrzebny jest duży irygator, około 20 litrów objętości, z rurką gumową $1\frac{1}{2}$ metra długą, do której zakłada się zmodyfikowany przez Breussa kateter Bozeman-Fritsch'a, który odpowiednio umocowanym być musi. Wzniesienie irygatora wynosić może nie więcej jak metr. Roztwór kwasu karbolowego

najczęściej używany jest 20%. Kwas ma być przedtem rozpuszczony w alkoholu. Roztwór wodny powinien być ogrzanym. Pod chorę używa się basen z rurką odprowadzającą do naczynia umieszczonego pod łóżkiem. Bardzo wygodnym do powyższego przepłukiwania jest t. z. „Wärmeapparat“ Leiter'a. W końcu swej broszury autor umieszcza kilka obserwacji, tak z osobistej, jak i z praktyki swoich kolegów, gdzie metoda systematycznego przemywania kwasem karbolowym była stosowaną; we wszystkich tych przypadkach, niezwykle ciężkich, rezultat w krótkim czasie był bardzo pomyślny. *Kuniewicz.*

186. SCHAUTA. **Rozpoznanie wczesnych okresów chronicznego zapalenia jajowodów.** (*Ueber die Diagnose der Frühstadien chronischer Salpingitis. Arch. f. Gynaek. T. 33. Z. 1.*)

O ile ostatnie okresy chronicznego zapalenia jajowodów dobrze nam są obecnie znane (Hydrosalpinx, Pyosalpinx, Salpingitis diffusa hypertrophica), o tyle znowu mało znamy wczesne okresy tego cierpienia, na które niedawno zwrócił uwagę Chiari, przy których mianowicie znajdujemy u macicznego końca przesmyku jajowodów ostro odgraniczone guziczki, wielkości od ziarnka grochu aż do laskowego orzecha. Formę tę można nazwać „salpingitis isthmica nodosa.“

Co się tyczy anatomii patologicznej, to Chiari znalazł u kobiet w okresie dojrzałości płciowej z chronicznym katarem macicy guzowate stwardnienia w tem miejscu jajowodu, w którym przesmyk (isthmus) przechodzi w część pośredkową (pars interstitialis), i to częściej na obu jajowodach, niż na jednym z nich. Stwardnienia te ostro odgraniczają się od otoczenia, mają twardą konsystencyją. W pojedynczych przypadkach można znaleźć dwa takie stwardnienia na jednym jajowodzie, oddzielone od siebie nieznaczną bruzdką. Kanał jajowodu przechodzi pośród tego stwardnienia czasami po środku (central), po większej zaś części odśrodkowo; oprócz tego można zauważyć już gołym okiem dokoła światła jajowodu w większości przypadków małe zagłębienia torbielowate. Przy badaniu pod mikroskopem tych stwardnień okazuje się, że mamy do czynienia nie z nowotworami w ścisłym słowa znaczeniu (mięśniaki), ale raczej z ograniczoną hipertrofią i hyperplasią warstwy mięśniowej, powstałymi prawdopodobnie pod wpływem rozrostowej sprawy zapalnej błony śluzowej. Makroskopowo stwardnienia te po większej części mają kształt okrągły i ostro odgraniczają się od reszty przesmyku jajowodu, w niektórych jednak przypadkach przechodzą one stopniowo za pomocą stożkowatego wydłużenia w mniej więcej zdrowe części przesmyku.

Co się tyczy przyczyn tego cierpienia, to wiadomo, że zapalenie jajowodów najczęściej powstaje na skutek przejścia sprawy zapalnej z błony śluzowej macicy, te ostatnie najczęściej są pochodzenia rzerzączkowego (tryprowego). Guziczki te dla tego właśnie znajdują się na przesmyku, że w tem miejscu światło jajowodu jest najwęższe, przez co obrzmiałe fałdy błony śluzowej, nie mogąc się pomieścić w nim, wypychają warstwę mięśniową na zewnątrz, z następczym przerostem takowej.

Do klinicznych objawów salpingitidis isthmicae nodosae należą: częsty i nieprawidłowy odpływ krwi z części rodnych, katar macicy, bezpłodność i bóle. Z tych objawów charakterystycznymi są tylko bóle; zależą one częścią od wczesnie występującego zapalenia okołomacicznego, częścią zaś od kurczowego ściągania się warstwy mięśniowej jajowodów. Bóle te występują w nieprawidłowych odstępach, czasami powtarzają się parokrotnie w tym samym dniu; napady występują w odstępach od 15 minut do 2 godzin; pojedyncze napady trwają od paru minut do jednej lub dwóch godzin; u pojedynczych chorych są przerwy wolne od bólów, trwające 1, 2 lub więcej dni. Bóle występują najczęściej zupełnie niespodzianie i również niespodzianie ustępują; przy długim trwaniu tego cierpienia dają się zauważyć poważne zmiany w ogólnym stanie. Podczas miesiączkowania bóle te zwykle są najgwałtowniejsze.

Rozpoznanie opiera się na charakterystycznych kurczowych bólach i na rezultacie badania. Przy dwuręcznym badaniu guziki te, które zresztą są mało czule na ucisk, łatwo wymacać. Najlepiej można je wyczuć, gdy utrzymujemy mocno macicę dwoma palcami ze strony pochwy, a drugą ręką położoną na zewnątrz, prowadzimy w okolicy rogu macicznego odtłu ku przodowi

Rokowanie i przebieg zależą od wieku chorej. U młodych osobników w następstwie długotrwałych kurczów jajowodów występuje stopniowo rozlane stwardnienie takowych, a nawet pyosalpinx; u starszych zaś możliwym jest samoistne wyleczenie. Godnem jest uwagi, że dotychczas stwardnienia te znajdowano tylko u kobiet w okresie dojrzałości płciowej (19—45 roku).

Leczenie zależy nie od natężenia zmian anatomicznych, ale raczej od siły objawów. W lżejszych przypadkach leczenie musi być objawowe, w cięższych zaś, zatruwających życie i pozbawiających możliwości pracy, wskazanem jest leczenie operacyjne.

Z 18 obserwowanych przez się przypadków Schauta operował w 5. Technika operacji różni się nieco od zwykle używanej przy usuwaniu dodatków macicznych (adnexa). S. podwiązywał z obu stron więzy szerokie, oddzielał od nich jajowody i gdy asystent podnosił je ku górze, nakładał poniżej dna prowizoryczną cienką elastyczną ligaturę na ciało macicy, następnie wycinał oba guziki ze ściany macicy za pomocą tak zwanych cięć melonowych i zeszywał rany powstałe po cięciu za pomocą głębokich i powierzchownych szwów jedwabnych. Skutek był zawsze zupełny tak co do operacji samej, jakoteż co do usunięcia istniejących poprzednio, często okropnych bólów kurczowych.

Huzarski.

187. LEOPOLD. O przyszyeiu tyłozgiętej wyprostowanej macicy do przedniej ściany brzusznej. (*Ueber die Annäherung der rectoflectirten aufgerichteten Gebärmutter an der vorderen Bauchwand*). *Volkn. Samml. Klin. Vortr. N. 333.*

Na zasadzie 9 operowanych przez się przypadków, L. uważa przysycie dna macicy do przedniej ściany brzusznej za racjonalne postępowanie, które się zaleca wielką łatwością i szybkością dokonania, jakoteż niezamąconym przebiegiem pooperacyjnym.

Co się tyczy wskazania do ventrofixatio uteri, to w 3 przypadkach miało miejsce proste tyłozgięcie macicy; w jednym przypadku tyłozgięcie spowodował mięśniak usadowiony w dnie macicy; w 5 przypadkach jajniki i jajowody z jednej lub z obu stron znajdowały się od dłuższego czasu w stanie zapalnym i mocno były zrosnięte z macicą. Nie podlega żadnej wątpliwości, że tyłozgięcia trwające całe lata dają się trwale wyleczyć przez usunięcie powiększenia, obrzmienia i nadczułości macicy znanymi ogólnymi i miejscowymi środkami, a w szczególności przez cierpliwy i staranny wybór wianków, jakoteż przez zalecone w ostatnich czasach mięsienie. Stąd wniosek, że nieoperacyjne leczenie tyłozgięcia, a w szczególności za pomocą wianków będzie miało zawsze ogromną wartość i powinno być wyczerpująco wypróbowane przed leczeniem operacyjnym. Z drugiej znowu strony wiadomo, że nawet przy największej cierpliwości lekarza i chorej, najbardziej umiętne leczenie tyłozgięcia i jej dolegliwości po latach nie wiele, a niekiedy bardzo mało pomaga. Kto ma czas i środki na takie leczenie długotrwałe, ten może się nie poddawać operacji. Dla kobiet biednych i ciężko pracujących po bezowocnem wypróbowaniu wszystkich środków, jest wskazaniem ventrofixatio uteri, które je odrazu i trwale uwalnia od męczących dolegliwości.

Jeszcze bardziej usprawiedliwionem jest dokonanie tej operacji przy tyłozgięciach, zależnych od nowotworów macicy lub też od stanów zapalnych, jakoteż nowotworów jajników i jajowodów, gdyż nawet po usunięciu takowych, macica wraca do tyłozgięcia, a chora znowu podlega rozmaitym dolegliwościom, zależnym od tego wadliwego ustawienia macicy. Przy tyłozgięciach z towarzyszeniem zapalenia jajnika i jajowodów jedno lub obustronnym jest koniecznie wskazaniem przy operacji usunięcia tych narządów uwolnienie macicy z wadliwego ustawienia i przysycie takowej do ściany brzusznej bez względu, czy tyłozgięta macica nie jest wcale zlepiona, czy też cokolwiek, czy nareszcie bardzo mocno przyklejona do otoczenia. L. zwraca uwagę, że obustronna kastracyja z następczem przysyciem macicy do ściany brzusznej dała mu lepsze wyniki, niż jednostronna.

Przysycie tyłozgiętej macicy do przedniej ściany brzusznej jest wskazane: 1) przedewszystkiem przy usunięciu jajników lub jajowodów z powodu chronicznego zapalenia tych narządów (oophoritis et salpingitis), bez względu na to, czy tyłozgięta macica ma zrosty, czy też nie ma zrostów. 2) przy usuwaniu nowotworów, które stale utrzymywały macicę w położeniu tyłozgięcia (podsurowicze mięśniaki macicy, guzy jajników lub przyjajników). 3) przy zwyczajnem tyłozgięciu zupełnie ruchomej, nie przyrosniętej macicy, gdy cierpienia chorej zależą jedynie

i li tylko od tego wadliwego ustawienia i gdy wszystkie inne znane metody lecznicze pozostały bez skutku.

Przy pierwszym wskazaniu mamy do czynienia po większej części z zapaleniem wnętrza macicy, jajowodów, jajników i okołomacicznym pochodzenia trypowego lub pologowego; w tych przypadkach należy koniecznie usunąć oba jajniki, nawet gdyby dodatki macicy (adnexa) po jednej stronie znajdowały się jeszcze w stanie rozpoczynającego się zapalnego obrzmienia i przyrostu okołomacicznego. Przy drugim i trzecim wskazaniu po większej części jajniki i jajowody są jeszcze zdrowe, dla tego też można je pozostawić.

Przy operacji przedewszystkiem trzeba zwrócić uwagę na usunięcie zrostów macicznych, które w jednych przypadkach są rzadkie i cienkie, w innych znowu liczne i mocne jak chrząstka. Pierwsze najlepiej usunąć ruchami trącymi wskaziciela, który mocno przylega do błony surowiczej macicy. Krwawienie ma miejsce rzadko; gdy jednak takowe nastąpi i dość długo trwa, to najprędzej daje się powstrzymać przez czasowy ucisk małym paskiem gazy jodoformowej. Przy licznych i mocnych zrostach macicznych najlepiej ująć dno macicy wskazicielem i środkowym palcem lewej ręki i podczas gdy palec asystenta wypychają ku górze przez kiszkę stołcową przednią ścianę takowej, jakoteż pochwę, palce operującego posuwają się zwolna po za dnem macicy, po tylnej jej ścianie ku dołowi i rozdzierają pomiędzy sobą dość mocne zrosty. Przy zrostach grubszych i twardych jak chrząstka nie należy używać siły, gdyż łatwo naderwać sąsiednie narządy; najlepiej użyć trzonka noża, nożyczek lub nawet samego noża. Krwawienie przy twardych zrostach jest dość słabe.

Co się tyczy samego przyszycia, to 1 do 3 głębokich szwów brzusznych przekuwają zarazem dno macicy i umocowują je w wewnętrznym brzegu rany brzusznej. Szwy przechodzą w poprzek pod błoną surowiczą macicy przez górną warstwę mięśniową na 2—3 mm. głęboko i po zamknięciu dolnego kąta rany, przyciągają dno macicy mocno do rany brzusznej. Pierwszy szew znajduje się na $\frac{1}{2}$ —1 ctm. ponad ujściem jajowodów, drugi pomiędzy niemi, a trzeci $\frac{1}{2}$ —1 ctm. poniżej ujścia. Następnie zamyka się górny kąt rany i nakłada się opatrunek jak przy każdej laparotomii. Trzy szwy służące do umocowania macicy są dłużej obcięte dla łatwiejszego odróżnienia i usuwają się dopiero 14, 16 lub 18 dnia, gdy szwy brzuszne usuwają się 8 lub 12 dnia. Po tym czasie dno macicy jest mocno zrosnięte z ścianą brzuszną. Operowana pozostaje dla wzmocnienia blizny w łóżku do końca 3 tygodnia; zaleca się jej conajmniej w ciągu kwartału powstrzymywać się od wszelkich wysiłków i dbać o prawidłowe opróżniania pęcherza i kiszki.

Dla ułatwienia zrostu dna macicy z ścianą brzuszną, L. dotychczas pozbawiał śródbłonka błonę surowiczą dna macicy w obrębie szwów. Czerny również przyszywał dno macicy z trwałym skutkiem do przedniej ściany brzusznej bez obraża-

nia błony surowiczej, lecz sposób jego różni się nieco od sposobu L. C. umocowuje dno samo przez się za pomocą jednej lub 2 nitki katgutowych, które pozostawia, krótko obciąższy, w jamie brzusznej, a po nad tem zeszywa jeszcze ściany brzuszne za pomocą jedwabiu. L. umocowuje jednocześnie dno macicy i ścianę brzuszną za pomocą 1—3 jedwabnych nitki przechodzących zarazem przez ścianę brzuszną, które pozostawia do 16 lub 18 dnia. Obaj jednak przyszywają dno macicy, wyniki obu są dobre i trwałe, a następstw żadnych, mianowicie ze strony pęcherza, nigdy nie zauważyli. Żadna z chorych L. nie potrzebowała następnie nosić wianka; żadna nie miała zaburzeń w miesiaczkowaniu.

Olshauzen i Sānger przyszywają więzy okrągłe z obu stron za pomocą silkwormgutu do bocznej ściany brzusznej. Kłotz wszywa jeden jajowód lub szypułę jajnika w ranę brzuszną i umocowuje w ciągu kilku tygodni macicę w nowym ustawieniu za pomocą drenu szklanego grubego na 1½ ctm., dochodzącego aż do dna jamy Douglasa. Z tego powodu postępowanie K. jest zbyt złożone i nie pozbawione niebezpieczeństw. Co się zaś tyczy postępowania O. i S., to zawieszenie przekrwionej, nadmiernie ciężkiej macicy na cienkich więzach okrągłych, które łatwo mogą stracić elastyczność, nie jest bardzo odpowiedniemu celowi, gdyż ruchome ciało macicy będzie co raz bardziej rozciągać cienkie więzy.

W końcu L. zwraca uwagę, że w przypadkach chronicznego zapalenia jajników i jajowodów z towarzyszeniem retroflexio uteri fixati, które wymagają zupełnej kastracji i przyszywania dna macicy, byłoby może prościej i lepiej dla uniknięcia laparotomii, usunąć całą macicę wraz z jajnikami przez pochwę.

Huzarski.

188. Dr. LAKER. O szczególnej postaci przewrotnego skierowania popędu płciowego u kobiet. (*Ueber eine besondere Form von verkehrter Richtung („Perversion“) des weiblichen Geschlechtstriebes*). *Arch. f. Gynaek. T. 34. Z. II.*

Wszystkie znane dotąd formy przewrotnego kierunku popędu płciowego, dają się podciągnąć pod trzy następujące postacie: 1) pod postać zboczenia (wady) „Perversität,“ nabytego w następstwie złego przykładu, w pierwszych chwilach po dojrzałości bardzo rozpowszechnionego u obu płci, a następnie uprawianego dalej przy braku prawidłowego stosunku płciowego i w następstwie chorobliwie osłabionej siły woli. 2) pod postać przewrotnego kierunku (choroby) „Perversion“ w następstwie zboczeń umysłowych rozmaitego rodzaju, jak senilismus, epilepsja, mania, częścią nabytych, częścią zaś wrodzonych. 3) pod postać przewrotnego kierunku w następstwie wrodzonego lub nabytego przewrotnego uczucia płciowego („conträre Sexualempfindung“) przy zresztą dość zdrowym stanie umysłowym. Autor obserwował 5 kobiet, częścią zamężnych, częścią niezamężnych, które pomimo potężnie rozwiniętego popędu płciowego, nie znajdowały najmniejszej przyjemności w stosunkach (coitus), natomiast doznawały pożądane-

go zupełnego zadowolenia płciowego w samogwałcie, szczególnie wzajemnym, któremu oddawały się od wielu lat. Autor przekonał się, że podstawy tej nieprawidłowości płciowej nie miały nic wspólnego z przewrotnym uczuciem płciowym. Wszystkie te kobiety zapewniały, że znają cały szereg współtowarzyszek, cierpiących na to samo chorobliwe zбочenie, skąd autor wyprowadza wniosek, że ta szczególna postać przewrotnego popędu płciowego nie należy u kobiety do bardzo rzadkich, ale raczej do dość częstych. Szczególne cechy tej osobliwej postaci fałszywego kierunku popędu płciowego u kobiety nie mającego analogii u mężczyzny, są następujące: 1) prawidłowo rozwinięty, często wzmocniony popęd płciowy (w przeciwieństwie do *anaesthesia sexualis*). 2) prawidłowy pociąg do innej płci i brak jakiegokolwiek chorobliwej skłonności do własnej płci (w przeciwieństwie do przewrotności płciowej na zasadzie przewrotnego uczucia płciowego). 3) zupełny i oddawna trwający brak zadowolenia płciowego przy normalnym akcie płciowym. 4) zupełne zadowolenie popędu płciowego przy pomocy zwyyczajnego lub wzajemnego samogwałtu. 5) świadomość chorobliwego stanu i życzenie zmiany takowego (w przeciwieństwie do przewrotnego kierunku („*perversität*”) popędu płciowego przy istnjącem normalnem uczuciu płciowym). 6) brak zбочeń psychicznych (w przeciwieństwie do przewrotnego kierunku istnjącego na zasadzie tych zбочeń).

L.* tłumaczy sobie to zбочenie naprzód tem, że zakończenia nerwów czuciowych, wywołujących odruchowe uczucie rozkoszy płciowej u kobiety, rozgałęzione prawidłowo w błonie śluzowej pochwy i szyjki, a przeważnie w *glans clitoridis*, u takich kobiet mogą się prawie wszystkie mieścić w *glans clitoridis* i że następnie wskutek jakichkolwiek, być może bardzo prostych, zбочeń anatomicznych, nie może mieć miejsca pobudzenie tych nerwów czuciowych. L. odrzuca objaśnienie takich zбочeń płciowych na drodze psychoneurotycznej. To ostatnie przyjmuje tylko dla charakterystycznych przypadków nabytej nieczułości płciowej, obserwowanej szczególnie u prostytutek. Autor ściśle odróżnia dwie te postaci zбочeń, gdyż sądzi, że tylko wtedy ta rozpowszechniona typowa postać przewrotności płciowej może być poddana prawidłowemu i celowemu leczeniu, to ostatnie powinno być miejscowe, być może nawet chirurgiczne. Co się tyczy związku pomiędzy tą szczególną postacią przewrotnego kierunku a bezpłodnością, to L. sądzi, że istnieje pomiędzy nimi związek przypadkowy, nie zaś fizjologiczny. L. odrzuca mniemane, rozpowszechnione nie tylko pomiędzy laikami, ale nawet między specjalistami, jakoby pobudzenie rozkoszy płciowej przy prawidłowym akcie płciowym, stało w niezbędnym związku z możliwością poczęcia.

Co się tyczy znaczenia tej postaci przewrotnego popędu płciowego pod względem sądowo-lekarskim, to rzadko lekarz sądowy będzie potrzebował wygłosić swoje zdanie, gdyż nie prowadzi ono w zasadzie do dalszych przestępstw płciowych.

Huzarski,

189. Prof. W. ZAHN. Polip macicy z gruzelkami. (*Virchow's Archiv. T. 115. Z. I.*)

Przy sekcji trupa 50-letniej kobiety zmarłej na przewlekłą suchotę płuc, znaleziono między innymi gruzlicę prawego jajowodu, najbardziej rozwiniętą w jajnikowym odcinku, podczas gdy maciczny koniec nieznacznie tylko przedstawiał zmiany gruzlicze. W prawym rogu macicy, oraz w jamie takowej znajdowało się trochę mas serowatych, po usunięciu których, zauważono sporą ilość gruzelków na tylnej ścianie macicy, począwszy od dna do połowy jej wysokości. Na przedniej ścianie gruzelków tych było mniej. Tu w dolnym końcu lewego rogu wisiał na szypułce niewielki polip, na którego tylnej powierzchni można było zauważyć kilka szarych oraz żółtych gruzelków; także gruzelki znajdowały się na dolnym swobodnym końcu polipa, oraz 2 — 3 mieściły się na powierzchni jego zwróconej do przedniej ściany macicy. W górnej części polipa, bliżej lewego rogu macicy, gruzelków wcale nie było.

Przypadek powyższy zasługuje na uwagę z kilku względów. Dowodzi on bowiem 1) że zarażenie się gruzlicą może nastąpić przy pomocy pierwiastków ustrojowych, oraz drogą bezpośredniego zaszczepienia i 2) że gruzlica narządów płciowych, podobnie jak moczowych, może być zstępującą. Oprócz tego obecność gruzelków na nowotworze należy do nadzwyczajnych rzadkości, znany jest bowiem jeden tylko podobny przypadek opisany przez Baumgartena. *S. Klejn.*

IV. Wiadomości pomniejszych.

190. Kiedy należy przyjmować lekarstwa według D-ra Christison'a. Jod i jego związki—na czczo, wtedy bowiem najprędzej się przyswaja, przyjęty zaś po jedzeniu pod wpływem kwasów i krochmalu ulega zmianie i słabnie w swym działaniu.

Kwasy—w czasie trawienia, wtedy błona śluzowa najlepiej je wchłania i do krwi obiegu wprowadza. W przypadkach nadmiernej kwaśności soku żołądkowego przyjmować je należy przed jedzeniem. Środki drażniące i trujące (arsen, miedź, cynk, żelazo i t. p.)—po jedzeniu. Azotan srebra—przed jedzeniem. Sole metaliczne, a przedewszystkiem sublimat a także tanninę i alkohol—w czasie swobodnym od trawienia.

Fosforany, tran i ekstrakt słodowy—podczas lub też natychmiast po jedzeniu, by mogły być zmieszane z pokarmem. (*Lyon Méd. N. 18. 1889.*)

Przy leczeniu błonicy:

191. Dr. Goldflus zaleca pędzlować części uległe cierpieniu **nalewką jodową** raz na dzień. Wszelkie inne środki zbyteczne. (*Med. Oboz. N. 6.*)

192. Dr. Raye stosuje **kwas siarkawy** do wewnątrz:

Rp. Acidi sulfurosi.....	15,00
Syrupi cort. aurantior....	45,00 — 60,00
Kali chlorici.....	1,00
Aquae.....	125,00.

MDS. co 2 godziny łyżeczkę lub dwie, stosownie do wieku chorego i natężenia cierpienia.

i do zewnątrz do rozpylania:

Rp. Acidi sulfurosi.....	3,00— 6,00
Syrupi.....	18,00—24,00
Aq. fontis.....	50,00.

MDS. (Allgem. Med. C. Z. 1889. N. 19).

193. Dr. Dubois radzi **wziewanie ciepłej pary olejku pinus pumilio**. Starsze dzieci wziewają zapomocą rozpylacza co $\frac{1}{2}$ godziny po 10 minut mieszaniem ciepłej wody nawpół z tym olejkiem. Wokoło mniejszych, niemających wziewać, stawia się rozpylacz, który działa dniem i nocą. (Gaz. des Hop. 1889. N. 13).

194. Dr. Burghard na podstawie swych spostrzeżeń poczynionych od roku 1881, zaleca **wdmuchiwanie** proszku z równych części **chininy i kwiatu siarkowego**. Wdmuchuje się 2 razy dziennie, po wdmuchaniu chory nie powinien jeść i pić przez 2 godziny. Do wewnątrz środki wzmacniające i pobudzające jak zwykle. (Wien. Med. Blät. 1889. N. 15).

195. **Przy chronicznym katarze oskrzeli** „The Medic. Regist.“ zaleca wziewanie wymiotnicy. Zapomocą rozpylacza parowego lub ręcznego chorzy wziewają 3 razy dziennie po 10 minut ciepłe vinum ipecacuanhae samo albo na wpół z wodą. Przy „chrypce“ głos poprawia się już po pierwszym wziewaniu. (Deutsch. Med. Zeit. 1889. N. 21).

196. **U suchotników ze skąpą i trudną wydzieliną płwociny** Dr. Libbermeister stosuje mixtura solvens stibiata, co 2 lub 3 godziny łyżkę. W skład jej wchodzi: Tartar. stibiat. 0,05, Ammon. muriat. 5,00, Aqua Foenic. 180,00, Suc. liquir. 10,00. (Deutsch. Med. Zeit. 1889. N. 21).

197. **Nowy i oryginalny sposób leczenia suchot płucnych** zaleca Dr. Lanigan (Ameryka). Na podstawie swych spostrzeżeń, że reumatycy nie podlegają gruźlicy, a cierpiący na gruźlicę — reumatyzmowi, L. zaleca w celu leczenia gruźlicy wlewanie krwi reumatyków. Dr. L. leczył w ten sposób 3 suchotników i podobno skutek miał być pomyślny. (L'Union Med. 1889. N. 32).

198. **Przy koklusz** zaleca Dr. Rothe Jod — Karbol do wewnątrz. Środek ten podobno ma zmniejszać siłę i częstość ataków, a nawet, podany będąc na początku choroby, skraca jej trwanie (od 2—3 tygodni). Dzieci przyjmują go chętnie i znoszą dobrze. Przepisuje się w następujący sposób:

Rp. Acidi carbolici	
Spiritus vini aa. . .	1,00
T-rae jodi gutt. . .	X
T-rae belladonnae.	2,00
Aq. menth. pip. . .	50,00
Syrupi opiat.	10,00.

MDS. Dzieciom do lat 2 po pół łyżeczki od kawy co 2 godziny, od lat 2 — 12 po łyżeczce co 2 godziny. Jednocześnie stosować należy środki higieniczno-dyjetetyczne. (Memórab 6).

199. **Szczepienie ospy ochronnej u noworodków** zaleca Dr. Wolff szczególnie jeśli panuje epidemija ospy i odkładanie szczepienia na czas dłuższy jest niebezpiecznem. Na podstawie wielokrotnych swych spostrzeżeń Dr. W. przyszedł do wniosku, że noworodki znoszą ospę ochronną lepiej jak starsze dzieci, a siła zabezpieczająca nie zmienia się. (Deutsch. Med. Zeit. 1889. N. 28).

200. **Szczepienie ospy ochronnej** według D-ra Cherubino ma wpływać na czas trwania koklusz. W dwóch przypadkach obserwowanych przez Ch. koklusz zginął natychmiast po zaszczepieniu ospy. Ch. wpływ ten ospy

tłomaczy tem, że słabszy zarazek koklusz ginie pod wpływem mocniejszego — ospy. (L'Union Med. 1889. N. 17).

(W 10 numerze b. r. „Nowosti Terapii“ Dr. Mitropolski z Moskwy, Dr. Weideman i jeszcze jeden lekarz z Petersburga, na podstawie własnych swych spostrzeżeń, w odpowiednich zakładach poczynionych, upewniają, że szczepienie ospy na przebieg koklusz żadnego wpływu nie wywiera. Rzecz ta wymaga dalszych obserwacji i w tym celu do wiadomości Kolegów ją podajemy. Sprawozdawca).

201. Przy niestrawności pochodzenia nerwowego według D-ra Altdorfer'a najodpowiedniejszą jest dyjeta roślinna. Z innych pokarmów A. dozwala neurastenikom ryby i zwierzyne (Deutsch. Med. Zeit. 1889. N. 26).

202. Przeciw soliterowi Dr. Duchenne zaleca następujące pigułki:

Rp. Extracti filicis maris aeth... 0,50

Calomel..... 0,05.

Mf. pil. dent. tal. dos. N. 16 przyjmować co 2 minuty po 2 pigułki.

Przed użyciem chory powinien wziąć 8 gran antypyryny w celu znieczulenia przewodu kiszkowego. Poprzedniego dnia dyjeta nader ścisła. (Le Bul. Med. N. 16).

203. Dodatek chloralu do środków przeciwcierwiowych według D-ra Rothe znakomicie wzmacnia działanie takowych, przez co już w mniejszej ilości działają one skutecznie. I tak np. przy pomocy 1—1,5 gm. chloralu R. otrzymywał należyty skutek, podając 2 gm. extracti filicis maris aeth. jednocześnie z jakimkolwiek bądź środkiem czyszczącym. (Allgem. Med. C. Z. 1889. N. 15).

204. Przy chronicznem zaparciu stoła Dr. Jeaffreson zaleca następującą gimnastykę dla mięśnia brzucha: chory staje tyłem do dużego i mocno stojącego stołu, opierając się pośladkami o brzeg jego; podnosi cokolwiek stopy i przechyla się w tył w ten sposób, by głowa i tułów jego spoczęły na blacie stołu; wreszcie po krótkiej chwili podnosi się dopóki nogi nie dotkną ponownie ziemi. W ten sposób powtarza się to 3 razy, raz do dwóch na dzień. (Lancet. II. 9. Now. Ter. 7).

205. Nowy sposób stosowania tranu zaleca Dr. Lefaki, mianowicie w postaci mleczanki, utworzonej przez zmieszanie tranu z równą ilością wody wapiennej. Mleczanka w ten sposób otrzymana ma smak przyjemny, nie łatwo się psuje, a przedewszystkiem chorzy znoszą ją dobrze, tak, że nawet przy rozwołnieniach stosowaną być może. W razie życzenia dla zmiany smaku dodać do niej można pewną ilość olejku cytrynowego, miętowego, lub waniljowego, a wreszcie i środki lecznicze np. kreozot. (Lyon Méd. 1889. Nr. 9).

206. Eukaliptol z tranem (25^o/_o i 75^o/_o) w postaci mleczanki zaleca Dr. Philip. Smak tranu zmienia się przez to połączenie do tego stopnia, że osoby które w żadnej postaci tranu przyjmować nie mogą, mleczanke taką znoszą dobrze. Dr. P. zaleca ją i uważa za środek wielce pomocniczy przy leczeniu suchot płucnych. (Brit. Med. Jour. 1889. II. 2).

207. Przy nocnych potach u suchotników. Dr. Nicolai zaleca wycieranie całego ciała gąbką namoczoną w słabym roztworze chloralu. W razie gdyby to niepomogło, to nocną koszulę chorego należy dobrze skropić tym roztworem. (Wien. Med. Pres. 1889. N. 1).

208. Oziębianie brucha przy nocnych potach u suchotników zaleca Dr. Rosenbach. Na brzuch chorego na kilka godzin kładzie się pęcherz z lodem umiarkowanie wypełniony. Środek ten dobrze bywa znoszonym, szcze-

gólnie przez gorączkujących chorych, a stosowanym będąc nawet przez czas dłuższy, przykrych następstw nie sprowadza. (Berl. Klin. Woch. 1889. N. 15).

209. **Stosowanie kreozytu** zapomocą podskórnych wstrzykiwań zaleca Dr. Schetelig. W ten sposób, według spostrzeżeń autora, można wprowadzać do organizmu znaczne ilości środka przez czas dłuższy bez wszelkiej obawy. Sam S. wstrzykiwał przez kilka miesięcy z rzędu od 1—1,5 gram na dzień 20⁰/₀—30⁰/₀ roztworu kreozytu w oleju migdałowym. Wstrzykuje się pod skórę w okolicy bioder lub brzucha, następnie massuje się miejsce ukłócia. W przypadkach autora (14) miejscowego odczynu nigdy nie było. Po wstrzykiwaniach u gorączkujących suchotników gorączka znacznie się zmniejsza. (Deutsch. Med. Zeit. 1889. N. 16).

210. **Eksalgina** (exalgine) nowy środek opisany przez Dujardin-Beaumont'a i G. Bardet'a jestto związek ortometylacetanilid krystalizujący się w cienkie igielki, lub białe tabliczki, stosownie do sposobu otrzymywania. Topi się przy 101⁰ C., mało rozpuszczalny w wodzie zimnej, więcej w wodzie gorącej, a łatwo w roztworze wodno-alkoholowym. Środek ten posiada własności przeciwnie, obniża temperaturę i wyraźnie działa na zmniejszenie uczucia bólu i jako analgeticum przewyższa antipyrinę. Wydziela się z organizmu wraz z moczem zmniejszając jego ilość, a przy cukromoczu znacznie zmniejsza ilość cukru i mocznika. Dawka jednorazowa 0,30—0,50, lub też 0,40 do 0,75 w dwóch dawkach na 24 godz. w wodzie z koniakiem lub arakiem. (Le nouv. rem. 1889. N. 6. Le Pratic. N. 18. 1889).

211. **Kora bzu czarnego** (Sambucus nigra). Według D-ra Bastoki ma posiadać własności wymiotne. B. w tym celu przepisuje odwar z 5,00 na 50,00 ze świeżej kory. (Lyon Méd. 1889. N. 10).

212. **Połączenie chininy z makowcem**, lub z którym kolwiek z jego alkaloidów według Dra Guedes de Mello znakomicie wpływa na zmniejszenie trujących własności dużych dawek chininy. (Allg. Med. C. Z. 1889. N. 17).

213. **Picie znacznej ilości wody lub lemoniady** po przyjęciu nawet znacznych dawek natri salicylici ma według Dra Wolff Smith'a zapobiegać pojawianiu się przykrych ubocznych następstw. (St.-Pet. Med. Woch. 1889 N. 9).

214. **Dla przyrządzenia szarej maści** zamiast smalcu można użyć szarego mydła (koniecznie odczynu obojętnego) w stosunku 1 : 100. Maść taka nie rozkłada się i nie topnieje pod wpływem ciepła, miejscowo nie drażni skóry, rozpuszcza się w zimnej wodzie, a więc łatwo zmyć się daje. (L'Union Med. 1889. N. 41).

215. **Papier przeciwnie**. Papier do filtrowania macza się w następującym roztworze:

Aq. destil. (przegotowana i ostudzona) ..	1000,00
Sublimat corrosivi	20,00
Gliceryni puri	50,00

Następnie się go suszy i odpowiednio przechowywa. W razie potrzeby papier ten przykładą się wprost na rany i umocowują bandażem. (Lyon Méd. N. 10. 1889).

216. **Przepis na przyrządzenie muślinu jodoformowego** według D-ra Doux:

Jodoformi	50,00
Colophoni	0,20
Olei ricini	0,50
Aetheris sulfur.	
Alcohol 90 ⁰ / ₀ aa	500,00

100 gramów tej mieszaniny wystarcza na 1 metr muślinu i zawiera 5,00 jodoformu. Namoczony muślin suszy się w zamkniętym naczyniu przy $T^{\circ} 25^{\circ}$ — 30° , następnie zawija się go w papier woskowany i przechowywa w naczyniach zamkniętych, byle nie metalowych. (L'Union Méd. N. 40. 1889).

217. Łatwy sposób miejscowego znieczulania zaleca Dr. Voituriez, mianowicie dane miejsce oblewa się wodą zawierającą kwas węglowy. Po zużyciu 2—3 syfonów wody spadającej z wysokości 10 centymetrów występuje znieczulenie na ból, wprawdzie krótko trwałe (4—5 minut), które w razie potrzeby może być ponownie wywołane. (La Cour. Méd. 1889. N. 7).

218. Najlepszy sposób odkażania narzędzi według D-ra Terrier'a polega na działaniu suchego ciepła. $T. 180^{\circ}$ przez godzinę wyjaławia narzędzia w zupełności. (Deutsch. Med. Zeit. 1889. N. 21).

219. Przy drgawkach podczas i po porodowych Dr. A. Grau zaleca zastrzykiwania dużych dawek morfiny, do 1 grana (!). W dwóch przypadkach w ten sposób leczonych przez autora wyzdrowienie nastąpiło szybko. (Brit. Med. Jour. 1889. III 16. Now. Ter. 1889. 12).

220. Przy drgawkach po porodowych Dr. S. Laurence zaleca upust krwi 15—20 uncji jako środek najskuteczniejszy, chociaż dostatecznie nie wylomaczony. Drgawki w następstwie ustają natychmiast, świadomość powraca, a wyzdrowienie szybko następuje. (Brit. Med. Jour. 1889. II. 9)

221. W przypadkach krwotoków po porodowych nieustępujących po zastosowaniu znanych dotąd sposobów (tarcie okolicy macicy, lód, drażnienie macicy wprowadzonymi doń palcami, podskórne zastrzykiwanie sporyszu i t. p.) Dr. Mayne macza wacik w czystej terpentynie i takową ręką wprowadza do macicy, przyciskając go do jej ścianek. Natychmiast występuje skurcz macicy i krwotok ustaje. Ubocznych przykrych następstw M. nigdy nie zzuważył. (Lancet. 1889. II. 9. Now. Ter. N. 7).

222. W przypadkach ostrej niedokrewności spowodowanej utratą krwi po porodzie, zamiast przelewania krwi Dr. Gill zaleca wstrzykiwania wody słonej (ilość soli niepodana, zapewne roztwór „fizjologiczny“ $0,6^{\circ}/_{0}$. Spr.) do kiszki stolcowej od 60 — 90 gram na raz, co 10 lub 15 minut. (The Lancet. 1889. N. 18. Lyon Med. 1889. N. 9).

223. W przypadku zaduszenia przy chloroformowaniu w celu pobudzenia należy na brzuch nalać trochę eteru. Zpowodowane przez to oziębienie brzucha wywołuje głębokie ruchy wdechowe. (Munchen. Med. Woch. 1889. N. 15).

224. Według spostrzeżeń D-ra Pinzani stosowanie antypyryny podczas porodu sprowadza w następstwie złe skutki. Dzieci kobiet, które podczas porodu zażywały antypyrynę ulegają częstym rozwolnieniom. (Gaz. degli Ospit. 1889. Now. Ter. 13. 1889).

225. Przeciw bandażowaniu brzucha u położnic powstaje Dr. Roche. Bandaż, według R., nie tylko że jest wtedy bezpożyteczny, lecz w 9 na 10 przypadków jest nawet szkodliwy, powodując brak snu, gorączkę, przemieszczenie macicy, a częstokroć i choroby umysłowe. (Brit. Med. Jour. 1889. III. 23).

226. Prosty sposób leczenia przetok odbytnicowych bez pomocy noża wykonywa się w ten sposób: przez kanał przetoki przeciąga się nitkę jedwabną i zawija się jej końce i pozostawia na czas dłuższy. Nitka jako ciało obce drażni ścianki, wywołuje stan zapalny, a powstała ziarnina wypełnia kanał przetoki. (Deut. Med. Zeit. 1889. N. 19).

227. **Przeciw poceniu się nóg.** Dr. Sprinż zaleca kwas borny w następujący sposób: chory utrzymując nogi czysto nosi skarpetki namoczone w 3⁰/₀ roztworze kwasu bornego, zmieniając je 3 razy tygodniowo. Skarpetki moczy się wieczorem, a przez noc suszy. (Ther. Monats. Marzec. 1889).

228. **W uporczywych przypadkach pryszczycy** (eczema), nieustępujących po zastosowaniu odpowiednich środków Dr. Bruce podobnie jak i Dr. Thomas szczepił ospę i otrzymywał albo zupełne wyleczenie, lub też znaczną poprawę. (Brit. Med. Jour. 1889. II. 16).

229. **Przy leczeniu trypra** Dr. Impallamenti stosuje wstrzykiwania do cewki 1⁰/₀ roztworu kreozotu w odwarze rumianku. Gonokoki już w 2 godziny po zastrzyknięciu giną. Dodatek kwasu bornego zwiększa działanie. (Allgem. Med. C. Z. 1889. N. 16).

230. **Do podskórnych zastrzykiwań przy syfilisie** Dr. Dujardin-Beaumez zaleca:

Hydrargyri oxydati rubri. 1,00

Vaselini liquidi. 30,00

Płyn ten przed użyciem zamieszać.

Wstrzykuje się co 15 dni jedną szpryczkę Provatza. Według autora miejscowe objawy znacznie słabsze jak po zastrzykiwaniach kalomelu. (L'Union Med. N. 29. 1889).

231. Powszechnie dziś stosowana i po części zachwalana przez lekarzy metoda leczenia przez zawieszanie (suspensio), z powodu nieodpowiedniego różgłaszania jej świetnych wyników przez pisma nie lekarskie, ma już swoje ofiary. Czterdziestoletni chory od lat kilku cierpiący na wiał rdzenia, wyczytawszy w „Petit Journal“ (pismo brukowe) luźną i zachęcającą wzmiankę o zawieszaniu, sprowadził sobie odpowiedni przyrząd i na takowym przy pomocy swego służącego zawieszał się. Z początku zadowolonym był z wyników kuracyi, w końcu 8 jednak zawieszania stracił przytomność, wzrok i wreszcie umarł po 24 godzinach wskutek zaduszenia przy objawach szybko rozwijającego się stopniowego bezwładu. (Le Praticien. N. 18. 1889).

K. W. Sierpiński.

Nadesłano do Redakcyi.

E. Gessner: Kefir, jego skład chemiczny, sposoby przyrządzania i znaczenie lecznicze. Warszawa. 1889.

Dr. Ks. Gałęzowski: Hygiena wzroku. Streścił Dr. J. Starkman.

S. Bunge: W sprawie alkoholu. Przetłóżył M. Flaam.

Dr. B. Wicherkiewicz: O najwłaściwszych sposobach otwierania torebki soczewkowej celem wydobycia zaomy. Odb. z Gaz. Lek.

Dr. B. Wicherkiewicz: Was haben wir von der Anwendung mydriatischer u. myotischer Mittel b. fixen Trübungen brechender Medien zur Verbesserung der Sehfähigkeit zu erwarten. Odb. z „Internat. Klin. Rundschau.“

Dr. S. Mintz: O kwasach żołądkowych. Odb. z Gaz. Lek.

Sprawozdanie 7-e z czynności komitetu zarządzającego Kassą imienia D-ra J. Mianowskiego za rok 1888. Warszawa. 1889.

J. Tchórznicki: Uwagi nad ustawą szpitalną 1842 r. Odb. z Gaz. Lek.

OGŁOSZENIA.

PEPSYNA

Extractive fr. 70	} za kilogram netto	litre 50/1	} Wino i Elixir 4 fr. za flakon	} przyjmone w użyciu
Paillette " 80		" 60/1		
Granulée " 75		" 55/1		
Amylacee neutr " 20		" 20/1		

et acidifiee

3 dyplomy honorowe. Medal złoty. Melbourne w Tunisie.
2 medale srebrne—Barcelona. 2 medale srebrne Nicea i Ruen.

BOBÉE aptekarz 40 avenue Bosquet **PARYŻ** Laboratoryjum 45 ulica Linois.

6—1

NOWE MIASTO NAD PILICĄ

(gub. Piotrkowska, pow. Rawski)

ZAKŁAD PRZYRODOLECZNICZY.

Racyjonalna hydroterapia z kompletnymi, obszernymi i dogodnymi urządzeniami kąpielowo-lecznicznymi. Elektryczność, masaż, gimnastyka, leczenie mlekiem, wszelkie wody mineralne, wyborne kąpiele rzeczne.

Ścisły internat i eksternat; dwóch stałych lekarzy, konsultanci sezonowi z Warszawy, dyjetetyczne stołowanie, zdrowy klimat, malownicze położenie, obszerne spacery, orkiestra stała w lecie, familijne letnie mieszkania.

Oddzielny internat i restauracja dla starozakonných. Telegraf przy zakładzie, — poczta codziennie.

Ceny umiarkowane, a urządzenia zastosowane do stopnia zamożności, ułatwienia dla niemających, ulgi dla ubogich. Całe utrzymanie ze stołem i leczeniem od 60 rs. miesięcznie.

Kommunikacyja osobowa koleją Warsz.-Wied. przez Skierniewice, lub Iwangr.-Dąbrow. przez Koluszki Opoczno.

Szczegółowe objaśnienia w Zarządzie Zakładu, lub w Warszawie w Aptece H. Kucharzewskiego, Miodowa 4. 4169—6—1

BUSKO

Dr. Dymnicki, Lekarz zdrojowy, stale w Busku zamieszkały, ordynuje w domu własnym. 4268—5—1

FÜRSTENHOF

PENSYONAT LECZNICZY D-ra CZERWIŃSKIEGO,

(stacya Kapfenberg w Styryi)

otwarty.

4701—2—1

Dla kaszlących i osłabionych

EKSTRAKT I KARMELKI

Koncesjonowane przez
władze lekarskie

Nagrodzone na wystawach
hygieniczno-lekarskich



FABRYKI
„LELIWA”

w Warszawie

ulica Zgoda Nr. 6.

Wylączna sprzedaż w aptekach i składach aptecznych w Warszawie, Królestwie i Cesarstwie.

Główna sprzedaż w Warszawie u Mrozowskiego i Spiessa, w Kijowie u Żeligowskiego, w Kownie u Miron-Klimowicza, w Astrachaniu u Kerna, w Baku u Czyszkowskiego, w Odesie u Gajewskiego, w Mińsku gub. u Gutowskiego, w Wilnie u Segala, w Kostromie u Cywilko, w Żytomierzu u Mejer-sona, w Moskwie u Mattejsena, w Stawropolu u Brochnoc-kiego, w Rostowie n/D u Ochocimskiego, w Jałcie u Glin-skiego, w Kretingen u Szenberga, w Azowie i Mariupolu u Łuczyńskiego, w Orgiejewie u Kacnelsona, w Berdiańsku u Krywatowicza, w Kiszyniewie u Braunsteina, w Tyflisie u Wyczalkowskiego, i Ajwazowa, w Dynaburgu u Straszni-skiego, w Mielitopolu u Mindelzona, w Merwie u Ingielewi-
cza, w Piatigorsku u Walentynowicza.

Faszka ekstraktu kop. 75, z chiną lub żelazem i chiną rs. 1.
Paczka karmelków kop. 15.

Z zapomogi Kassy pomocy dla osób pracujących na polu
naukowem imienia D-ra J. MIANOWSKIEGO

wyszedł z druku

Wykład chemii fizyologicznej i patologicznej
w 20-tu odczytach dla lekarzy i uczących się
przez **G. Bunge'go**

Prof. chemii fizyologicznej w Bazylei.

Z oryginału niemieckiego przełożyli

Dr. Wacław Mayzel i Maksymiljan Flaum.

Cena 2 rs. z przesyłką 2 rs. 30 kop.

Skład główny w księgarni Gebethnera i Wolffa.

1—1

Dr. Med. Czesław Stiche

ordynuje jak dawniej

W KARLSBADZIE

mieszka Kreuzgasse Insel Rügen.

4—1

APTEKA

I

SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH

WPROST ZE ŹRÓDEŁ SPROWADZANYCH

M. BARCZA

w WARSZAWIE

94 Marszałkowska 94.

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

Liquor ferri albuminati Grüning

(Natrium ferri albuminicum liquidum).

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

Nie psuje się, zawiera 0,5⁰/₀ tlenniku żelaza i wyrównywa zupełnie własnościom roztworu białkanu żelaza Drees'a.

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

„Liquor ferri albuminati Grüning.”

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

W. Grüning,
Mag. farm. w Połędzie.

APTEKA
I SKŁAD WÓD MINERALNYCH
NATURALNYCH

WPROST ZE ŹRÓDEŁ SPROWADZANYCH

pod firmą

D^R T. HEINRICH

w WARSZAWIE

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

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

SKŁAD

MATERIAŁÓW APTECZNYCH

Wiktora Waligórskiego

Nowy Świat Nr. 38 w Warszawie

ma zaszczyt polecić:

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

Wody mineralne naturalne i sztuczne.

PERFUMY ANGIELSKIE I FRANCUSKIE.

Do nabycia we wszystkich księgarniach:

- J. Conheim.** Odczyty z patologii ogólnej 3 tomy rs. 5.
S. Jaccoud. Wykład patologii szczegółowej 3 tomy rs. 13.
Birch-Hirschfeld. Wykład anatomii patologicznej. Część ogólna. Przekład D-ra W. Mayzla kop. 30.
H. Haeser. Historia Medycyny. Tom drugi. Przekład D-ra H. Łuczkiwicza rs. 5.
A. K. Celsa. O lecznictwie ksiąg ośmioro. Przekład D-ra H. Łuczkiwicza rs. 2.
J. D. Everett. Jednostki stałe i fizyczne. Przekład J. J. Boguskiego kop. 30.
T. X. Huxley. Wykład bijologii praktycznej. Przekład A. Wrześniowskiego kop. 30.
W. F. Szokalski. Początek i rozwój umysłowości w przyrodzie kop. 60.
K. Filipowicz. Wiadomości początkowe z botaniki. Kartonowane kop. 25.
W. K. Mapa hydrograficzna dawnej Słowiańszczyzny k. 10
— Tekst objaśniający kop. 10.
E. Strasburger. Krótki przewodnik do zajęć praktycznych z botaniki mikroskopowej rs. 2.
H. Mohn. Zasady meteorologii rs. 2.

3—3



ZAKŁADY

CHEMICZNO-TECHNICZNE

I

SKŁADY MATERIAŁÓW APTECZNYCH I FARB

LUDWIKA SPIESS I SYNA

ulica Senatorska Nr. 464/5 obok kościoła PP. Kanoniczek
drugi Marszałkowska N. 140, pomiędzy Ś-to Krzyską i Placem Zielonym

W WARSZAWIE.

Wino piołunowe gorzkie

(Vin de Vermouth).

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

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

p o l e c a

Apteka H. Biertümpfla

Marszałkowska Nr. 133, róg Ś-to Krzyzkiej w Warszawie.
0—2

Dr. St. Bulikowski

ordynować będzie podczas sezonu bieżącego, tak jak w latach poprzednich w **Gleichenbergu, Villa Possenhofen.**

5—2

KSIEGARNIA GEBETHNERA I WOLFFA

w Warszawie,

poleca następujące nowe dzieła:

Arnold Jul. Ueber den Kampf des menschlichen Körpers mit den Bakterien	1.10
Bauer J. Das deutsche Aerztereicht.	2.20
Baumgarten P. Lehrbuch der patholog. Mykologie. 2. Hälfte, 2. Halbbd. 1. Lfg. Mit 13 Abb. und 1 Taf.	2.55
Binder. Das Morel'sche Ohr. Eine psychiatrisch-anthropologische Studie. M. 1 Holzschn.	— .88
Bramsen (A.). Les Dents de nos enfans. Conseils aux mères de famille. Préface par R. Heidé. Avec 50 figures	— .90
Brandt's Thure. Heilgymnastische Behandlung weiblicher Unterleibskrankheiten	1.35
Braun v. Fernwald u. Herzfeld. Der Kaiserschnitt u seine Stellung zur künstlichen Frühgeburt etc.	2.75
Braune W. Das Venensystem des menschl. Körpers. 2. Lfg. Venen des Fusses. Mit 4 Chromolith.	16.50
Brefeld Osc. Untersuchungen aus dem Gesamtgebiete der Mykologie. 8. Heft. Mit 12 Taf.	20.90
Casper-Liman. Handbuch der gerichtlichen Medicin. 8. Aufl. II. Band. Thanatologischer Theil.	11.—
Coën R. Specielle Therapie des Stammelns	2.—
Conan (le Dr.) [Mériadec]. Traité d'homo-homoeopathie. Médicaments réunis par séries et groupes physiologiques.	4.50
Czermak W. Semiotik und Diagn. der äusseren Augenerkrankungen.	1.65
Dalton (J. C.). Physiologie et hygiène des écoles, des colléges et des familles. Avec 68 figures	1.80