

# KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

---

## RZADKIE SPOSTRZEŻENIE

URAZOWEGO PRZEMIESZCZENIA CEWKI MOCZOWEJ KOBIECEJ,

ORAZ PRZYPADEK

atresiae vaginae in puerperio acquisitae  
z następczą Haemato-kolpometra.

PODAŁ

*Dr. med. Franciszek Neugebauer.*

Dnia 31 Października 1892 podczas bytności mojej w Białymstoku kol. Walter prosił mnie o zbadanie chorej, u której skonstatował rzadką anomaliję organów moczopłciowych.

21-letnia M...a P....ska, virgo intacta, na pozór prawidłowo zbudowana, służąca, zgłosiła się do kol. Waltera wskutek silnych bólów przy oddawaniu moczu, którem to cierpieniem dotkniętą została w 16 roku życia. Potrzeba oddawania moczu powtarza się zbyt często, co 2—2½ godzin, kroplami albo też bardzo wolno, tak że chora wymaga koniecznie pomocy lekarskiej, chociażby połączonej z operacją. Mocz ma być zawsze czysty bez zgniłego zapachu, bez osadu lub mętów. Peryjod zjawiał się bez bólów w rok po rozpoczęciu cierpienia dróg moczowych czyli w 17 roku życia i odtąd zawsze powtarzał się regularnie i niezbyt obficie. Wypływów ostrych gryzących, upławów, swędzenia lub palenia w sromie chora nigdy, jak mówi, nie miała. Obecnie nie ma żadnych objawów, wskazujących na incontinentiam lotii, jak Eczema urinosum i t. d. Na powtórne zapytanie, jak dawno już trwają owe dolegliwości przy oddawaniu moczu, chora stanowczo twierdzi, że dopiero od nieszczęsnego wypadku, jaki ją spotkał w 16 roku życia, po którym musiała przeleżeć całe 6 miesięcy w łóżku z obezwładnieniem nóg. Wypadek ten był następujący: M. P. stała przed zamkniętą bramą stodoły, przed którą znajdował się tak zwany kierat czyli maneż w chwili, gdy koń przechodził przed bramą. Podług opowiadania, chora została przyciśnięta końcem dyszla do bramy stodoły, dyszel zaś uderzył ją w części sromne, czyli M. P. została przyciśniętą pomiędzy będącym

w ruchu dyszlem i znajdującą się w stanie spokoju bramą stodoły. Siła uderzenia musiała być umiarkowaną, po pierwsze, ponieważ koń przy takim maneżu zwykle postępuje stepem, powtórę, ponieważ pokaleczenia M. P. nie były zbyt znaczne. Jakiej wielkości była odległość, pomiędzy końcem dyszla, a bramą stodoły, tego M. P. nie pamięta. Wogóle jakichkolwiek innych szczegółów co do rodzaju i rozmiarów pokaleczenia, przebiegu choroby, przyczyny obezwładnienia nóg, innych towarzyszących temu objawów, gorączki, dreszczów i t. d. nie mogłem się żadną miarą dowiedzieć od chorej, prócz tego że po owym urazie krwawiła i że przeleżała 6 miesięcy w łóżku bez wszelkiej pomocy lekarskiej, nareszcie że jej robiono okłady. Podczas gdy poprzednio cieszyła się zupełnem zdrowiem pod każdym względem, teraz stała się męczennicą wskutek wymienionych stałych dolegliwości. Pomimo wszelkich starań o dokładniejsze wywiady przezemnie, kol. Waltera i innych, nie dowiedzieliśmy się niczego po nad to, że przy oddawaniu moczu miała silny ból. Widocznie traumatycznie musiał się ograniczyć na uszkodzeniu sromu—w jaki zaś sposób objaśnić sobie, że chora przeleżała aż 6 miesięcy w łóżku z obezwładnieniem nóg—na to pytanie nie potrafię odpowiedzieć. Może być, że istniały wtenczas jakie uszkodzenia nóg, kręgosłupa etc., lecz dziś ani śladu obrażeń skonstatować mi się nie udało, tak że nawet wątpię, aby wtenczas istniały, — nawet śladu jakiej blizny na skórze w danej okolicy niema.

Dziś chora chodzi zupełnie swobodnie, trzyma się prawidłowo, zdradza silną budowę ciała i cieszy się—prócz wspomnianego cierpienia—jak najlepszym ogólnym stanem zdrowia. Przy badaniu sromu spotykamy się z obrazem patologicznym i to wcale ciekawym, zdaje mi się nawet że podobnego spostrzeżenia nigdy dotąd nie opisywano, a przynajmniej nigdzie się z nim nie spotkałem, chociaż nieraz studyjowałem przypadki pokaleczeń części płciowych kobiecych i w literaturze, w praktyce własnej i obcej. Labia majora oraz mons Veneris dobrze rozwinięte, tak samo i pubes. Krocze zupełnie normalne, małe wargi oraz lechtaczka mało rozwinięte, lecz na pozór prawidłowe, glans, praeputium oraz crura clitoridis widoczne. Po rozciągnięciu małych warg widać powierzchnię różową gładką, na której daremnie szukamy ku górze otworu cewki moczowej. Na miejscu jej znajdujemy lekkie lejkowate zagłębienie o kolorze blado-białawym, jakby bliznowatym. Tkanka w owym dołku jest nader krucha, tak że tępą sondą udaje się z łatwością wprowadzić na 1—2 milimetrów głębokości, na tej głębokości sonda natrafia na tkankę twardszą bliznowatą. Krwawienie przy tem nieznaczne. Tam, gdzie prawidłowo powinna się otwierać pochwa, nie widać otworu hymenis, znacznie niżej zaś u samego dołu pomiędzy małemi

wargami widać szczelinę poprzeczną, czyli ukośną 2—3 millim. szerokości, przez którą wycieka nie prądem ostrym, ale zawsze stałym, mocz na rozkaz oddania. Mocz zupełnie czysty bez amoniakalnego zapachu, bez osadu, prawidłowy napozór. Od owego szczelinowatego otworu ciągnie się ku górze aż pod clitoris białawe pasmo bliznowate błyszczące, szczególnie jeżeli rozciągnąć cokolwiek więcej wargi i naprężyć tkanki, podlegające badaniu. Pasma jest twardej konsystencji, bliznowate. Błona śluzowa, powlekająca wewnętrzną powierzchnię małych warg cienka i krucha, tak że przy badaniu bardzo łatwo się rozrywa i krwawi. Na pierwszy rzut oka myślałem o sklejeniu się pierwotnem małych warg (Conglutinatio labiorum), jakie niedawno Saenger opisał w Centralblatt für Gynaekologie (1891, stronica 1025) i jakie dwa lub trzy razy widziałem dotychczas w praktyce własnej. W owych przypadkach zwykle, przynajmniej u małych dzieci, udaje się owo sklejenie bardzo łatwo rozłączyć tępą drogą, czasem jednym rozciągnięciem warg w poprzek albo też za pomocą tępego zgłębnika. Tutaj zaś taka próba do niczego nie prowadziła. Przy badaniu chorej per rectum przekonałem się, że macica jest normalnej wielkości, swobodnie ruchoma, przodozgięta, niebolesna przy ruchach jej nadanych, normalna; również in annexis nie znalazłem nic patologicznego. Sonda wprowadzona do wyżej wymienionego otworu wskazywała normalną długość pochwy, przy wprowadzeniu jej z pochwy wydzielal się w uderzająco obfitej ilości płyn białawy, śluzowaty, lepki, ciągnący się w nici. Płyn ten zarówno wypływał wzdłuż sondy, jak też wydzielal się przez cewnik chociaż najcieńszy wprowadzony do pochwy.

Pod wpływem również pierwszego wrażenia myślałem o atresia urethrae vaginalis, zбочeniu podobnem do atresia recti vaginalis stosunkowo częściej obserwowanem. Szukałem więc za pomocą cewnika otworu przetoki urethro-vaginalis. Kater, wprowadzony do pochwy bez wielkich trudności przenikal do pęcherza i wydzielal się mocz, po lekkim cofnięciu kateteru zamiast czystego moczu wydzielal się płyn rzadszy: mocz zmieszany ze śluzem pochwowym. Śluz wydzielal się tak obficie, że mimowoli przyszło mi na myśl nagromadzenie śluzu przez rodzaj zatrzymania w pochwie, i rzeczywiście tak było, jak się dalej pokaże. Przyczyną retentionis był ciasny otwór zewnętrzny. Po zbadaniu zaleciłem chorej przyjechać do Warszawy dla leczenia operacyjnego.

W praktyce żydowskiej, jak wiadomo, natrafiamy na wielki opór nietylko ze strony chorej, ale i rodziny, ile razy zarządamy przecięcia błony dziewiczej u panny—z powodów rytualnych—i zwykle na tym oporze pełną zamiary lecznicze, dopóki chora za mąż nie wyjdzie, chyba że rabin udzieli pozwolenia na operację i lekarz takową na piśmie poświadczy. Tym razem

nie natrafiłem na najmniejszy opór ze strony chorej, co mi się zdaje być dowodem poważnych cierpień chorej. Rzeczywiście, wkrótce przybyła do Warszawy, mianowicie dnia 6 Grudnia. Ponieważ tegoż dnia miało się odbyć posiedzenie Towarzystwa Lekarskiego, skorzystałem z okazji, aby ten rzadki przypadek przedstawić w Towarzystwie, oraz usłyszeć zdanie kolegów co do jego etylogii. Nazajutrz sprowadziłem chorą dla bliższego zbadania do kliniki profesora Kosńskiego, który przyszedł do przekonania, że zboczenie jest pochodzenia traumatycznego, a nie wrodzonego, głównie opierając się na bliźnowatym charakterze tkanek. Mianowicie, tłumaczył on anomaliję obecną oderwaniem cewki od łuku łonowego i retrakcją takowej w następstwie, wargi zaś sromowe miały się zrosnąć jedna z drugą. Ponieważ obecnie nie mam ani oddziału szpitalnego od czasu śmierci Ojca mego, ani też kliniki prywatnej, chętnie skorzystałem z propozycji kolegi Stankiewicza, który zgodził się przyjąć chorą do swego oddziału w szpitalu Ewangelickim.

Dnia 8 Grudnia przystąpiliśmy wspólnie do badania chorej pod chloroformem oraz do terapii chirurgicznej, która była niezbędnym wynikiem aktu zbadania. Po uspianiu chorej, przekonawszy się, że przedewszystkiem wypada udostępnić pole badania, postanowiliśmy débridement zarośniętego otworu sromowego, co też uskutecznił kolega Stankiewicz, dwoma prostemi cięciami ku górze i ku dołowi w linii środkowej, poczynając od otworu pomiędzy wargami. Po owem débridement udało się z początku mały palec, następnie po powiększeniu cięcia górnego wskaźnicel wprowadzić do otworu. Palec wchodził zatem swobodnie do pochwy aż do samej macicy i mógł przekonać nas o tem, że macica była normalnej wielkości, ruchoma etc., jak to już przy badaniu zresztą per rectum skonstatowałem poprzednio.

Po powiększeniu otworu przepłukano pochwę sublimatem, poczem wprowadzono cewnik, który z łatwością wszedł do pochwy, a przy szukaniu otworu cewki wzdłuż przedniej ściany jej wszedł do pęcherza. Nie wiele już brakowało, mianowicie nieznacznego powiększenia cięcia górnego, aby udostępnić otwór cewki dla oka. Mojem zdaniem mieliśmy teraz przed sobą zupełnie normalny otwór cewki moczowej, tylko znajdujący się w miejscu niewłaściwym, mianowicie przemieszczenie cewki moczowej. Otwór cewki normalnej wielkości, wpuszcza swobodnie cewnik męzki srebrny. Po débridement mieliśmy teraz swobodny dostęp dla oka do otworu pochwy. Cewka otwiera się teraz równolegle do pochwy bezpośrednio nad jej otworem przy górnym jej brzegu. Hypospadję cewki zdawało mi się można tutaj wykluczyć, ponieważ otwór cewki morfologicznie przedstawia się zupełnie normalnie. Przy badaniu otworu pochwy zauważono palcem zarówno jak i okiem skośną fałdę

błony śluzowej, skierowaną od góry z prawej strony ku dołowi ku lewej stronie, podobną do mostkowych przegródek, jakie często spotykamy w dolnym odcinku pochwy zresztą zupełnie normalnej, obok tak zwanych krypt błony śluzowej. Zdaje mi się jednak, że natrafiłszy tutaj nie na takiego rodzaju mostkową fałdę samej pochwy, a raczej na hymen biforis, którego dwa otwory są przegrodzone właśnie owym mostkiem. Mostek ten przerwał się podczas gdy miała być na niego nałożona ligaturka, prawie bez krawienia. W miejscu, gdzie pochwa się roztwierała, zauważono rodzaj narośli białawych, wyglądających zupełnie jak condylomata acuminata, prawdopodobnie narośle tłumaczą się pochodzeniem ab acribus ac irritamentis wobec zastoju chwilowego moczu w pochwie, który wydzielany z pęcherza stałym i silnym prądem w obec wązkości zewnętrznego otworu regurgitował do pochwy czyli napełniał wsteczną drogą idąc pochwą i powoli dopiero na zewnątrz wypływał. Jeżeli fałda owa rzeczywiście odpowiadała hymen biforis, to rzuca to pewne światło na etyologiję sprawy. Zdaje się poniekąd nieprawdopodobnem, żeby dzisiaj zajmująca nas anomalija mogła być skutkiem traumatu owego w 16 roku życia, ponieważ nie widać żadnych śladów innych równoczesnych uszkodzeń miednicy, kończyn dolnych, skóry i t. d. Post hoc—ergo propter hoc?—Wypadałoby więc myśleć o wrodzonej wadzie: Atresia urethrae vaginalis w razie że zewnętrzną trzecią część cewki nie spotkała się ze średnią częścią, tak że średnia część otwiera się ku pochwie, zewnętrzną zaś pozostaje jako ślepo zakończony dołek poniżej Clitoris, lecz nie znaleźliśmy takiego zagłębienia zewnętrznego, gładkiego, a raczej dołek o bliznowatym dnie. Dalej musielibyśmy skonstatować fistulam urethrovaginaliam, której również nie ma, ponieważ udośćpiony przez operacyję otwór cewki moczowej nosi na sobie charakter zupełnie normalnego otworu cewki. Można by również myśleć o conglutinatio labiorum. Z takim przypuszczeniem zaś nie dało się to pogodzić, że chora stanowczo twierdzi, iż cierpienie jej powstało dopiero po owym urazie. Zresztą konglutyngacja dotyka zwykle warg większych sromowych, chociaż możebna jest na tej samej zasadzie i pomiędzy małemi. Można by także przypuszczać, że jakieś ciało obce przy owym wypadku wdążyło do cewki, przedziurawiło jej ścianę ku pochwie i że pozostała w następstwie fistula urethrovaginalis, podczas gdy otwór zewnętrzny cewki wskutek pobocznych obrażeń później zarósł, jak często powstaje atresia urethrae przy położowych przetokach pęcherzowo-pochwowych, wprowadzająca operatora w niemały kłopot, skoro zaszyje przetokę pęcherzową bez poprzedniego zbadania drożności cewki. (Nie wiem czy się to komu zdarzyło, lecz jest to bardzo możliwe, na szczęście w takich przypadkach natura sama sobie

radzi, albowiem rozsądza wkrótce szew i mocz sam toruje sobie drogę). Przyopuszczenie ostatnie również wykluczonem jest wskutek tego, co widzieliśmy po operacyi; również nie ma hypospadiasis urethrae. Jeżeli mielibyśmy do czynienia cum perforatione parietis urethrae przez corpus peregrinum z następczem zarosnięciem cewki, to musielibyśmy znaleźć normalny otwór hymenalny w swoim miejscu, lecz zamiast jego znaleźliśmy otwór położony po za blizną o wiele niżej. Szczególnie uderzał główny brzeg tego otworu, otoczony bliznowatym sierpem. Przytaczam dalej bliznowaty sierp wycięty po operacyi na górnym brzegu rany pooperacyjnej—który, prawdopodobnie, jeszcze w przyszłości da się we znaki chorej przy pierwszym stosunku albo porodzie, jeśli z czasem nie nastąpi rozciągnięcie—szczególnie zaś przy porodzie, gdzie zresztą zwykle blizny pochwy, pod wpływem fizjologicznego rozpułchnienia, bardzo szybko się rozluźniają. Zdaje mi się zatem zupełnie racjonalnem, w danym przypadku przypuszczać etylogiję traumatyczną zbroczenia. Zdaje mi się dalej, że pojmowanie etylogiczne profesora Kosińskiego jest zupełnie trafne, że rzeczywiście w danym przypadku nastąpiło oderwanie cewki moczowej od łuku łonowego, wskutek ograniczającego się na uszkodzeniu vulvae urazu.

Ordinem zatem rerum pojmuję w sposób następujący: Uszkodzenie vulvae siłą tępą niezbyt wygórowaną—oderwanie cewki moczowej wraz z otworem jej od łuku łonowego równocześnie z powierzchownymi obrażeniami warg sromowych małych i sąsiednich części. Retractio urethrae nec non vaginae działaniem własnych włókien mięsnych; wskutek obrażeń, pokaleczeń, komplikujących sprawę na małych wargach, nastąpił w następstwie wzrostu warg, ułatwiony przez długotrwałe leżenie w łóżku i spokój absolutny. Concretio labiorum nie mogła być kompletna wskutek wyciekania moczu w najniższym punkcie pomiędzy wargami. Musiały zatem istnieć wtenczas jakieś obrażenia warg małych ex eodem traumate, jeśli nie mamy przypuszczać, że rany na małych wargach powstały wskutek obciążenia przez mocz, może być post trauma w pierwszych czasach stale wyciekający, jeśli, co jest bardzo prawdopodobne, w pierwszych czasach istniała incontinentia urinae. Niestety, od chorej żadnych szczegółów względem tego dowiedzieć się nie mogłem. Jedną rzecz, którą pamięta, jest to, że przy urazie znacznie krwawiła. Za etylogiją urazową przemawia anamneza, dalej bliznowaty charakter tkanek przed operacyją i podczas takowej skonstatowany, nareszcie morfologiczny wygląd otworu cewki i jej stosunek topograficzny do części sromu zewnętrznego po odsłonięciu otworu cewki przez operacyję, również jak i wygląd terażniejszy otworu pochwy. Wszelkie processy eksulceracyjne dyskrazyiczne: jak lues, tuberculosis, błonica, ospa, tyfus etc. w danym przypadku są

wykluczone. Nie mamy do czynienia wogóle z utworzeniem się braku, a po prostu z traumatycznym przemieszczeniem organów, nabytem in vita extrauterina. Dziś po operacji cewka i pochwa otwierają się w lejkowate zagłębienie pomiędzy małemi wargami takich rozmiarów, że swobodnie można wprowadzić palec do pochwy, okiem zbadać otwór cewki oraz pochwy. Ciemną dla nas pozostaje przyczyna tego, że chora po urazie aż 6 miesięcy przeleżała w łóżku, jak opowiada, z obezwładnieniem nóg. Samo pokaleczenie sromu nie starczy na objaśnienie tego, z drugiej zaś strony brakują wszelkie wskazówki dla przypuszczenia jeszcze innych równoczesnych uszkodzeń miednicy albo dolnych kończyn, mlecza etc. Dolegliwości ze strony oddawania moczu pochodziły od ciasnoty otworu, przez który mocz wyciekał na zewnątrz, od zatrzymania moczu po za sklejonemi czyli zarosniętymi wargami sr omowemi; mieliśmy nadzieję, że po operacji od razu te wszystkie objawy cierpienia zginą i rzeczywiście tak jest. Chora uszczęśliwiona wynikiem operacji mocz oddaje obecnie swobodnie, bez najmniejszego bólu i w tych dniach ma do domu powrócić. Dnia 12 Grudnia r. z. zbadaliśmy jeszcze raz chorą z kolegą Stankiewiczem, w zupełności zgadzając się co do etjologii. Obecnie otwór cewki widać swobodnie po rozciągnięciu warg małych, jest on otoczony wyniosłym wálkiem błony śluzowej, ma wygląd i rozmiary prawidłowe. Otwór cewki leży conajmniej 1½ centymetra dalej w tył jak powinien leżeć, to jest po za niveau przednim anguli ossium pubis, czyli pozostaje w retrakcyi pierwotnej. Palec, wprowadzony do pochwy, na przedniej ścianie jej, cofany ku przodowi, konstatuje przed otworem cewki głęboki dołek, w który mimowoli wpada koniec palca, a pomiędzy dolkiem i zewnętrznym otworem rimae sierpowaty łuk ostry, bliznowaty, oddzielający otwór pochwy i cewki od clitoris. Zadaniem terapii obecnie jest zapobiedz ponownemu zrosnięciu się małych warg. W tym celu codziennie robiono przepłukiwania pochwy, zakładano tampony, wálki z gliceryną etc. Zresztą operowana pozostanie pod kontrolą kolegi Walter'a.

Saenger niedawno (Centralblatt für Gynaekologie 1891, pag. 1023) opisał przypadek zrostu większych warg sromowych po owrzdzeniu wskutek Vulvovaginitis blennorrhoeica. Dotyczyło to spostrzeżenie 21-letniej dziewczyny. Atresia vulvae ex conglutinatione, concretione labiorum majorum pudendi. Saenger przeciął grubą bliznowatą błonę, łączącą obie wargi, czyli raczej wyciął ją, a brak skórny, pozostały na każdej wardze, zaszył, aby zapobiedz powtórnemu zrostowi miejsc zranionych przy operacji. (Patrz rysunek w Centralblatt).

W analogicznych przypadkach atresiae vaginae naprzykład po przecięciu zrostu przy haemato-kolpómetra w ostatnich czasach stosowano różne in- i transplantacje na ranę, aby zapobiedz ponownemu zarosnięciu się pochwy, albowiem

zdarzały się wypadki takiego ponownego zrostu oraz recydywy wskutek tego Haematokolpometrae. Kuestner w takim przypadku po rozcięciu miejsca atresiae implantował do pochwy kawałek błony śluzowej kiszki ludzkiej, otrzymany od Dorpackiego chirurga, który w tej samej godzinie dokonał w klinice chirurgicznej resekcji kiszki u mężczyzny. Święcicki dwukrotnie implantował do pochwy kobiecej po takiej operacji błonę śluzową królika, zdaje mi się, mianowicie dla zapobieżenia powtórnemu zarosnięciu się pochwy po przecięciu atresiae. Pierwsza implantacja nie udała się, druga zaś lepiej się powiodła. Inni zaś implantowali skórę sąsiednią vulvae in vaginam przez auto-transplantację, lecz drogi tej zaniechano, aby na przyszłość nie wyrastały włosy ze skóry transplantowanej do pochwy. Operacje te po pierwsze znajdują się jeszcze w stadium eksperymentalnem, dalej nie we wszystkich jednakowo przypadkach wypada obawiać się ponownego zrostu. Obawa ta najwięcej uzasadnioną jest tam, gdzie zrost sięgał bardzo głęboko, gdzie zrost był nie sub forma membranae a więcej grubej warstwy tkanki, dajmy na to na 2—3 centymetrów grubej. Następnie zależy wiele od pooperacyjnej kontroli lekarskiej i sposobu leczenia, aby nie dopuścić ponownego zrostu. (Tampony, przepłukiwania, ewentualnie kauteryzacja powierzchni rany lapisem, Paquelinem etc., ewentualnie kilka szwów).

\*  
\*  
\*

W przypadkach Haematokolpometrae ex atresia vaginae heminali congenita, jakie miałem sposobność obserwować w Warszawie, nigdy po operacji nie widziałem ponownego zrostu. Niedawno miałem sposobność obserwować w szpitalu Ewangelickim wieśniaczkę chorą z okolic Skierniewickich, u której powstała atresia vaginae in puerperio po ciężkim przewlekłym porodzie, operacyjnie ukończonym przez kol. Rybickiego. Chorą Marjanę An.....k Naczelnny lekarz szpitala, kol. Brunner był łaskaw powierzyć mojej opiece dnia 11 Maja 1892 r. Poród (pierwszy dotychczas) odbył się kilka miesięcy czy pół roku, czy rok temu (tego dokładnie nie zanotowano), ukończony został forcipe z ekstrakcją dziecka nieżywego. Post partum chora leżała w łóżku przez 6 tygodni, prawdopodobnie bez dozoru lekarskiego. Po porodzie perjoda dotychczas nie miała, lecz chora co miesiąc, jak się wyraża, miała silne bólesci w brzuchu w ciągu kilku dni. Własnym rozumem wpadła na myśl zbadania siebie i poznała, że pochwa jest zamkniętą. Po przybyciu do Warszawy oświadczyła mi wprost, że jest zupełnie zdrową, „ino żeby na dole otworzyć, boć krew nie może wyjść“. Rzeczywiście miałem do czynienia z ową rzadką stosunkowo formą atresiae post partum acquisitae. Przy bimanualnem badaniu z łatwością mogłem sprawdzić dyjagnozę przez samą chorą postawioną,



wymacując chełbotanie w guzie zajmującym pochwę per rectum oraz na przedniej powierzchni atrezji. Atresia była nie błoniasta, ale gruba i głęboka na przeszło centymetr, za czem też przemawiał wygląd i kolor miejsca atresiae. Nie było tu tej sinowatej wypukłości zamkniętego hymenu, która na pierwszy rzut oka zdradza błoniasty zrost. Po należytem oczyszczeniu i przygotowaniu chorej, wbiłem najprzód cienki próbny trójgraniec, przez który, pomimo jego małych rozmiarów, wydzielila się zaraz czekoladowego koloru gęsta krew. Wprowadziłem zatem bistur wzdłuż trójgrańca cofając takowy i zrobiłem dwa obszerne cięcia w formie krzyżyka, następnie nożyczkami wyciąłem końce powstałych w taki sposób czterech trójkątnych płatków. Wahałem się z początku, czy odrazu wypuścić całkowicie zatrzymaną krew i mianowicie, czy zrobić antyseptyczne przepłukiwania lub nie, będąc jeszcze pod wpływem dawniejszych poglądów. Dawniej nie chciano opróżniać odrazu pochwy z obawy, że przy nagłem opróżnieniu ex vacuo może nastąpić krwotok, lub też że wskutek nagłej zmiany parcia wewnątrzbrzusznego mogą nastąpić jakie rozdarcia, pęknięcia etc. haematosalpingis, zrostów peritonealnych, z następczym peritonitem i t. d.

W roku 1883 widziałem przecięcie Haematokolpometrae czyli atresiae hymenalis vaginae u Schroeder'a; po nacięciu ułożono chorą jak najspokojniej w łóżku, unikając wszelkiego wstrząśnienia i poruszenia, a tembardziej wyciskania płynu przez ucisk powyżej spojenia na ścianę brzuszną wywartą. Otóż postępując raz w taki sposób w podobnym przypadku — atresia vaginae innata u chorej od trzech miesięcy zamężnej, którą operowałem z przyczyny Haematokolpometrae w asystencyi kolegi Kaplińskiego na miesiąc; — po przecięciu nie stosowałem żadnych przepłukiwań bezpośrednio po operacyi. Na drugi dzień zjawila się gorączka, peritonitis etc. Przez dwa tygodnie byłem w obawie o chorą — dostęp powietrza nie jest indyferentny dla sprawy. Wkrótce potem miałem okazyję 3/V, 1887 r. przedstawić w Towarzystwie lekarskiem chorą pannę, również cum Haematokolpometra ex atresia vaginae hymenali innata, oraz z innym zбочeniem wrodzonym, mianowicie pes equinovarus, operowanem w następstwie przez kol. Jawdyńskiego (Pam. Tow. Lek. Warsz. Rok 1888. Zeszyt II, str. 373). Atrezję operowaliśmy wspólnie z s. p. ojcem moim w jego klinice bez natychmiastowego przepłukania. Przebieg pooperacyjny był bezgorączkowy. (Paulina C..., 16-letnia panna z Biskupic pod Górą Kalwaryją).

Wkrótce potem widziałem podobną haematokolpometram ex atresia vaginali innata w klinice. Błona zamykająca ujście pochwy pękła podczas przenoszenia chorej z 1 na 4 salę szpitalną; nazajutrz przy rewizyi zauważono samowolne zakażenie, stosowano zaraz przepłukiwanie z obawy rozkładu. Prze-

bieg był bezgorączkowy. Następna atrezyja, którą widziałem u chorej starozakonnej, była operowaną przez kol. Jawdyńskiego w szpitalu na Pradze. Natychmiastowe wypróżnienie krwi, oraz przepłukania antyseptyczne. Przebieg, jak mi osobiście mówił kol. Jawdyński, był jak najlepszy.

U Maryjanny An....ak wypłynęło z pochwy 600 grammów zgęszczonej krwi barwy czekoladowej. Po wypuszczeniu takiej zaraz obficie przepłukałem pochwę letnim roztworem sublimatu (1:3000), później zaś co dzień robiłem szprycowanie roztworem kwasu bornego. Po przepłukaniu pochwy wprowadziłem pasek gazy jodoformowej zmoczony w sublimacie. Przebieg był bezgorączkowy i chora po kilku dniach powróciła do domu. Miałem później wiadomości od niej, że miała peryjod bez bólu i że jest zdrową. Tutaj więc, chociaż szanse na ponowne zarosnięcie się pochwy wobec grubości w sagittalnym rozmiarze zrostu były korzystne, zrost ponowny nie nastąpił przy zastosowanej przezemnie terapii, zresztą prawdopodobnie i małżonek chorej nie dopuściłby tego rodzaju recydywy. Komplikacyi ze strony Haematosalpingis tutaj nie miałem się czego obawiać, bo ani przy badaniu Haematosalpingis nie mogłem konstatować, ani też haematosalpinx spostrzeganą była przy atrezyi nabytej i przytem niezbyt długo jeszcze istniejącej. Co innego przy atresia hymenalis congenita i haematokolpometra, gdzie rzeczywiście częściej trąbki maciczne również krwią zatrzymaną bywają napelnione, gdzie wytwarzają się towarzyszące sprawie procesy zapalne na otrzewnej, wyścielającej jamę miednicy, które nawet w kilku przypadkach stały się przyczyną, że zamiast paracentezy i rezekcyi hymenis dokonano amputacyi macicy nadpochwowej na drodze coeliotomii (Sutugin i inni).

*Uwaga.* Względem pierwszego dziś opisanego przypadku zwracam jeszcze uwagę na dosyć znaczne rozszerzenie pochwy wskutek retentionis urinae u M. P., spowodowane wąskością otworu pomiędzy małemi wargami pozostałego. Dalej przytaczam, że podczas operacyi pod chloroformem dokonanej nastąpił stolec, oraz ekspulsyja solitera (*Taenia lata*), który ex ano został wyciągnięty. Nie wiem czy post hoc ergo propter hoc, czy ewakuacyja solitera nastąpiła wskutek narkozy chloroformem, lub przypadkowo. Warto by w każdym razie eksperymentalnie sprawdzić działanie chloroformu pod tym względem.

W tych dniach dopiero znalazłem w „Medycynie” (1893, nr. 8, str. 158) wzmiankę, że *Duhourkan* (Therapeut. Mon. 12, 1892) zaleca przeciw tasiemcowi połączenie wyciągu paproci z chloroformem, pozwalającym zmniejszyć ilość dawki paproci.

## O ROZKŁADZIE CUKRU GRONOWEGO

PRZEZ PACIORKOWCA RÓŻY.

PODAŁA

*Justyna Salberg.*

Pasorzyty roślinne różnią się od siebie postacią, wielkością, układaniem się w rozmaite grupy (pojedynczo, w postaci gronek lub paciorków), stosunkiem do tlenu, rozrzedzaniem lub nierozrzedzaniem żelatyny, powinowactwem do pewnych barwników oraz różnemi własnościami chorobotwórczemi. Rzecz prosta, że pasorzyty, różniące się od siebie tak rozmaicie, muszą przy sprawach swoich życiowych wytwarzać odmienne produkty przemiany materji. Ponieważ zaś wymienione wyżej metody badania mogą czasem dać wątpliwy jeszcze wynik poszukiwań, a priori więc przypuszczać należy, że w takich razach zbadanie produktów przemiany określonego pasorzyta może mieć bardzo ważne znaczenie różniczkowo-rozpoznawcze.

Z tego założenia wychodząc, ukazał się szereg prac, odnośnych w pracowni prof. Nenckiego. Kilka następnych omawiać będzie wpływ stoptokoków róży na rozkład białka; mojem zaś zadaniem było zbadanie przeistoczeń cukru gronowego pod wpływem tych pasorzytów.

Po stwierdzeniu przez Fehleisen'a własności morfologicznych, biologicznych, chorobotwórczych wykrytych przez niego pasorzytów, ukazała się w roku 1888 praca włoska Manfredi i Travers'a nad produktami przemiany ich materji. Rozwijając paciorkowce Fehleisena<sup>1)</sup>, mianowicie na buljonie peptonowym przy 25—30°, otrzymali wspomniani badacze, jako produkt ich przemiany, pewne związki trujące, które, wstrzyknięte zwierzętom, po wyjałowieniu hodowli za pomocą filtru Chamberland'a, wywoływały porażenia lub kurcze. Autorowie ci dla otrzymania produktów przemiany paciorkowców postępowali już z temi ostatniemi tak, jak to później robili z pasorzytami błonicowemi Roux i Yersin, a z gruzliczemi Koch, jednakże badania chemicznego nad otrzymanym związkiem trującym nie przeprowadzili.

Dla zbadania produktów rozkładu cukru, pod wpływem w mowie będących pasorzytów postępowalam w sposób następujący:

4. III 1891 zaszczerpiłam czystą hodowlę paciorkowca róży. Podłoże, dwukrotnie wyjałowione przy 115° C., składało się ze

<sup>1)</sup> *Guornale Internationale delle Science Medical.* Anno X, 1888 (referowane w *Annales de l'Institut Pasteur.* T. I i *Centralblatt für Bacteriologie*, str. 462).

150 grm. cukru gronowego, 20 grm. peptonu Chapoteau'a, 60 grm. węglanu wapnia i 2 litrów wody. Następnie przepuszczałam przez nie, z zachowaniem wszelkich ostrożności, kwas węglowy przez  $\frac{1}{2}$  godziny, poczem kolbę wstawiłam do termostatu. Po dwóch dniach zaczął się w niej wywiązywać gaz. 13. III było go=64,67 cm.<sup>3</sup>; ponieważ nie posiadał on zapachu, a potas gryzący pochłaniał go zupełnie, przyjąłam go za czysty kwas węglowy. 23. III zbierany był powtórnie w przeciągu 24 godzin i okazał się znowu czystym kwasem węglowym w ilości 28,6 cm.<sup>3</sup>. 2. IV zbierany był gaz po raz ostatni w przeciągu 48 godzin — i tym razem był to czysty kwas węglowy w ilości 50,4 cm.<sup>3</sup>. 7. IV otworzono kolbę: znajdujący się w niej płyn okazał się bez zapachu i poddany został szczegółowemu badaniu, okazało się przytem, że więcej niż połowa całego cukru pozostała w nim nierozłożoną: odczynnik Fehling'a wykrył go 2,61%.

Badanie drobnovidzowe tego płynu wykazało w nim obecność tylko koków przeważnie w postaci dwoinek, a nadto gdzieś niedłuzszych łańcuszków. Przeszczepione natychmiast na różne podłoża, pasorzyty te rozwinęły się jako typowe paciorkowce róży. Wynika ztąd, że w kolbie, w której się odbywał rozkład cukru, paciorkowce były żywe i czyste. Wspomniany płyn, (było go wszystkiego 2 litry) zlałam z osadu, znajdującego się na dnie kolby i strąciłam kwasem szczawiovym; odfiltrowałam od wytworzonego szczawianu wapnia, spłukałam i przesącz poddałam destylacji. Otrzymany destylat dawał, po dodaniu jodu i ługu sodowego, słabą ale wyraźną reakcję na jodoform. Odczyn jego był kwaśny; dla zubożenia go jednak w całej ilości potrzeba było zaledwie kilka cent. 3 normalnego rozczyntu sody. Sądząc ze znanej reakcyi z jodoformem, że mam do czynienia z alkoholami i chcąc je oddzielić od kwasów lotnych, poddałam cały płyn powtórnie przekropleniu. Pozostałość przesyciłam węglanem potasu i jeszcze dwukrotnie destylowałam, nie otrzymałam z niej jednak ani kropli alkoholu.

Płyn, otrzymany przy destylacji, dawał, jak wiemy, reakcję jodoformową, miał przyjemny zapach owocowy i, po dodaniu zasady do wodnego rozczyntu, barwił się na brunatno; bliżej natury jego nie określiłam.

Nie udało mi się również określić w pozostałości po destylacji natury kwasu lotnego, był on jednak, prawdopodobnie, kwasem octowym albo masłowym, jak to jakościowe badanie wykazało.

Co się tyczy wspomnianego osadu ze szczawianów, uwolnionego z lotnych produktów, zagęściłam go na syrop aż do krystalizacyi kwasu szczawiovego i wyklóciłam 3 razy eterem. Po odparowaniu tego ostatniego, powstał kwaśny syrop, który gotowałam z tlenkiem cynku. Przy oziębianiu syrop ten zgęstniał na masę krystaliczną, która, jak późniejsze badanie wy-

kazało, zawierała sól cynkową optycznie czynnego kwasu mlecznego. Odfiltrowałam więc kryształki i wysuszyłam je na powietrzu. Okazało się, że ilość ich wynosiła 15 grm. Mówię tu o ostatecznej ilości soli, otrzymanej po kilkakrotnej kryształizacji, gdyż po pierwszej—nieczystej—było jej 20 grm. Czynności wspomnianych soli dowodzą następujące cyfry: 0,3227 grm. wysuszonej na powietrzu soli cynku straciło na wadze przy 100° 0,0442 grm., a po wypaleniu pozostało 0,0931 grm. ZnO, czyli że znaleziono 13,3% wody krystalicznej i 26,81% Zn. Formuła  $(C_3H_5O_3)_2Zn + 2(H_2O)$  wymaga 12,9% wody krystalicznej, a 26,67% Zn bezwodnej soli.

Uwolniony ze wspomnianej soli cynkowej kwas mleczny dał przy destylacji wspomnianą powyżej reakcję jodoformową, otrzymaną przy najpierwszym destylowaniu badanego płynu, który, jak wiemy, alkoholów nie zawierał.

Z badania tego wynika, że:

1) Pod wpływem paciorkowca róży cukier gronowy rozkłada się bez dostępu powietrza, w atmosferze kwasu węglowego, tworząc przytem czynny optycznie kwas mleczny, identyczny z kwasem mlecznym, otrzymywanym z mięsa.

2) Początkowo dość gwałtowny rozkład ustaje stopniowo i po 30-tu dniach zaledwie połowa 5% roztworu cukru uległa rozkładowi, przyczem jednak paciorkowce róży nie wymierają, gdyż po otwarciu kolby, przeszczepione na świeży buljon lub żelatynę, rozwijają się bujnie w przeciągu 24 godzin.

3) Gaz, który się wywiązuje przy fermentacji cukru, jest czystym kwasem węglowym.

## O CHOLERZE W WĘGROWIE,

oraz kilka słów o wartości leczniczej  
metody Cantani'ego.

PODAŁ

L. WILK,

lekarz wolno praktykujący.

Cholera zjawiała się w Węgrowie 9 Października r. z. Pierwszy przypadek wystąpił u 9-letniej dziewczynki dość zamężnych rodziców, którzy hołdując rozpowszechnionemu wśród motłochu przesądowi, że lekarze trują, pozbawili nieszczęśliwą pacjentkę pierwszej racjonalnej pomocy.

Dla odparcia zarzutu, mogącego spotkać tak mnie, jak też dwóch innych kolegów węgrowskich ze strony sz. czytel-

ników, że wobec jednego sporadycznego przypadku, który dnia wyż oznaczonego miasto nasze zaalarmował, łatwo było przez zastosowanie odpowiednich środków profilaktycznych wybuch epidemii zażegnać, pozwolę sobie opisać rzeczony pierwszy przypadek, który wskaże źródło zakażenia, jako też sposób powstania i rozwoju epidemii w Węgrowie.

Dnia 9 Października o godzinie 2-iej po północy wezwany byłem do krawca S. dla udzielenia pomocy córeczce jego, zapadłej dnia poprzedniego o godzinie 12-iej w południe. Stan znalazłem następujący:

Chora, lat 9, o rysach twarzy zapadłych, o wargach sinych, o skórze zimnej, a na palcach u rąk i u nóg sinawej, o języku zimnym, pokrytym szarawo-żółtym nalotem, na pierwszy rzut oka robi na mnie wrażenie dotkniętej cholera. Tętno w tętnicy promieniowej niewyczuwalne, ictus cordis wyczuć nie mogę, a tony serca, zwłaszcza drugi, bardzo słabe. Nie mając wobec takiego stanu rzeczy zbyteńgo czasu na wywiady, daję bezzwłocznie szpryczkę eteru z kamforą pod skórę. Podczas rękoczynu chora mi umiera. Z wywiadów, przeprowadzonych po śmierci chorej, dowiaduję się, że choroba zawleczoną została przez starszą siostrę zmarłej, przybyłą do rodziców ze Siedlec—miejsca zakażonego. Już przed moim przybyciem rodzice bez wiedzy policyi przenieśli resztę dzieci do innej najgęściej przez warstwę biedną zaludnionej dzielnicy (ulica Kominiarska).

Mimo, że dom zakażony został wysiedlony i opieczętowany, zabiegi nasze zostały płonnemi.

13 Października cholera wybuchła z całą gwałtownością przy ulicy Kominiarskiej i w sąsiedztwie: jednej nocy zachorowało 6 (na ogólną liczbę mieszkańców 8,000), umarło 3.

W początkach epidemii wszystkie prawie przypadki dla przyczyny wyżej wyłuszczonej wymykały się z pod oczu naszych, wskutek czego choroba miała pole do zajmowania coraz to nowych dzielnic. W ciągu pierwszego tygodnia chorowały przeważnie dzieci, a ilość dzienna zachorowań wynosiła 5—8. Gdy w końcu Października epidemija dosięgła swego szczytu, zaczęto nas wzywać nawet w początkowych okresach choroby. Przy wzroście liczby chorych już szpital urządzony na 12 łóżek okazał się niewystarczającym, a żydzi miejscowi, widząc, że choroba zabiera po 78 ofiar dziennie wśród dzieci i dorosłych, zaczęli uznawać doniosłość izolowania chorych i otworzyli za zezwoleniem władzy na swój koszt szpital drugi na łóżek 14, którym ja, pomimo powierzonych

mi czynności kierownika oddziału sanitarnego, zarządzałem do dnia 26 Listopada.

Dokładnych cyfr zachorowań i śmierci za cały czas trwania epidemii od 13 Października do 26 Listopada podać nie mogę z tej przyczyny, że żydzi masę przypadków ukrywali; przypuszczam jednak, że nie o wiele chybię, jeśli powiem, że zachorowało około 300, a umarło około 150 osób.

Dzięki zabiegom miejscowej władzy, która otworzyła w Węgrowie kamerę dezynfekcyjną, a na krańcach miasta porozstawiała warty, choroba nie szerzyła się po wsiach. Pokazała się wprawdzie we wsi Jartyporach o 5 wiorst od Węgrowa, gdzie ograniczyła się na 3-ch przypadkach, i w Stoczku, odległym o wiorst 18, gdzie również groźniejszych rozmiarów nie przybrała.

Do powyższych uwag ogólnych uważam za stosowne dodać parę słów o stronie klinicznej epidemii.

W epidemii węgrowskiej mniejsza połowa zachorowań przypadła na dzieci starsze i młodsze, niemowlęta zaś zupełnie wolne były od zakażenia. Liczba zachorowań u starców była bardzo małą, za to ze śmiertelnością bezwzględną, która wbrew twierdzeniom kolegów lubelskich wydaje mi się bardzo naturalną, jeśli przyjmiemy pod uwagę, że serce i wogóle cały układ naczyniowy daleko gorzej funkcjonuje u starców, niż u osobników młodych, co dla przebiegu cholery nie jest zupełnie obojętnem,

O ile zajęcie chorego wpływa na zarażenie się cholera, zauważyć nie mogłem. Zaznaczyć tylko mogę, że wpływ warunków sanitarnych wybitnie u nas się zarysowywał, chorowali bowiem ludzie przeważnie z warstwy biedniejszej, nieodpowiadającej najkardynalniejszym wymaganiom higieny. Nawiasowo nadmienię, że dwa tylko przypadki zdarzyły się wśród warunków lepszych: jeden u żydówki dość zamożnej, żony garbarza, raczej właściciela garbarni, który podczas epidemii honorowo pełnił obowiązki rytualne przy zmarłych; drugi zaś w domu bardzo bogatego kupca, żyjącego w warunkach, odpowiadających wszelkim wymaganiom higieny. Przypuszczam, że źródłem zarazy w ostatnim przypadku było pieczywo żydowskie, gdyż wody winić nie można, skoro dana dzielnica zupełnie wolną była od zakażenia.

W początkach epidemii choroba miała charakter łągo-

dny, a obraz jej kliniczny przedstawiał częstokroć zboczenia od normalnego typu: w jednym razie dominującą postacią była charakterystyczna biegunka; w innym znów przeważały postaci wymiotne przy zaparciu stolca, które występowało po 12 obfitych wypróżnieniach; w innych znowu razach pierwotnie występowały nudności i kurcze, do których po upływie 1—1½ godziny przyłączały się wymioty i biegunka. Wogóle zaś kurcze z początku rzadko się zjawiały. Dopiero w okresie zupełnego rozwoju epidemii zjawiały się postaci zupełnie wykształcone, o typie stałym.

Choroba zazwyczaj rozpoczynała się już biegunką bez bólów w brzuchu, jeśli nie poprzedzana była błędem dyjetycznym. Po 1—2 wypróżnieniach, szybko po sobie następujących, pokazywały się w częstych odstępach czasu obfite stolce wodniste, tak, że chorzy często się uskarżali, iż literalnie leje się z nich ustawicznie, jak z cebra. Najczęściej po ½—1 godzinie stolce przybierały wygląd odwaru ryżowego. W tym okresie chorzy wymiotowali silnie, a wymiociny miały odczyn obojętny lub alkaliczny. Przy wciąż wzmagającej się biegunce i wymiotach chorzy stają się niespokojni i dręczeni przez kurcze, nieugaszone pragnienie, wewnętrzne palenie i bolesne ściskanie w dołku, wpadają w apatyję, język sinieje, ziębnie i splaszczają się, kończyny, a niejednokrotnie i całe ciało, ziębnią; tętno znika, a drugi ton aorty staje się niesłyszalnym, i następuje silny upadek sił. W okolicy żołądka otrzymujemy odgłos bębenkowy, a na całej powierzchni brzucha—przytłumiony. W końcu głos staje się ochrypły, dolna część brzucha również jak i oczy zapadają, a skóra traci sprężystość. Jako lekarz oddziału sanitarnego miałem sposobność widzieć chorych we wczesnych okresach napadu. U żadnego ze spostrzeganych przezemnie chorych nie mogłem już w godzinę po zapadnięciu domacać się pulsu.

Częstokroć w okresie acme epidemii (w początku Listopada) zdarzały się przypadki cholery suchej (cholera sicca), które w kilka godzin kończyły się zejściem śmiertelnym. Badając brzuch u takich chorych, zawsze konstatowałem obfitą ilość płynu w kiszkaach,—fakt, przemawiający na korzyść teorii mechanicznej. Z drugiej znowu strony uprzytomniwszy sobie przypadki, w których objawy porażenia serca występowały pierwotnie, jako też i takie, w których szybki upa-



dek sił nie był proporcjonalny do ilości utraconych soków dojść muszę do przekonania, że wytwory życiowe przecinka, niezawodnie zgubnie wpływają na mięsień sercowy, względnie wespół z zagęszczeniem krwi powodują stan zamartwicy.

Na mocy swoich spostrzeżeń, opartych na 150 przypadkach (60 w szpitalu i 90 na mieście), nie mogę twierdzić, aby wszystkie przypadki, w których z początkiem napadu odrazu tętno ginie i tony serca nikną, można było uważać za piorunujące.

Często się zdarzało, że chorzy, którzy nie budzili żadnej obawy co do pomyslnego zejścia choroby, szybko kończyli przy objawach porażenia serca, podczas, gdy chorzy najrozpaczliwsi przy wkroczeniu w okres odczynowy nadspodziewanie szybko przychodzili do zdrowia.

O złośliwości, podług mnie, sądzić można na zasadzie stopnia i rozmiaru wczesnie występującej sinicy, a najpewniej *ex juvantibus*: jeśli środki pobudzające *larga manu* stosowane; wlewania do kiszki i pod skórę, drażniące wanny, lub gorące zawijania w ciągu 2—3 godzin czynności serca nie podnoszą, stanowczo można się spodziewać szybkiego zejścia śmiertelnego.

Niezmiernie złe rokowanie dawały przypadki, w których istniała niestosunkowość pomiędzy ilością utraconej wody, a częstotnością i natężeniem kurczów. Im częstsze i uporeczywsze były kurcze przy względnie nieznacznej biegunce i skąpych wymiotach, tem gorsze było rozwiązanie choroby. Absolutnie złe rokowanie dawały przypadki u kobiet ciężarnych. Przypadków takich miałem wszystkiego 3: w 4-ym, 6-ym i 8-ym miesiącu ciąży. Wszystkie zakończyły się śmiercią, mimo to, że 2 z nich udało się wprowadzić w okres odczynu. Poronienie nastąpiło tylko w pierwszym przypadku, 3 dnia po zapadnięciu, poczem chora zmarła.

Nim przejdę do omówienia kwestyi leczenia, zaznaczę jeszcze, że w okresie wygasania epidemii, które rozpoczynało się 18 Listopada, zdarzały się przypadki najrozpaczliwsze: większa połowa miała charakter cholery suchej.

Co się tyczy leczenia, trzymałem się przy ściśle indywidualizowaniu chorych zasad następujących.

Jeśli chory w szpitalu lub na mieście dostał mi się w okresie biegunki zwiastunnej lub w początkowym okresie

napadu, natychmiast otrzymał enteroklizmę z taniny. Nigdy nie zachodziła potrzeba powtórzenia wlewania po każdym nowym wypróżnieniu, jak to radzi Cantani, gdyż stolce po 1—2 godzinach przybierały zabarwienie żółtawe, lub zielonkawe, i konsystencyję papkowatą. Najpewniej odpowiadały wskazaniami etyologicznemu enteroklizmy w biegunce zwiastunnej: w czterech przypadkach, obserwowanych przezemnie w Stoczku, i w sześciu—w Węgrowie udało mi się przy zawczasu zastosowanych irygacyjach odwrócić groźny napad cholery. W dalszym ciągu chorzy tacy, obok zabiegów rozgrzewających, otrzymywali środki pobudzające odpowiednio do potrzeby per os lub podskórnie.

Skoro zaś chory przybył w okresie daleko posuniętego napadu, bezzwłocznie wstrzykiwano mu 0,25 Coffeini natrio-salicyl. i 0,12 kamfory w eterze, poczem dopiero otrzymywał hypodermoklizmę z litra wody przekroplonej w okolicę międzyłopatkową z następnem zawijaniem w gorące wilgotne prześcieradło. Wanny drażniące, z dodatkiem 4 łyżek olejku terpentynowego, z następnem zawijaniem przy jednoczesnym stosowaniu hypodermoklizmy z fizyologicznego roztworu soli kuchennej, okazały się najpewniejszym środkiem przeciwko silnym kurczom i objawom pierwotnego porażenia serca.

Kalomelu chorzy nie znosili ani w biegunce zwiastunnej, ani też w okresie rozpoczynającego się napadu. Salol, stosowany przezemnie w dozie umiarkowanej (2,0:150,0 emuls. camph. lub oleos. odpowiednio do jakości tętna) u dorosłych w okresie odczynowym, sprowadzał tylko polepszenie podmiotowe, jako środek przeciwgorączkowy. Być może, że działał także jako desiniciens przewodu kiskowego, wyraźnego atoli wpływu jego na biegunkę zanotować nie mogłem. Nie myślę przeto zaprzeczyć wartości jego w cholery, tembardziej, że stosowałem go w dawce nieodpowiedniej.

Makowca podczas epidemii węgrowskiej zupełnie niestosowałem.

Okres odczynowy rozmaicie przebiegał u różnych chorych, szybciej i pomysłniej jednak przebiegał u chorych, leczonych metodą Cantani'ego, niż—według starej metody. Mniejsza połowa chorych przechodziła tyfoid, który trwał maximum dni 11; większa zaś wracała do zdrowia po upływie 7—8 dni od napadu. Nierzadkie były takie przypadki,

gdzie fatalne zejście po długich wahaniach ku lepszemu nastąpiło znienacka przy objawach obrzęku płuc. Najgorszy przebieg okresu odczynowego spostrzegać się dawał u dzieci, które wpadały w stan podobny do hydrocephaloid'u, lub też w mocnicę. Śmierć następowała wtedy na 9—10 dzień w tyfoïdzie, a 5—6 w mocnicy.

Z powikłań, jakie w okresie odczynu spotykać się dały, w pierwszym rzędzie stawić trzeba zaburzenia ze strony narządu trawienia: częstokroć zjawiały się smrodliwe czarne stolce, zależne najprawdopodobniej od spraw wrzodziejących w kiszka. Chorzy tacy umierali wśród objawów upadku sił.

W drugim rzędzie chorób, wikłających okres odczynowy, wymienić trzeba zapalenie nerek, pochodzenia najprawdopodobniej toksycznego (nephritis toxica) i obrzęk płuc. Pierwsze występuje pod koniec okresu odczynowego i nie grozi choremu śmiercią (przypadków takich z pomyślnem zejściem miałem 6), drugie zaś powikłanie występować może w rozmaitych nieprzewidzianych porach okresu odczynowego i jest absolutnie śmiertelne (przypadków takich miałem 4). Wysypkę pokrzywkową widziałem tylko w jednym przypadku, a owrzodzenia na rogówce u trojga dzieci. Nawrotów choroby w epidemii węgrowieckiej ani razu nie widziałem.

Na zakończenie pragnę słów parę poświęcić wartości leczniczej metody Cantani'ego.

Zachęcony dobrymi wynikami, otrzymanymi za pomocą wlewań do kiszek i pod skórę podczas ostatnich epidemij przez Cantani'ego, Banti'ego, Bela Angyan'a, Lustig'a i innych, z wielkim, przyznaję, zapalem zabrałem się do stosowania rzeczzonego sposobu leczenia. By nie być posądzonym o jednostronność, zgóry zastrzedz się muszę, że dla przekonania się o absolutnej wartości leczniczej wlewań, obserwacje swoje przeprowadziłem na 3-ch seryjach chorych w jednym okresie epidemii: leczonych podług Cantani'ego bez wszelkich innych współczynników leczniczych, leczonych wlewaniem przy jednoczesnem stosowaniu innych zabiegów leczniczych i wreszcie traktowanych według starej metody.

Na zasadzie takiego systemu doszedłem do przekonania, że metoda Cantani'ego absolutnie wzięta, nie sprawdza wcale pokładanej w niej nadziei, gdyż nigdy nie mogłem stwierdzić,

aby wlewania do kiszek i pod skórę same przez się mogły zapobiegać zgęszczeniu się krwi i anuryi.

Enteroclysmia poczęści, jak widać z wyżej przytoczonych danych, odpowiada swemu celowi. Czy dzieje się to w moc hamujących własności taniny na rozwój przecinka, czy w moc własności jej ściągających na błonę śluzową, czy w moc własności przeistaczania toksyn w nieszkodliwe tannaty, czy też wreszcie wpływ irygacji polega na termicznym i mechanicznym pobudzaniu kiszek i całego organizmu, rozstrzygnąć nie mogę.

Hypodermoklizma sama przez się obciąża przez przepętnienie płynem układ krążenia w płucach, względnie i serce, następstwem czego bywa obrzęk płuc z fatalnem zejściem. Przy objawach więc pierwotnego porażenia serca wlewania ze soli kuchennej bez danych współczynników leczniczych są zabiegami wprost zgubnym. Nie mogłem również odnotować pomyślnego wpływu hypodermoklizmy na kurcze mięśniowe i tętno. Jedną dodatnią stroną wlewań podskórnych jestto przywrócenie wydzielniczej czynności nerek: po upływie 8—12 godzin od wykonania rękocezynu chorzy oddają sporą ilość moczu, poczem podmiotowo czują się lepiej.

Zdawało-by się, że w obec przewagi ujemnych stron w omawianej metodzie nad dodatnimi, powinienem był z rozczarowaniem rzec się dalszego jej stosowania, tembardziej, że w początkach rozwoju epidemii straciłem 3-ch chorych przy objawach obrzęku płuc, przyczynę którego upatruję w podskórnem wlewaniu fizjologicznego roztworu soli kuchennej. Stało się jednak inaczej, dzięki następującemu przypadkowi, który ze względu na ciężkość napadu i pomyślny przebieg, uważam za właściwe podać do wiadomości.

Dnia 30. X. 1892 r. zostałem wezwany do B. Z., bardzo bogatego kupca, dla udzielenia pomocy wnuczce jego; dowiedziałem się, że chora, którą znalazłem w stanie bardzo rozpaczliwym, zapadła przed  $\frac{1}{2}$  godziną, że cały dzień już niedomagająca, skarżąc się na nudności, ściskanie w dołku i pluskanie w brzuchu; o godzinie  $6\frac{1}{2}$  wieczorem dostała biegunki i wymioty, do których przyłączyły się wkrótce kurcze w palcach rąk i nóg. Przy badaniu znalazłem co następuje:

L. Z., panna, 16-letnia, wątłej budowy ciała, o oczach głęboko zapadniętych, podsiniawych. Cała powierzchnia ciała zimna, pokryta lepkiem potem. Ciągłe wymioty w obfitej ilości i kurcze coraz w innej grupie mięśni: udach, łydkach, palcach. Brzuch na

dotyk nie bolesny, a odporność jego zmniejszona. Przy naciśnięciu na powłoki brzuszne pod palcami formują się dołki dość głębokie, jakby skóra i tkanka podskórna były obrzmiałe. Odgłos na całej powierzchni brzucha przytłumiony. Tętno, jako też ictus cordis niewyczuwalne, a tony serca bardzo słabe. Zastrzyknąłem podskórnie 2 szpryczki ol. camphor. fortius i jedną Coffeini natri-salicyli (0,25). Gdy pomimo rozcierań, rozgrzewań, zastosowania mocnej czarnej kawy z koniakiem i dalszych 3-ch zastrzyknięć kofeiny i kamfory w eterze po upływie godziny, ani puls, ani czynność serca się nie podniosły, przystąpiłem do enteru i hypodermoklizmy. Daremnie czekałem na dodatni rezultat w ciągu następnych dwóch godzin, podczas których chorą ciągle trapiły wymioty, kurcze i nieznosne palenie wewnętrzne. Widząc, że stan chorej staje się coraz groźniejszym, wsadziłem ją na kilka minut do gorącej wanny z dodatkiem olejku terpentynowego, poczem zawinięto chorą w wełnianą kołdrę. Około godziny 11-ej opuściłem chorą, machnąwszy ręką. Zdziwienie moje było ogromne, gdy odwiędziwszy znowu chorą o godzinie 1-ej po północy, zastałem ją w stanie jak najlepszym. Pacjentka podmiotowo czuje się lepiej. Ciało dobrze ciepłe, skóra lekko zaczerwieniona, tętno pełne 120, oddech spokojny, kurcze ustąpiły, wymioty występują rzadziej, a chora uskarżała się tylko na senność i pragnienie. Zaleciwszy za napój wodę przegotowaną z koniakiem, chorą opuściłem. Naza-jutrz dowiedziałem się, że chora przespała spokojnie 5—6 godzin; wymioty w ciągu nocy 2 razy się powtórzyły. Okres odczynowy przebiegał bez powikłań przy lekkiej gorączce. 5 dnia pacjentka zaczęła się skarżyć na ból w miejscu po zastrzyknięciu eteru, a 7 dnia wytworzył się ropień, który po otworzeniu szybko się zagoił.

Przypadek powyższy utrwalił mnie w przekonaniu, że za pomocą metody Cantanigo otrzymywać można jak najlepsze rezultaty, skoro tylko pobudzamy skórę do reagowania, a serce do mocniejszej czynności. Wychodząc z tego założenia, zaczęłem obok wlewań i podskórnych zastrzykiwań kofeiny, i kamfory, stosować drażniące kąpiele przy silnych kurczach, lub też zawijania w gorące wilgotne prześcieradła przy ich braku. Wyniki tego leczenia były dość zadawalniające, skoro udało mi się odsetkę śmiertelności doprowadzić do 36,6%: z 60-ciu chorych, w ten sposób leczonych, straciłem 22. Odsetka ta wprawdzie nie jest jeszcze pocieszająca; jeśli jednak weźmiemy pod uwagę złośliwość epidemii węgrowskiej i porównamy wyniki otrzymane za pomocą zwykłych metod (50% śmierci), jako też wlewań bez innych zabiegów leczniczych (42,8% śmierci)—na 21 przypadków miałem 9 śmiertelnych,—z wyżej oznaczonym rezultatem—36,6%, to przyjąć musimy,

że zniżka odsetki śmiertelności—w pierwszym razie na 26,8<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, a w drugim na 14,5<sup>0</sup>/<sub>0</sub>,—przemawia na korzyść wartości leczniczej metody Cantani'ego, stosowanej jednocześnie ze środkami pobudzającymi czynność serca i skóry.

Reasumując dane powyższe, dochodzę do następujących wniosków:

1). Wlewania do kiszek i pod skórę, według przepisu Cantani'ego, same przez się nie odpowiadają swemu celowi.

2). Enteroklizmy, stosowane w biegunce zwiastunnej, odpowiadają założeniu.

3). Hypodermoklizmy, stosowane w późniejszych okresach napadu, często wywołują obrzęk płuc.

4). Hypodermoklizmy zawczasu stosowane, obok środków wzmacniających serce i pobudzających skórę, najpewniej zabezpieczają cholerycznych przed mocznicą i zapaleniem nerek (nephritis toxica).

5). W metodzie Cantani'ego zyskujemy cenny środek dla usunięcia fatalnych następstw zakażenia przecinkiem Koch'a, jeśli jednocześnie pobudzamy serce do mocniejszej czynności, a skórę do reagowania.

## Z KAZUISTYKI LEKARSKIEJ.

### RZADKI PRZYPADEK ROPNICY,

powstałej na tle nieżyty i rozszerzenia oskrzeli.

PODAŁ

*Dr. J. KUNIG (z Błonia).*

W Maju z. r. wezwany zostałem do chorego H. O., lat 28, z powodu nagłej utraty przytomności. Zastałem chorego już zupełnie przytomnego; narzekał tylko na ogólne osłabienie i obrażenie (ukąszenie) języka pozostałe w czasie wzmiankowanej utraty przytomności; czy towarzyszyły drgawki — nie mogłem się dowiedzieć. Przypomina tylko sobie, że leżąc w łóżku, nagle doznał zawrotu głowy; matka zastała chorego leżącego na podłodze i z tru-

dnością go ocuciła. Bliższe wywiady wykryły co następuje: w dzieciństwie chory miał przechodzić rozmaite przewlekłe wysypki, które przez lekarzy ordynujących uznane zostały za złoźowe. Przed 5 laty chory miał przechodzić jakąś sprawę zapalną w prawem płucu, czy też w opłucnej; wytworzył się ropień, który się opróżnił przez oskrzela; od tego czasu chory cierpi na ciągły kaszel z nader obfitą wydzieliną. Przez ostatnie dwa lata płwocina stała się cuchnącą i wydziela się bardzo obficie; wykrztuszanie przypomina raczej wymioty. Pomimo to odżywianie chorego wcale nie ucierpiało, przeciwnie, chory jest dość otyły i robi wrażenie czerstwo wyglądającego mężczyzny. Od paru miesięcy od czasu do czasu uczuwał lekki zawrót głowy. Na kilka dni przed wyż opisanym udarem na przedniej powierzchni prawej nogi wytworzyło się bardzo bolesne obrzmienie, które nosi na sobie cechy ograniczonego ropnego zapalenia okostnej (Periostitis suppurativa). Przymiotu nie przechodził.

Bezpośrednio po udarze przedsięwzięte badanie dało następujące rezultaty: chory jest zupełnie przytomny; ciepłota prawidłowa; tętno nieco zwolnione. Mowa niewyraźna; twarz nieco więcej przekrzywiona ku stronie lewej; szczególnie lewy kąt ust jest więcej zaostroszony; ten ostatni objaw występuje tylko przy ruchach dowolnych, zwłaszcza podczas śmiechu; niedowładu kończyn niema; czucie jest zupełnie zachowane; żrenice równomiernie rozszerzone i prawidłowo oddziałują na światło. Badanie organów wewnętrznych wykryło wybitne zmiany w płucach. Opukiwanie klatki piersiowej daje odgłos prawidłowy, z wyjątkiem okolicy niżej kąta prawej łopatki, gdzie odgłos jest znacznie przytłumiony; przy wysłuchiwanu tylnej części klatki piersiowej słyszymy prawie wszędzie rżenia wilgotne wielkobańkowe, w przedniej części rżenia suche; na poziomie okolicy z odgłosem przytłumionym oddech jest niewyraźny. Płwocina jest gęsta, zielonawa i ropiasta ze szkaradną wonią. Objawów, cechujących jamy nie znalazłem. Na zasadzie tych objawów rozpoznałem rozszerzenie oskrzeli z wydzieliną ropiastą, ulegającą rozkładowi gnilnemu (Płwocina z przyczyn odmienne niezależnych drobnowidzowo nie była badana).

W innych organach zmian nie znalazłem. Na uwagę zasługują zgrubienia ostatnich członków palców, które często też towarzyszą rozszerzeniu oskrzeli; w danym razie zgrubienia te były nader wyraźne.

Mocz zawierał nieco białka.

Przez tydzień chorego nie widziałem. W tym czasie udar miał się powtórzyć; podobno towarzyszyły lekkie drgawki; czy były one ograniczone, czy też ogólne—dowiedzieć się nie mogłem; ropień na prawej nogi opróżnił się. W tym czasie wystąpiło silne obrzmienie ślinianek nażuchwowych naprzód ze strony prawej, potem i z lewej (Parotitis bilateralis); były zajęte także gruczoły podszczękowe; na poziomie obrzmienia skóra była lekko zaczerwieniona. Chory narzeka na niezmiernie silny ból głowy, ściśle umiejscowiony w prawej połowie czoła; ból jest ciągły; świadomość zachowana, tylko daje się zauważyć ogólna apatya i sennaść. Cie-

pięta codziennie mierzona—kilkakrotnie w ciągu dnia — nigdy nie przewyższała 37° C.; tętno jest pełne, wielkie i silnie uderza. Dreszczów ani razu nie było.

Wyż opisane objawy ze strony twarzy wystąpiły wyraźniej; oprócz tego przyłączyły się następujące objawy: język wyraźnie zbacza na lewo, lewa kończyna górna uległa niedowładowi, a w 5 dni takiemuż niedowładowi uległa i dolna kończyna lewa; czucie jest zupełnie zachowane. Obrzmienie ślinianek przyusznych to się wzmagало, to się zmniejszało. Z rany na prawej gołeni sączy się cuchnąca ropa (antyseptyczne traktowanie rany przez felczera wiele pozostawiało do życzenia). Niedowład kończyn przeszedł w zupełne porażenie. Chory zmarł w 18 dni po pierwszym udarze.

Rozpoznanie choroby w jej początkach napotykało na znaczne trudności i wahało się między guzem prawej połowy mózgu, krwotokiem prawej połowy mózgu i mocznicą.

Dłuższa dopiero obserwacja chorego zupełnie wykluczyła te 3 cierpienia, a natomiast naprowadziła na myśl, że w danym razie jest ścisły związek między ropnem zapaleniem okostnej (Periostitis parulenta), zapaleniem ślinianek przyusznych (Parotitis) i cierpieniem prawej połowy mózgu, t. j. że istnieje jakieś ognisko ropne w organizmie, które dawało przyczynę we wmiankowanych narządach. Ogniskiem tem były najprawdopodobniej rozszerzone oskrzela (Bronchiectasia), w których ropienie trwało od paru lat i było bardzo obfite. Słowem, mieliśmy w danym razie ropnicę powstałą na tle nieżyty oskrzeli i rozszerzenia ich z wydzieliną ropną, uległą rozkładowi gnilnemu. Co do guza prawej połowy mózgu, to trudno byłoby sobie wyobrazić guz tak dużych rozmiarów, by mógł zająć okolicę ruchową mózgu i miejsce wyjścia narwu podjęzykowego (n. hypoglossus). Nie mniej łatwo było wykluczyć mocnicę: rozpoznawczym momentem zjawia się w danym razie obecność po udarze porażen ruchowych, których w mocznicy nie bywa. (Teoretycznie rozumując, należałoby się spodziewać i w mocznicy porażen ruchowych, ponieważ takowe obserwowane były przy carcinomatosis, gdzie anatomicznych zmian w mózgu wykryć się nie udało; porażenia w tym ostatnim razie tłumacza się przez działanie jakiegoś bliżej nieznanego pierwiastka trującego przez nowotwór wytwarzanego; pomimo że coś analogicznego ma miejsce w mocznicy, klinicznie przy tej ostatniej porażen ruchowych nie obserwowano). Przypadek przezemnie opisany ciekawy jest i z tego względu, że ciepłota była stale prawidłową, pomimo, że organizm nurtowała ciężko przebiegająca ropnica.

*Przypisek redakcyi.* Drukujemy niniejszą notatkę z tego względu, iż w istocie sam przypadek zasługuje na wyróżnienie i zaznaczenie w piśmiennictwie—brak mu oględzin pośmiertnych, któreby rozpoznaniu, postawionemu przez sz. autora, mogły jedynie dać niezbite dowody.

Październik, 1892 r.



## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. Patologija ogólna i Medycyna wewnętrzna.

72. Dr. MICHAEL GROSSMANN. **Wpływ większej lub mniejszej zawartości krwi w naczyniach płucnych na oddechanie.** (Ueber den Einfluss der wechselndem Blutfüllung der Lunge auf die Athmung). (*Zeitsch. f. Klin. Med. Bd. XX, str. 407—435*).

Doświadczenia na zwierzętach kuraryzowanych wykazują, że przepelnione krwią naczynia włosowate tamują wolny dostęp powietrza do pęcherzyków płucnych. U zwierząt jednak kuraryzowanych warunki oddechania są tak odmienne, że wnioskować z nich nie można. To skłoniło autora do wykonania szeregu doświadczeń dla pokazania efektu pracy oddechowej przy normalnem zwiększonym lub zmniejszonym wypełnieniu krwią naczyń płucnych. Aby określić efekt pracy oddechowej, trzeba zmierzyć ilość wdechanego powietrza i wielkość pracy oddechowej. Stosunek obu tych ilości da nam żądany efekt pracy. Ilość wdechanego powietrza mierzył autor za pomocą spirometru. Wielkość pracy oddechowej oznaczał, określając zmiany ciśnienia śródpiersiowego za pomocą manometru, połączonego z rurką szklaną, wprowadzoną do przełyku, a jednocześnie badał położenie i ruchy przepony. Tylko jednoczesne badanie ciśnienia śródpiersiowego i położenia przepony w podobnych doświadczeniach ma decydujące znaczenie. Przepona obniża się podczas wdechu, a podnosi podczas wydechu, ciśnienie śródpiersiowe podczas wdechu także opada, podczas wydechu się wzmacnia. Przy przepelnieniu krwią naczyń płucnych przepona również obniża się, lecz ciśnienie śródpiersiowe się wzmacnia i przeciwnie przy zmniejszonej ilości krwi w płucach ciśnienie śródpiersiowe obniża się, a przepona unosi się ku górze. Położenie przepony zatem wskazuje tylko na powiększenie lub zmniejszenie objętości płuc bez względu na to od czego ono zależy. Ciśnienie śródpiersiowe wskazuje od czego to powiększenie płuc zależy, czy od większej ilości powietrza, czy też płynów resp. krwi w płucach.

Nie będę powtarzał za autorem całego szeregu wielce skomplikowanych doświadczeń, nadmienię tylko, że dla wywołania przekrwienia płuc zamykał światło lewej komórki przez wprowadzenie do niej pęcherza i rozcięcie tegoż lub też podawał muskarynę, która również wywołuje przekrwienie płuc; a dla wywołania niedokrwistości płuc wprowadzał podobnyż pęcherz przez v. jugularis externa dextra aż do prawej komórki.

Wyniki, otrzymane przez autora, są następujące: U zwierząt oddechających dowolnie, tak samo jak i u kuraryzowanych, a więc ze sztucznem oddechaniem, przeszkody w odpływanu krwi z płuc wywołują obrzmienie płuc i jednocześnie powiększenie klatki piersiowej. Obrzmienie płuc wyraża się zmniejszeniem ruchów przepony, wzmożeniem pracy oddechowej i ograniczeniem efektu tejże pracy. Przeszkody w dopływie krwi do płuc wywołują zmniejszenie płuc i objętości klatki piersiowej. Zmniejszenie objętości płuc pozwala przeponie i płucom większe wykonywać ruchy oddechowe, a i efekt pracy oddechowej się powiększa. Nadmiar krwi w płucach wywołuje w ośrodkach oddechowych dyspnöe, a niedokrewność płuc powoduje stan apnöe. *Feilchenfeld.*

73. BETTELHEIM. **Zaburzenia w mechanizmie serca przy zaciśnięciu lewej tętnicy mózgowej.** (Ueber die Störungen der Herzmechanik nach Compression der Arteria coronaria sinistra des Herzes). (*Zeit. für Klin. Med., Bd. XX.*)

Autor stwierdził przedewszystkiem fakt przez innych badaczy podawany, mianowicie znaczne zmniejszenie ilości uderzeń serca i stały spadek ciśnienia w tętnicach po zamknięciu lewej tętnicy wieńcowej.

Spadek ciśnienia tętniczego może zależeć od następujących przyczyn:

1) Na skutek niedokrewności serca może powstać podrażnienie n. depressoris i na drodze odruchowej wywołać rozszerzenie naczyń.

2) Na skutek osłabienia czynności prawego serca może mało krwi dopływać do lewego przedsionka. W tym przypadku wystąpiło zmniejszenie ciśnienia w lewym przedsionku i powiększenie ciśnienia w układzie żylnym.

3) Mogłoby nastąpić jednocześnie osłabienie działalności obu komórek, w takim razie nastąpiłby spadek ciśnienia w obu układach tętniczych i powiększenie ciśnienia w obu układach żylnych i przedsionkach, i wreszcie

4) może osłabnąć działanie wyłącznie lewej komórki i w takim razie obok spadku ciśnienia w tętnicach powinno by się wzmódz ciśnienie w lewym przedsionku.

Autor badając jednocześnie ciśnienie w tętnicy szyjowej i lewym przedsionku, znalazł obok spadku ciśnienia w tętnicy wzmózone ciśnienie w przedsionku. Dowód to osłabienia działalności lewej komórki. Aby się przekonać, że jednocześnie nie występuje i osłabienie prawej komórki, badał autor w innym przypadku ciśnienie w tętnicy szyjowej i v. jugularis, przyczem w v. jugularis wzmózonego ciśnienia nie znalazł, co dowodzi, że prawe serce działało zupełnie poprawnie. Z tego wynika, że zanik tętnicy wieńcowej lewej wywołuje wyłącznie osłabienie działalności lewej komórki. *Feilchenfeld.*

74. Prof. CH. BÄUMLER. **Odrębna postać ostrego zapalenia oskrzelo-płucnego przy gruźlicy płuc, zależnego od wdychania zawartości kawern.** (Über e. besondere, durch respiration u. Cavernenichalt hervorgerufene Form acuter Bronchopneumonie bei Lungentuberkulose). (*Deut. Med. Woch.*, 1, 1893).

Gruźlica płuc, będąca zrazu czysto miejscowem cierpieniem, może, jak wiadomo, stawać się punktem wyjścia dla cierpienia ostrego ogólnego, przebiegającego pod postacią ostrych chorób zakaźnych, od których nieraz trudno ją odróżnić, zwłaszcza, gdy pierwotne zmiany w płucach były nieznaczne. Postać tak zwanej prosówki ogólnej jest powszechnie znaną. Śmierć następuje przy niej nie przez zakażenie ustroju, ale więcej na drodze mechanicznej, bądź przez ograniczenie powierzchni oddechowej przez ogromną liczbę nowowytworzonych gruzelków, bądź wskutek powiększenia ciśnienia wewnątrz mózgowego, przy umiejscowieniu się na oponach mózgowych. Jeżeli rozsianie się laseczników gruźliczych i tworzenie się gruzelków ogranicza się do płuc—otrzymujemy postać znaną pod nazwą suchot galopujących.

Po za temi postaciami z przewlekłej postaci suchot może powstawać jeszcze inna ostra postać, na którą właśnie autor zwraca uwagę, w której nie tyle same laseczniki gruźlicze grają rolę wywołującą, co inne wytwory sprawy suchotniczej. Zależy ona od aspiracyi zawartości kawern przy napadzie kaszlu, po wysiłkach, a szczególnie po krwotokach do kawern. Zawartość ta, w której zawsze można wykazać obecność streptokokków i stafilocokków, dostaje się wśród wysiłkowych wdechów do najdrobniejszych rozgałęzień oskrzeli, do pęcherzyków—i tu wywołuje sprawy zapalne mające zawsze do końca charakter zrazikowy (pęcherzykowy).

Nowowytworzone gruzelki są w porównaniu z ogromną ilością takich drobnych ognisk zapalnych w znacznej mniejszości. Rozumie się, że zawartość zropiałego gruczołu oskrzelowego, wciągnięta do oskrzeli może dać początek takiej samej sprawie. Omawiana bronchopneumonia występuje u osób na pozór zdrowych, u których z wywiadów można podejrzewać sprawę gruźliczą zatrzymaną, podgojoną; najczęściej w klasach zamożnych. Po zmęczeniu, wysiłku, lub bez—zjawił się mniej lub więcej znaczny krwotok, po którym niebawem występuje wysoka gorączka, duszność. Zmiany w płucach są na razie nieznaczne, charakteru nieżyłowego, po paru dniach zjawiają się porozrzucane trzeszczenia, miejscami przy wypuku otrzymuje się odcień bębenkowy. Poruszenie gorączkowe, duszność wzmagają się ciągle, przyłączają się objawy mózgowo, zapewne z powodu zmniejszenia dowozu tlenu—i w przeciągu niekiedy już 8—10 dni od krwotoku—następuje śmierć silnie jeszcze i zdrowo na pozór wyglądającego osobnika.

Autor dołącza historyje odnośnych przypadków, dotyczą one przeważnie studentów. Przy badaniu zwłok znajdowano, oprócz zapalenia zrazikowego rozsianego, zawsze jamę w jednym lub drugim wierzchołku; gruzelków nie było wcale, albo mało.

Autor zaznacza, że tak zgubnego przebiegu nie widywał nigdy przy aspiracji zawartości z rozstrzeni oskrzelowych; powstające w tych razach sprawy zapalne okazują skłonność do rozchodzenia się. Przyczyna tej różnicy nie jest jasną i być może wykryje ją bakteriologia.

Postaci podobne do opisywanych przez autora były znane i dawniej pod nazwą Phtisis ab haemoptysi (Niemeyer) i wtedy to krwi, przenikającej do płuc, przypisywano właściwości czynnika wywołującego zapalenie. Dziś obwiniać możemy tylko bakteryje, aspirowane wespół ze krwią.

Co się tyczy rozpoznania — to polega ono na szeregu wspomnianych objawów, do wyjaśnienia nie mało przyczynia się wykrycie istnienia skrytej gruźlicy, na podstawie obecności (zwykle skąpej) laseczników Koch'a w śluzowokrwawej płwocinie.

W chwili, kiedy sprawa jest w pełni rozwoju, możliwem jest przyjęcie jej za tyfus. Śledziona nie osiąga jednak odpowiedniego powiększenia. Wreszcie wywiady i szybki przebieg wyjaśniają pytanie. Toż samo da się powiedzieć odnośnie ostrej gruźlicy i ciężkich zapaleń kataralnych.

Rokowanie jest tu bezwzględnie złem, jeżeli objawy ze strony płuc i wzmagająca się gorączka i duszność dowodzą zajęcia znacznych obszarów płuc. Nawet wtedy, gdy pierwotne krwawienie było nieznaczne i ustało — należy być w rokowaniu nader względnym — gdyż w razie, gdy ogniska zapalne ulegną wessaniu, pozostaje jednak obawa rozsiania się procesu gruźliczego.

Leczenie ma bardzo słabe widoki. Ważniejsze znaczenie ma profilaktyka u napozór wyleczonych suchotników; należy ostrzegać ich przed forsownymi ruchami i być nader ostrożnym z tak zw. gimnastyką płuc. Trzeba też u takich osób przedsiębrać od czasu do czasu badanie płwociny. W razie występowania u chorych tej kategorii choćby nieznacznych krwawień — należy im zalecić największy spokój i wszystko, co może nie dopuścić do większego krwawienia, które zawsze winno być uważane za źródło możliwe aspiracyjnego zapalenia płuc.

O. Hewelke.

75. C. DELEZENNE. **Grypa o charakterze tyfusowym.**

(*Revue de Medicine*, 1892, nr. 10).

Przed pojawieniem się ostatniej epidemii traktowana jako niezbyt oskrzeli (Hardy et Béhier „*Traité de pathologie interne*“), grypa stanowi niewątpliwie chorobę swoistą o charakterze różnorodnym. Zależnie od tego, jakie objawy występują na plan

pierwszy, może ona przypominać ostrą gruźlicę, tyfus, chole-rę i t. p.

Większość autorów dzieli grypę na trzy główne postacie: piersiową, nerwową i brzuszna. Ostatnia przedstawia często-kroć obraz tak mało różniący się od tyfusu, że w zupełności zasługuje na nazwę grypy o charakterze tyfusowym.

Autor obserwował kilka podobnych przypadków; z tych opisuje sześć jako najbardziej zawiłych pod względem rozpoznawania różniczkowego.

Ogólny obraz opisanych przypadków mniej więcej przedstawi się w sposób następujący: choroba zazwyczaj powstaje raptownie, omal bez objawów poprzedzających. Na tle ogólnego niedomagania występują dokuczliwe bóle głowy w okolicy czołowej, a nadewszystko nadczołowej, szum w uszach, nad-czułość skóry oraz bóle mięśniowe, które przechodzą ko-lejno przez kark, krzyż, klatkę piersiową, brzuch i kończyny. Wymioty, jeśli istnieją, nie przedłużają się nad trzy dni. Krwotoki nosowe nie stanowią objawu nieodłącznego, nato-miast ostry nieżyt dróg oddechowych zawsze towarzyszy cho-robie, która w dalszym przebiegu wydaje się więcej zbliżoną do tyfusu. Po siedmiu dniach na pierwszy plan występują ob-jawy brzuszne, wśród których wyróżniają się częste wypróż-nienia prawie niezabarwione i niecuchnące. Język obrzmiały, obłożony ale wilgotny. Różyczka towarzyszyła nie wszystkim opisanym przypadkom, jeżeli jednak miała miejscowe, zazwy-czaj pozostawała przez cały ostry okres choroby (nie była więc to t. z. „eruptions fugitives“ innych autorów). W moczu biał-ko prawie znajduje się zawsze.

Krzywa ciepłoty wznosi się dość szybko i około ośmiu dni trzyma się wysoko ze spadkami porannymi dość znaczne-mi, tworząc przytem jednorazowy większy spadek (37,8°). Obniżanie się ciepłoty następuje zwykle per lisiin i odznacza się ponownem jednorazowem wzniesieniem (39,8°). Tętno szyb-kie, drobne, miękie, czasem dwubitne. Okres trwania choroby 8—21 dni.

Zaznaczywszy uwagi innych autorów (Jaccoud, Wunder-lich, Laveran, Widal i in.) nad osobliwościami, jakie przedsta-wia krzywa ciepłoty przy grypie o charakterze tyfusowym, autor streszcza swoje osobiste poglądy na te objawy, które najwięcej zasługują na uwagę pod względem rozpoznawczym. Początek opisywanej choroby niczem prawie nie różni się od tyfusu, zato ostry nieżyt dróg oddechowych, bóle mięśniowe, język wilgotny oraz niezabarwione i niecuchnące wypróżnienia przemawiają za grypą. Różyczka, prawnie odłączna od tyfusu, w grypie pojawia się wyjątkowo. Najbardziej charakterystycz-nem dla grypy o charakterze tyfusowym jest powtórne wznie-sienie się ciepłoty podczas jej obniżania się, tudzież ów jedno-razowy większy spadek przy acme gorączki.

Powolne zdrowienie odznacza się bólami mięśniowemi i głowy przyczem władze umysłowe zwolna powracają do normy. Osłabienie pogrypowe (asthenie post-grippale) towarzyszyło wszystkim wspomnianym wyżej przypadkom.

Daleko mniej trudności przedstawia rozróżniczkowanie o ostrej gruźlicy oraz od gorączki gastrycznej.

Rokowanie we wszystkich przytoczonych przypadkach zawsze było pomyślnem, niemniej jednak ta odmiana grypy zasługuje na uwagę ze względu na natężenie głównych objawów, długotrwałość choroby i bardzo powolne zdrowienie.

*M. Waskiewicz.*

76. Prof. WILHELM HEINER (Heidelberg). **O leczeniu zaparcia stolca, oraz niektórych cierpień kiszki grubych obfitemi lawatywami z oleju.** (*Berl. kl. Woch.* 3—4, 1893).

Metodę leczenia cierpień kiszki olejem, stosowanym w obfitych lawatywach, pierwszy podał Kussmaul i jeszcze przed laty ją wypróbował. Idąc za radą i przykładem Kussmaula, autor zaczął stosować powyższy sposób leczenia i otrzymał jak najlepsze wyniki, które właśnie w pracy niniejszej ogłasza wraz ze wskazaniem do jej użycia, oraz niektórymi technicznymi wskazówkami.

Wlewania oleju do kiszki robił autor zwykle z irrigatora w ilości od 400—500 ctm., czynność ta zabierała przeciętnie od 15 do 20 minut czasu, niekiedy i więcej. Kanał kiszkowy przenika olej powoli, do kiszki ślepej dochodzi po kilku wlewaniach dopiero (świadczy o tem bulgotanie w regio ileo-coecalis). Gdy już w ten sposób cała kiszka gruba naolejoną zostanie, zmniejsza się ilość stosowanego oleju do 300—250 ctm., oraz częstość wlewań.

Przy cierpieniach miejscowych kiszki zstępującej, krzywizny S—owatej lub też kiszki prostej można się ograniczyć do mniejszych ilości oleju (100—150 ctm.).

Spostrzeżenia kliniczne wskazują, że wypróżnienie nigdy nie występuje bezpośrednio po dokonaniem wlewania. Defekacja następuje w parę godzin, niekiedy po zastosowanej na noc lawatywie skutek rano dopiero występuje. Masy kałowe po takiej lawatywie są zawsze mniej lub też więcej rozmiękczone i olejem pokryte. Jednocześnie z kałem wydziela się pewna część oleju, reszta pozostaje w przewodzie kiszkowym.

Jeżeli po zupełnem wydaleniu w kiszki starych mas kałowych i nadal stosować lawatywy z oleju, wtedy wydziela się płynny żółcią zabarwiony i dający odczyn na barwniki żółciowe stolec. Te własności stolca wskazują, że działanie oleju dosięgło swego maximum.

Autor omawia gatunki oleju, jakie do kuracyi tej używać można. Często bowiem po zastosowaniu nieodpowiedniego gatunku oleju zauważyć się dały nieprzyjemne przypadłości. Na podstawie badań chemicznych, oraz spostrzeżeń kli-

nicznych przychodzi autor do wniosku, że jedynie czysta oliwa i oleje z maku (*papaver somniferum*) i z sesamu (*sesamum orientale*) odpowiadają celowi.

Przechodząc następnie do opisu fizjologicznego działania oleju na kiszki, rozróżnia autor dwojakiego rodzaju wpływ oleju na ruchy robaczkowe kiszek: fizykalny i chemiczny. Fizykalne działanie oleju występuje już zwykle w niższych odcinkach kiszek grubych, polega na oddzielaniu twardych mas kałowych od ścianek kiszek, oraz na wprowadzeniu w ruch rozrzedzono kału, który drogą odruchową perystaltykę wywołuje.

Co do chemicznego działania oleju, to jest ono następujące: przy pomocy nierozłożonej żółci i soku trzustkowego wytwarzają się kwasy tłuszczowe, gliceryna i mydła, pomienione produkty działają jako bodźce chemiczne na ścianki kiszek i powodują wzmożenie ruchów robaczkowych.

Co się tyczy wchłaniania oleju w kiszkach, to autor na zasadzie swych doświadczeń utrzymuje, że cała ilość wprowadzonego oleju po kilku dniach wydziela się wraz z wypróżnieniami. Jeżeli wchłanianie oleju wogóle ma miejsce, to tylko w bardzo nieznacznym stopniu. Wchłanianie wody, oraz ciał w wodzie rozpuszczalnych, zmniejsza się w kiszkach przez stosowanie ławatyw z oleju.

Wskazań do stosowania pomienionej metody wynajduje autor bardzo wiele.

Pierwsze miejsce zajmują tu zaparcia stolca wszelkiego pochodzenia: czy to wskutek czynnościowej niesprawności kiszek, czy też wskutek mechanicznej jakiej przeszkody: nowotwory, blizny, zwężenia i t. d. Dalej przy stanach podrażnienia, przy bólach w kiszkach, przy sprawach zapalnych w kiszkach, umiejscowionych lub też rozsianych, przy zapaleniach кишки prostej, grubej, ślepej, przy owrzodzeniach (gruźlica, dysenteria chronica). Ławatywy z oleju są także wskazane przy zaburzeniach kiszkowych, połączonych z cierpieniem żołądka, gdzie ze względu na stan tego narządu środki czyszczące są przeciwwskazane. Także w kilku przypadkach colitis membranc. widział autor bardzo dobre wyniki. Dalej zaleca autor swoje ławatywy dla osobników małokrwistych i wyniszczonych, środki bowiem czyszczące wraz z kałem wyprowadzają jeszcze z ustroju treść kiszek cienkich, obfitującą w substancję pożywną, oraz soki trawienne.

Za przeciwwskazanie uważa autor te cierpienia кишки grubej połączone z podrażnieniem, gdzie treść jelit wraz z nierozłożoną żółcią i sokiem trzustkowym daleko do kiszek grubych się przedostaje. W przypadkach tych bowiem wytworzyłyby się kwasy tłuszczowe, któreby stan podrażnienia jeszcze powiększyły.

W sprawach zapalnych, oraz przy owrzodzeniach kiszek,

radzi autor dodawać do ławatyw olejnych 1—2<sup>0</sup>/<sub>0</sub> kwasu salicylowego dla nadania im własności przeciwważających.

Na zakończenie powiada autor, że znakomite wyniki, jakie w różnorodnych cierpieniach kiszek grubych przy stosowaniu tej metody otrzymał, zniewalają go do mniemania, że sposób ten prędko uzyska ogólne uznanie. *H. Kucharzewski.*

## II. Chirurgija.

### 77. ARCHANGIELSKIJ. Wpływ wylewów krwawych na podniesienie ciepłoty ciała. (*Rozprawa na stopień d-ra medycyny, r. 1892, str. 80.*)

Pomimo najsilniejszego przestrzegania przepisów przeciwniejszych spotykamy się częstokroć w początkach okresu pooperacyjnego z podnoszeniem się ciepłoty. Faktu tego nie możemy tłumaczyć stanem samej rany, gdyż zwykle nie przedstawia ona żadnych objawów zapalnych, a więc przyczyny należy szukać gdzieś indziej.

Pierwszy Volkman <sup>1)</sup> w r. 77 ściślej określił cechy takiej gorączki, którą nazywa aseptyczną, w przeciwstawieniu do—septecznej.

Według opisu Volkman'a, przebieg gorączki aseptycznej jest następujący: rana, bez żadnych miejscowych objawów zapalnych, goi się per primam, ciepłota jednak jest podniesioną w ciągu 3-ch, 5-ciu, 7-miu i, jako wyjątek, 14-tu pierwszych dni po operacji; sięga ona zwykle 38,2—38,3, czasami jednak dochodzi do 39,0 — 40,0. Podnoszenie się ciepłoty następuje I—II dnia, III—IV-go dosięga ona swego maximum, potem zaś stopniowo obniża się do normy. Stan ogólny chorych jest przy tem zupełnie zadawalniający: apetyt, rzeźkość i sen zachowują się bez zmiany; pragnienie czasami bywa powiększone; język i skóra wilgotne, wskutek czego ta ostatnia wydaje się o wiele chłodniejszą w stosunku do podniesionej ciepłoty; ilość moczu jest przecięciowo dużą, zawartość w niej chlorków mało zmieniona, ilość dobową moczu powiększona; stolec częściej bywa wolny. Z istnieniem tej gorączki i opisem jej, podanym przez Volkman'a, zgadzają się zupełnie Angerer, Bruns, Landerer, Künig, Gangolphe i Losserand.

Volkman sądzi, iż ze stu chorych, dotkniętych cięższymi obrażeniami, przebiegającymi aseptycznie, zaledwie  $\frac{1}{3}$  część wolną jest od gorączki, u  $\frac{1}{3}$  części chorych ciepłota podnosi się nieznacznie, u pozostałej zaś  $\frac{1}{3}$  części gorączka jest bardzo

<sup>1)</sup> Razem z Volkman'em pracował nad kwestyją Gensmer. (*przyp. spraw.*)



silną. Podobne podnoszenie się ciepłoty można by tłumaczyć wchłanianiem przez ranę, a później przez ziarninę środków przeciwnilnych, naprz. karbolu. Przypuszczenie to uzasadniają do pewnego stopnia doświadczenia Edelberg'a, który, wprowadzając do ustroju zwierząt 3% roztwór karbolu, wywoływał szereg objawów, podobnych do zatrucia fermentacyjnego. Jednakże wprowadzona w końcu ubiegłego dziesięciolecia aseptyka nie zabezpieczyła chorych od gorączki aseptycznej. Od czasu, gdy Terrier w l. 87—8-mym zalecił wyjaławianie narzędzi i środków opatrunkowych, powyższe zasady postępowania znalazły zastosowanie w klinice pr. Subbotin'a. Nadto do obmywania ran zaczęto używać wyjałowionego roztworu soli kuchennej (0,7%). Pomimo to gorączka aseptyczna tego właśnie typu, jak ją określa Volkman, często towarzyszyła okresowi pooperacyjnemu. Nadmienić wypada, iż jałowość wszystkiego, co miało styczność z raną, stwierdzono za pomocą badania bakteriologicznego. Okoliczność ta skłoniła początkowo autora do poszukiwania przyczyny tego zjawiska w samej ranie. W przypadkach jednak, przebiegających z objawami gorączki aseptycznej, przy zmianach opatrunku stwierdzono wyłącznie tylko obecność w ranie większej lub mniejszej ilości krwi bądź płynnej bądź skrzepłej. W obec tego zrodziło się pytanie, czy obecność krwi w ranie nie jest właśnie przyczyną gorączki? W celu rozstrzygnięcia tej kwestyi postanowił autor wyjaśnić doświadczalnie wpływ wszelkiego rodzaju wynaczynień na podnoszenie się ciepłoty.

Przed podaniem wyników swych doświadczeń przytacza autor kilka krótkich historyj chorób, jako potwierdzenie domniemania, że obecność krwi w ranie, czy też obecność wynaczynień, które podlegają wchłanianiu, wywołuje zwykle gorączkę. Są tu złamania podskórne, większe stłuczenia, połączone ze znacznymi wynaczynieniami i kilka aseptycznie przeprowadzonych operacyj. Ciepłota we wszystkich tych przypadkach podnosiła się I—II-go dnia i trwała dni kilka, stosownie do wielkości i miejsca wylania krwi. Przy operacjach jałowość wszystkiego, co miało styczność z raną, stwierdzono bakteriologicznie. Na ważność badania bakteriologicznego kładzie autor wielki nacisk, gdyż w przypadkach, gdzie zauważono choćby najmniejszą czerwonosć naokoło szwów lub odczyn w ranie, badanie takie zawsze wykrywało obecność drobnostrojów.

Ze samo wchłanianie do krwiobiegu wynaczynień bez żadnego zakażenia zewnątrz, wywołuje gorączkę, jasno to widać z zestawionych przez autora 1038 przypadków złamań podskórnych: w 463 z nich stwierdzono podwyższenie ciepłoty, co stanowi 44,60%. Odsetka ta jednak znacznie się zwiększy, jeżeli oprzytomnimy sobie, że nie każdy znacznie chory przyjmowany był na oddział chirurgiczny zaraz po złamaniu, zaś

od ogólnej liczby złamań trzeba jeszcze odjąć przypadki z bardzo małemi albo żadnemi wynacznynieniami; przypadki takie mogą niewątpliwie przebiegać bezgorączkowo. Drugą połowę pracy stanowią osobiste doświadczenia autora, wykonywane wyłącznie na psach. Dzieli on te doświadczenia na 4 grupy, a mianowicie robi: 1) przelewanie całkowitej krwi jednego zwierzęcia pod skórę drugiego; 2) wylewy za pomocą podskórnego przecięcia naczynia; 3) wlewanie krwi całkowitej do jamy otrzewny i 4) przelewanie krwi, pozbawionej włóknika. Na podstawie tych doświadczeń autor określa: a) o ile wchłanianie wynacznynionej krwi wpływa na podnoszenie się ciepłoty i o ile to ostatnie zależy od wielkości wynacznynienia; b) o ile wsteczne zmiany powstające z wynacznynionej resp. przelanej krwi, wpływają na gorączkę i cały ustroj zwierzęcia; dla tego też autor pilnie śledzi objawy chorobowe, następujące u poddawanych doświadczeniom psom i bada ich mocz. Dla przekonania się, że wszelkie zmiany chorobowe zawdzięcza autor li tylko wchłanianiu zawartości wynacznynień, posługuje się on badaniem bakteriologicznem. W tym celu przenosi Archan-gielskiej zawartość sztucznych tych wynacznynień, którą wydo-staje w rozmaitych okresach ich trwania bądź za pomocą Pravatza bądź cięcia, na rozmaite podłoża, lecz ani razu nie dostaje żadnych hodowli.

Ogółem autor zrobił 24 doświadczenia i na podstawie ścisłej obserwacji każdego przypadku zosobna przed i po wytworzeniu wynacznynienia przychodzi do następujących wniosków:

1) We krwi, która opuściła swe naturalne łożysko (naczynia), powstają sprawy chemiczne, których wytwory, wstępując na nowo do krwiobiegu, wywołują gorączkę bez udziału jakichkolwiek bądź drobnoustrojów <sup>1)</sup>.

2) Wysokość i czas trwania tej gorączki zależy bezpośrednio od wielkości wynacznynienia, a swego acme dosięga ona w czasie najdokładniejszego skrzepnięcia krwi.

3) Ciepłota podnosi się już w parę godzin po wynacznynieniu; gorączka trwa 2—3—6 dni, jest słabą, wieczorem wyższą jednak niż rano; maximum przekroczenia normy dla psów sięga 1,5 stopnia.

4) Zbyt widocznego wpływu na cały ustroj gorączka ta nie wywiera: jako правило (u autora w 20-tu z 24-ch doświadczeń) zjawia się rozwolnienie, zresztą usposobienie zwykle pozostaje bez zmiany, łaknienie bardzo mało upośledzone; białko

<sup>1)</sup> Roztwór soli (7% 1000) i płyn z hydrocele, używane przez autora dla kontroli zamiast krwi w równej z nią ilości, nie wywoływały gorączki.

i barwniki krwi w moczu nie dają się wykryć; dosyć często występuje prędko przemijający kaszel <sup>1)</sup>.

5) Mięsenie, bandaż elastyczny, zastosowane w początku wynaczynienia, prowadzą do prędszego wessania i mniejszej gorączki, użyte zaś później przyczyniają się do większego podniesienia ciepłoty lecz trwa ono krócej.

6) Najszybciej wchłanianie następuje z wynaczynień w jamie otrzewny; zaś z tkanki podskórnej największą zdolność wchłaniania posiada okolica podbrzuszna, następnie wewnętrzna powierzchnia ud, a najmniejszą—boki klatki piersiowej.

7) Na podstawie swych doświadczeń, jak również spostrzeżeń klinicznych, autor sądzi, że gorączka, występująca przy aseptycznym traktowaniu ran, zależy tylko od wchłaniania do krwiobiegu wytworów przemiany wstecznej krwi, znajdujących się w ranie i nie ma nic wspólnego z zakażeniem zewnętrznem.

W końcu swej pracy autor radzi: 1) jak najstaranniejsze podwiązywanie naczyń, a nawet jak najdokładniejsze tamowanie krwotoku mięszowego i 2) przy stłuczeniach, połączonych z wynaczynieniem, jak najwcześniejsze stosowanie mięsienia.

*Cz. Bitner.*

#### 78. IGNATOW AFANASIJ. **Przyczynę do chirurgicznego leczenia kamicy żółciowej.** (*Dysertacyja. Petersburg, 1892.*)

W pierwszej części swej pracy autor zaznajamia czytelnika z patologią i symptomatologią chorób dróg żółciowych. Jakkolwiek patologia kamicy żółciowej jeszcze w skończonej postaci nie została opracowaną, wiadomem jest wszakże, że kamienie żółciowe wytwarzają się z najmniej rozpuszczalnych części składowych żółci, a więc cholestearyny i barwników żółciowych. Wbrew twierdzeniu Langenbucha (pęcherzyk żółciowy jest jedynem miejscem produkcyi kamieni), ogół badaczy uznaje możliwość tworzenia się kamieni, zarówno w pęcherzyku żółciowym, jak i w d. choledochus, cysticus, hepaticus, a także w najdrobniejszych przewodach w wątrobie. Opisawszy główne objawy (kolki w prawem podżebrzu, charakterystyczny guz w okolicy pęcherzyka żółciowego, żółtaczkę z jej następstwami: gorączką i usposobieniem do krwa-

<sup>1)</sup> Objawy te zależą, jak tego dowodzą doświadczenia Köhler'a, Landois'a, Angerer'a i innych od zmian anatomicznych, jakie powstają w ustroju po wprowadzeniu do krwiobiegu (wprost do naczyń) małych nawet ilości krwi całkowitej lub pozbawionej włókniaka; w tym ostatnim przypadku charakter zmian jest zachowany, lecz są one mniej wyraźne. Zmiany te są następujące: krew staje się galaretowatą, przez co łatwo tworzą się skrzepy, zwłaszcza w naczyniach włoskowatych wogóle i płucnych w szczególności; na błonie śluzowej wszystkich narządów, posiadających światło, tworzą się wynaczynienia i podbiegi.

wień, objawy przy przedziurawieniu ścian przewodów), autor stara się ugrupowaniem ich i krytycznym rozbiorem ułatwić rozpoznanie charakteru i umiejscowienia danego cierpienia.

Ciężki stan chorego w czasie samego napadu kolek, nieustępujące często bóle pod działaniem całego arsenału środków terapeutycznych, zgubne dla ustroju ludzkiego następstwa długo przeciągającej się sprawy chorobowej w drogach żółciowych, już przed 150 laty zmusiło chorych do szukania pomocy w chirurgicznych zabiegach. Pierwszy Petit (1735 r.) wprowadził cholecystotomię, lecz poczynając od niego wszyscy chirurdzy wykonywali tę operację po skonstatowaniu lub wywołaniu sztucznych zrostów ściany pęcherzyka żółciowego z zewnętrznym listkiem otrzewnej. Dopiero po wprowadzeniu antyseptyki do chirurgii, zaczęto wykonywać cholecystotomię na pęcherzyku, nie przyrosłym do ściany brzusznej. W 1878 r. pierwszy Sims wykonał taką operację na jednym posiedzeniu.

Obecnie istnieją cztery metody chirurgicznego leczenia kamicy żółciowej: 1) Cholecystotomia normalis (z utworzeniem przetoki zewnętrznej do pęcherzyka). 2) Cholecystectomy (wyłuszczenie całego pęcherzyka i części d. cystici). 3) Cholecystotomia idealis (przecięcie ściany pęcherzyka z następczem zeszcieniem i wypuszczeniem go do jamy brzusznej). 4) Cholecystoenterostomija (utworzenie przetoki pęcherzyko-kiszkowej). Ignatow opisuje w streszczeniu sposoby operowania, użyte przez celniejszych chirurgów w chronologicznym porządku i zbiera kazuistykę operacyj, dokonanych na pęcherzyku żółciowym w ciągu ostatnich lat 15. Z ogólnej liczby 278 przypadków, leczonych chirurgicznie przypada na cholecystotomię normalną 175, na cholecystectomy 62, na cholecystotomię idealną 31, na cholecystoenterostomię 10.

Rozpoznanie dokładne dokonano w 177 przypadkach, wątpliwe w 13, mylne w 24 (7 razy określono—ren mobile; 6—Echinococcus hepatis; 3—hydronephrosis; 3—neoplasma omenti; 1—colica renalis; 1—tumor ovarii; 1—carcinoma vesicae felleae; 1—carcinoma ventriculi; 1—peritonitis acuta).

W 64 przypadkach rozpoznania nie zamieszczono wcale. Z wybitniejszych objawów zanotowano: 1) kolki u 198 chorych (u 4 chorych kolek nie było); 2) guz w okolicy pęcherzyka żółciowego u 120 chorych (u 11 nie było); 3) żółtaczką wywołaną niedrożnością d. choledochi u 48 chorych (10 z tych przy raku).

Uwięźnięcie kamieni w przewodach żółciowych skonstatowano u 40 chorych (w 10 przypadkach skruszono kamień uwięźnięty z zejściem pomyślnem, w 12 przypadkach prze-pychano uciskiem na przewód od zewnątrz, w 5 przypadkach pozostawiono przetokę zewnętrzną bez wydobycia uwięźniętego kamienia, poczem ten ostatni po pewnym czasie wyszedł przez zewnętrzny otwór przetoki, w 10 przypadkach dokonano

choledochotomię z 9 wyzdrowieniami i jednym zejściem śmiertelnym).

Kamienie znaleziono u 140 chorych.

Empyema vesicae felleae u 16 chorych.

Niedrożność przewodów żółciowych z powodu bliznowatego zwięzienia u 5 operowanych.

Niedrożność przewodów żółciowych z powodu ucisku rakiem dróg żółciowych, jak i rakiem sąsiednich organów u 14 operowanych.

Gorączkę Charcot'a u 28 operowanych (wyluczając gorączkujących przy empyema vesicae felleae), z tych 10 zejść śmiertelnych.

Krwawica u 8 operowanych przy objawach niedrożności d. choledochi, wszystkie z zejściem śmiertelnym.

Na 278 operowanych przypadków było zejść śmiertelnych 36<sup>6</sup> (13<sup>0</sup>/<sub>100</sub>), z tych ostatnich 24 przypada na cholecystotomię normalną (15<sup>0</sup>/<sub>100</sub>), 6—na cholecystectomię (10<sup>0</sup>/<sub>100</sub>), 3—na cholecystotomię idealną (10<sup>0</sup>/<sub>100</sub>), 3—na cholecystoenterostomię (30<sup>0</sup>/<sub>100</sub>).

Odsetkę śmiertelności przy cystotomii normalnej autor redukuje do 6<sup>0</sup>/<sub>100</sub> oddzieleniem z ogólnej liczby 24 zejść śmiertelnych po tej operacji—8 przypadków z rakowatym charakterem i 7 przypadków gdzie z powodu długotrwałej żółtaczki wytworzyła się u chorych krwawica (wszyscy chorzy z krwawicą przy kamicy żółciowej operowani według wszystkich 4 metod umierali).

Następnie stawia autor wskazania do użycia każdej z wyżej wymienionych metod operowania w chorobach dróg żółciowych. Cholecystotomia normalna, jako operacja najłatwiejsza i najmniej niebezpieczna do wykonania, ale pozostawiająca po sobie przetokę zewnętrzną, wskazana jest u ludzi starych, osłabionych, przy przewlekłych cierpieniach dróg żółciowych, przy cholecystitis ulcerosa i empyema vesicae felleae i wogóle tam, gdzie inne metody nie mogą być zastosowane. Cholecystectomia bywa wskazaną przy niemożliwej do usunięcia niedrożności d. cystici i przy nowotworach ścian pęcherzyka żółciowego. Ujemne strony cholecystectomii są: niemożność zbadania wewnętrznego drożności przewodów żółciowych za pomocą katetyryzowania światła ich i dokonania powtórnej operacji przy nowej niedrożności przewodów. Cholecystotomia idealna wskazaną bywa w początkowych fazach kamicy żółciowej, kiedy ścianki pęcherzyka żółciowego nie podlegały jeszcze żadnym zmianom. Przeciwwskazanie dla niej przedstawia cholecystitis ulcerosa, niedrożność d. cystiti i d. choledochi, nowotwór ścianki pęcherzyka żółciowego. Cholecystoenterostomia wskazaną jest przy niemożliwej do usunięcia niedrożności d. choledochi.

79. Th. WETTE. **O chirurgicznym leczeniu choroby Basedowa.** (*Arch. f. klin. Chirurgie. T. 44, str. 785*).

Wette, zestawivszy z literatury 30 przypadków chirurgicznego leczenia choroby Basedowa, do których dołącza trzy spostrzegane przez siebie w klinice prof. Riedla w Jenie, przychodzi do wniosku, że leczenie chirurgiczne tej choroby ma niezaprzeczoną wyższość nad wszelkiem innym leczeniem. Gdy bowiem leczenie „wewnętrzne” dyjetą, jodem, elektrycznością, masażem musi być długotrwałe a w skutkach jest bardzo niepewne, to leczenie operacyjne od razu i trwale chorobę usuwa. W przypadkach, zestawionych przez Wettego leczenie polegało, bądź na resekcji powiększonego jednego lub obu zrazów gruczołu tarczowego, gdy wole miało charakter mięsisty lub nacyniowy, bądź na wyluszczeniu (resp. w dawniejszych czasach otwarciu i drenowaniu) torbieli lub oddzielnych guzów, gdzie takowe w mięszu gruczołu się znajdowały. Z 33 zestawionych przypadków, w 28 była typowa choroba Basedowa z pełnym kompletem właściwych objawów, w pozostałych obraz chorobowy był niezupełnie kompletny. Z 28 przypadków częstych, 26 zupełnemu uległo przez operację wyleczeniu, w jednym tylko przypadku leczenie pozostało bez skutku, a w jednym nastąpiło zejście śmiertelne wskutek operacji. Te wyniki leczenia chirurgicznego ważne są nie tylko dla tego, że przewyższają wyniki leczenia nieoperacyjnego, ale również i dla tego, że rzucają pewne światło na ciemną dotychczas etylogiją omawianej choroby. Jeżeli bezpośrednio po wyluszczeniu wola i drugie 2 główne objawy choroby Basedowa—przyspieszone bicie serca i exophthalmus—ustępują, to można przypuścić, iż wole nie jest tu współrzednym objawem a przyczyną choroby.

Choroba Basedowa, według Wettego, jest nerwicą nerwu sympatycznego, powstającą albo wskutek bezpośredniego ucisku wola na nerw, lub też drogą zwrotną, wskutek stanu podrażnienia znajdujących się w zmienionym gruczole końcowych gałązek tegoż nerwu. Ostatnie tłómaczą nam i te przypadki, gdzie obok silnie wyrażonych innych objawów, wole było względnie niewielkie. Niejednokrotnie przy mniej lub więcej równomiernym, ale rozlanym i całym gruczolem zajmującym powiększeniu, choroba ustępowała po jednostronnem tylko wyluszczeniu. Pomyślnie wyniki operacji w tych przypadkach Wette tłómaczy w ten sposób, że do wywołania objawów chorobowych potrzebna jest pewna suma podrażnień, która po jednostronnem tylko wyluszczeniu lub resekcji dostatecznemu już ulega zmniejszeniu. Wole zresztą, według Wettego, nie jest jedyną przyczyną choroby Basedowa, gdyż znane są przypadki, gdzie choroba ustąpiła po zoperowaniu przerosłych mięszli nosowych; tu choroba powstała na drodze odruchowego wskutek cierpienia nosa; są zapewne i takie przypadki, gdzie

przyczyną choroby są pierwotne zmiany w nerwie sympatycznym. Nietypowe objawy nerwowe, towarzyszące chorobie Basedowa, a występujące również czasami i przy wolach bez choroby Basedowa, jak to: histeryja, hypochondryja, epilepsya, zaburzenia inteligencji, drżączka, stan pobudzenia, senność i t. d., są prawdopodobnie, skutkiem ogólnego zatrucia ustroju, produktami patologicznie zmienionego gruczolu.

B. Dzierżawski.

### III. Choroby weneryczne i skórne.

80. MORITZ. **Piegi. Éphélides.** (*An. de dermat. et de Syph., nr. 2, 1892 r.*).

W chorobach skóry z zabarwieniem ograniczonym znajdowano bardzo rozprzestrzeniony barwnik w przestrzeniach chłonnych naskórka i skóry, wolny barwnik w postaci ziarenek i większych złołów. Barwnik ten może być łatwo zniszczony za pomocą wody utlenionej.

We wszystkich tych przypadkach napotymano, mniej lub więcej gęsto rozsiane komórki tkanki łącznej, niczem nie różniące się od zwykłych komórek tejże tkanki, które zawierały w sobie barwnik. Barwnik ten tylko z wielką trudnością dawał się rozłożyć wodą utlenioną.

Pewna ilość komórek tkanki łącznej, rozgałęzionych lub nie, dawały prawie taką samą odporność na odbarwienie. Komórki te znajdowano w małej ilości na granicach naskórka i skóry; niekiedy komórki te posyłały wydłużenia pomiędzy nabłonek warstwy dolnej.

Barwnik znajduje się, nakoniec, nagromadzony w komórkach nabłonkowych, mianowicie na około ich jądra i przede wszystkim koło jednego z biegunów.

Autor nie zauważył w swoich preparatach nic takiego, co świadczyłoby o stopniowym i zmieniającym się wytwarzaniu barwnika w komórkach skóry nabłonka; czy to przechodzenie na zewnątrz barwnika, nagromadzonego w komórkach; czy przedostawanie się barwnika z jednej komórki do drugiej za pomocą wydłużeń komórek; bądź wreszcie obecności swoistych komórek tkanki łącznej, napełnionych zapasem barwnika.

Na podstawie swych poszukiwań autor wyprowadza następujące wnioski: 1) barwnik napewno znajduje się w przestrzeniach chłonnych skóry; 2) istnieje cały szereg komórek rozmaitego rodzaju, zdolnych do przyjmowania barwnika.

Wszystko to pozwala autorowi przypuszczać, że u człowieka barwnik naskórka pochodzi ze skóry. Jeżeli nie ma na to dowodów pewnych, to są jednak wskazówki, wykazują-

ce, że takie źródło jest więcej prawdopodobne, aniżeli przemiana metaboliczna protoplazmy komórek na barwnik.

Co do chorób skórnych ograniczonych, to śmiało i stanowczo nakreślić możemy linię graniczną pomiędzy znamionami rodzinnymi a lentigo (drobne plamki, ciemno zabarwione, wielkości główki szpilki lub ziarnka soczewicy) z jednej strony, a piegami z drugiej, tak pod względem makroskopowym jak i mikroskopowym. Pierwsze (*lentigines et naevi*) umiejscawiają się wszędzie; piegi zaś występują tylko w miejscach odkrytych (bywają i na zakrytych—*Ref.*), wystawionych na działanie światła słonecznego.

Znamion rodzimych nie można nigdy wziąć za inne zmiany skóry, przeciwnie bywa z piegami i plamami lentigo. Spostrzegać się jednak dają następujące różnice: *lentigines* są zawsze odosobnione i zarówno występują na miejscach zakrytych jak i odkrytych, piegi zaś zlewają się z sobą i występują tylko na miejscach odkrytych. Pod lupą *lentigines* są zawsze cokolwiek wystające nad powierzchnią skóry otaczającej. *Lentigines* i znamiona rodzime, badane pod mikroskopem, wykazują barwnik we wszystkich warstwach naskórka i w skórze, aż do warstwy podbrodawkowej.

Naczynia skóry są zawsze rozszerzone a ich jądra endotelialne napęczniałe. Napotykać się zawsze oddzielne masy komórek lub sznurki komórek na obwodzie, niekiedy cała skóra jest niemi zapełniona. W piegach zaś, naczynia i skóra są normalne. Barwnik znajduje się tylko w spodniej warstwie naskórka, skóra jest wolna od niego; niekiedy tylko zawiera jego ślady.

*J. Wojciechowski.*

81. W. VAN HORNN. **Leczenie zwane zdarciem piegów, trądzika i t. d.** (*Traitement dit d'écorchement des éphélides, des acnés rosacés etc.*). (*Le Progr. Med. nr. 4, 1893 r.*)

Operacja zdarcia naskórka, wprowadzona przez Unn'ę, nadaje się nietylko do leczenia wszystkich postaci *acne* i piegów, lecz także do usunięcia blizn powierzchownych, pozostałych po ospie.

Leczenie trwa około jednego tygodnia, powtarza się kilkakrotnie, lub nie powtarza, stosownie do natury i natężenia choroby. Do wyleczenia piegów wystarcza zazwyczaj jednorazowe zastosowanie opisanego poniżej sposobu. Usunięcie blizn, węgrov i trądzika wymaga wielokrotnego powtórzenia leczenia.

Operacja wykonywa się tak: kilka razy na dzień skórę twarzy pokrywa się ciastem z tlenku cynku zawierającym 50% rezorcyny. Czynność tą powtarza się w ciągu 3 lub 4 dni; po upływie tego czasu skóra staje się twardą jak pergamin i zaczyna pękać. Następuje wtedy moment odpowiedni do zaprzestania użycia rezorcyny i pokrycia skóry odpowiednim opatrunkiem.



Opatrunek składa się z mieszaniny, zawierającej żelatynę, glicerynę, tlenek cynku i wodę; nakłada się w stanie gorącym i pokrywa cienką warstwą waty, ażeby uniknąć wszelkich zlepień.

Po kilku dniach stara warstwa naskórka oddziela się od nowej, poczem można ją zdjąć razem z opatrunkiem.

Ważnem jest bardzo przytem utrafienie odpowiedniego czasu do nałożenia i zdjecia opatrunku. Unna ostrzega, że powodzenie zmniejsza się, jeżeli zbyt wczesnie zaprzestać zastosowania rezorcyny, która może wywołać ostre zapalenie skóry; lub też gdy pasta przykładana będzie zbyt długo, nakoniec jeżeli przedwczesnie zostanie zdjęty opatrunek.

W czasie leczenia chorzy nie mogą pokazywać się; niekiedy skarżą się na ból w skórze i palenie, następnie na uczucie naprężenia i sztywności. Wymienione okoliczności mogą być powodem wielkiego kłopotu dla lekarza, jeżeli ma do czynienia z kobietami nerwowemi.

Częstokroć, w pierwszych dniach, chorzy oddają mocz nieco ciemnawy; głębszych jednak zaburzeń autor nigdy nie spostrzegał. Po usunięciu piegów, łatwo jest utrzymać skórę w dobrym stanie przez zastosowanie zwykłych obmywań (z sublimatu, naftolu i t. d.).

Do powyższego opisu autor załączył odpowiedni rysunek w postaci maski, przedstawiający oddzielony wraz z opatrunkiem naskórek.

*J. Wojciechowski.*

## 82. PASCHKIS. **Tatuowanie jako środek terapeutyczny.**

*(Wiener medic. Wochen., 1892 r.)*

Autor używa mieszaniny farb, którą otrzymuje przez rozcieranie ochry czerwonej, żółtej i brunatnej z białą. Tę ostatnią przekłada nad siarczan baryty, który jest nierozpuszczalny, a węglan ołowiu stanowczo wyklucza. Niepodobna oznaczyć stosunku tej mieszaniny; musi się ona zmieniać stosownie do odcieni, jakie chcemy otrzymać.

Wogóle rozciera się kolor żółty z białym, dodaje się cokolwiek czerwonego a jeszcze mniej brunatnego, czasem można domieszać odrobinę cynobru, czerwonego tlenku żelaza, glinki zielonej, niekiedy dodaje się także farby lazuruwej. Farby rozcierają się na szklanej tafli, z dodaniem kilku kropli wody.

Paschkis wykonywa tatuowanie za pomocą 3 do 8 cienkich igieł, obsadzonych na trzoneczku kościanym. Obmywszy skórę mydłem i sublimatem, część, która ma być tatuowana, pokrywa się gęstą pastą, przygotowaną ze zmieszania odpowiednich farb i wreszcie igły, wymyte poprzednio w czystym wysokoku, wkłówa się w skórę prostopadle na głębokość 1—2 mm. Bólu przytem nie ma prawie żadnego, a krwawienie bywa bardzo nieznaczne.

Pastę pozostawia się do zaschnięcia, następnie zbywającą

jej warstwę usuwa się przez zmywanie. Po upływie tygodnia wszelkie objawy zapalne znikają; miejsca tatuowane zabarwiają się jednakowo.

Autor stosował ten sposób tatuowania w dużych bliznach ospowych i znamionach rodzinnych. Według Paschkisa ten sposób tatuowania jest wskazany nie tylko w przytoczonych przypadkach, lecz także w powierzchownych bliznach, pozbawionych barwnika.

*J. Wojciechowski.*

83. ARNOZAU. **Umiejscowienie wydzielin tłustych normalnych na powierzchni skóry.** (De la repartition des sécrétions grasses normales à la surface de la peau). (*Annales de dermat. et de syph., nr. 1, 1892*).

Celem pracy autora było oznaczenie tych okolic skóry, na których w stanie normalnym wydzielają się tłuszcze.

Sposób wykazania tłuszczu, zastosowany przez autora, polega na zużytkowaniu własności rotacyjnych kamfory. Małe kawałeczki kamfory, wrzucone do wody, przyjmują gwałtowne wibracyjne ruchy, które zatrzymują się natychmiast na miejscu włożonej do wody igły, przedtem potartej o włosy. Wskazuje to, że ruchy kamfory zostały wstrzymane przez tłuszcz, jak gdyby siłą czarodziejską.

Ażeby otrzymać powyższe zjawisko, tak woda jak i naczynie powinny być czyste, zupełnie wolne od tłuszczu.

Do wyczajnej szklanki, napełnionej wody, autor wsypywał nieco sproszkowanej kamfory, następnie dotykał się jej powierzchni pałeczką, przedtem potartą o badane miejsce skóry.

Doświadczenia wykazały, że rozmaite okolice skóry są niejednakowo powleczone prawidłową wydzieliną tłuszczu.

Cała twarz i skóra pokryta włosami, okolica tylna szyi, grzbiet, okolica mostkowa, łopatki i spojenia łonowego, są stale pokryte warstwą oleistą, widoczną lub nie, lecz zawsze dającą się wykazać za pomocą powyższego sposobu. Powłoka tłuszczu nie jednakowo jest obfita na wymienionych miejscach. Na nosie i jego skrzydłach, brodzie i uchu jest zawsze względnie większą. Czoło, policzki, grzbiet i spojenie łonowe, zajmują drugie miejsce; jeszcze mniej znajduje się tłuszczu na okolicy tylnej szyi, mostkowej i łopatkowej. Okolica podgnykowa i boki szyi są bardzo ubogie w wydzielinę tłuszczową.

Okolice skóry niewymienione są pozbawione widocznej wydzieliny tłuszczowej. Tu należą: okolica podpepkowa, powierzchnie boczne tułowia, pośladki i kończyny.

Przy badaniu skóry pięści ręki, autor nie otrzymał nigdy odczynu na tłuszcz. Okolica pachowa dawała wyniki niejednakowe.

We wszystkich przypadkach, gdzie wykryć można było tłuszcz, nie znajdowano potu; naodwrot, okolice pachowe wilgotne, były pozbawione tłuszczu.

Autor nie znalazł wielkiej różnicy, odnośnie do płci osób dojrzałych, różnica jednak była znaczna u dzieci i u starców. U 9-miesięcznego dziecka autor wykrył nieobecność powłoki oleistej nawet na skórze pokrytej włosami. Do ilu lat trwa powyższy brak wydzieliny tłuszczowej u dzieci, nie można było oznaczyć ściśle. Autor zauważył postępowanie tłuszczu znacznie wcześniej przed dojrzałością płciową i w 6, 8, a nawet dopiero w 10 roku substancja tłuszczowa występowała około nosa, brody, na policzkach i skórze pokrytej włosami; niekiedy jednak dzieje się to znacznie później. W miarę rozwijającej się starości, wydzielanie tłuszczu stopniowo się zmniejsza; okolice, które w wieku dojrzałym były stale pokryte warstwą tłuszczu, wysychają.

Odkładanie się zatem tłuszczu na skórze jest nierówne i zależy od wieku, jak również od rozmaitych okoliczności. Nie ma go u dzieci, rozwija się przed dojrzałością płciową stale; uwytłania się w wieku dojrzałym, nakoniec zmniejsza się i znika stopniowo u starców.

J. Wojciechowski.

84. COLOS. **Leczenie miejscowe róży rozpylonym sublimatem.** (*An. de dermat. et de syph. nr. 9 i 10, 1892 r.*)

Sposób leczenia autora polega na rozpylaniu roztworu wodnego sublimatu 1:1000 z dodatkiem kwasu winnego, za pomocą pulweryzatora Sister'a. Rozpylaczem ustawionym w odległości 30 centymetrów od chorego, działa się na miejsca porażone różą i pas graniczący w ciągu 30 minut i powtarza się 2—6 razy dziennie, stosownie do natężenia cierpienia.

Od działania drażniącego sublimatu na oczy, zabezpiecza się chorego prostym zamknięciem powiek lub opaską z waty hygroskopijnej. Obcinać włosów nie ma żadnej potrzeby.

Leczenie 34 przypadków róży podanym sposobem skracало znacznie trwanie choroby i zakończyło się zupełnym wyzdrowieniem chorych.

J. Wojciechowski.

85. SABOURAUD. **Poszukiwania nad naturą pasorzytniczą słońowacizny.** (*Recherches sur la parasitologie de l'éléphantiasis nostras*). (*Ann. de dermat. et de syph., nr. 5, 1892 r.*)

Pod względem bliznowatym *elephantiasis nostras* różni się od podzwrotnikowej tylko stopniem mniejszym złośliwości. Choroba ta zasługuje na uwagę dzięki przebiegowi, występującemu nasileniami w większych lub mniejszych przerwach. Każde nasilenie, po dawnemu — napad słońowacizny, jestto typowe zapalenie naczyń chłonnych, miejscowe, któremu towarzyszą ogólne objawy choroby: dreszcze, wysoka ciepłota ciała i t. p.

W pięciu spostrzeżeniach autora, badania bakterjologiczne mogły być dokonane podczas samych napadów gorączki, t. j. nasileń sprawy. Hodowle dawały bez wyjątku streptokokki. W przerwach więc pomiędzy nasileniami, hodowle, robione z surowicy krwi dawały wyniki ujemne.

Z badań tych wynika, że przynajmniej w większości przypadków elephantiasis nostras jest tylko zapaleniem przewłokiem naczyń chłonnych, wywołanem często powtarzającą się różą.

*J. Wojciechowski.*

86. Dr. M. L. JULLIEN. **Studyja nad miękkim szankrem.**

*(Journ. des malad. cut. et syphilit., nr. 2, 1892 r.)*

Autor powtarzał doświadczenia Ducrey'a i Kretling'a nad przemienialnością i otrzymywaniem swoistego grzybka miękkich szankrów, na dwóch chorych. Przypadek pierwszy dotyczył młodej dziewczyny z szankrem sromu; szczepienie ropy szankrowej na skórze chorej, starannie przedtem odkażonej, dawały tylko jedną generację szankrów; ropa ze sztucznie wytworzonego szankra nie była przeszczepialną. Drugi chory mężczyzna z obszernym szankrem na napletku—ropa z szankra, przeszczepiana kolejno ze świeżo wytworzonych szankrów, rozwijała się tylko do trzeciej generacyi. Doświadczenia podobne przedsiębrane były przedtem przez prof. Strauss'a i dawały podobne rezultaty. Tak więc wyniki doświadczeń Jullien'a, wręcz są przeciwne wynikom doświadczeń Ducrey'a i Kretling'a, którzy otrzymywali 10—15 generacyj, i jakoby w ostatnich generacyjach szankrów otrzymać mieli czyste hodowle swoistych grzybków. Jullien, badając ropę szankrową z macierzystego owrzodzenia, wykrywał, podobnie jak i inni autorowie, całe masy różnorodnych grzybków—ropa zaś ze sztucznie otrzymanego szankra szczepieniem, miała być jakoby bez mikrobów, a pomimo to dawała jeszcze jedno dodatnie szczepienie. Tak więc, według autora, mikroby dotychczas znane i znajdujące się w wielkiej ilości w miękkim szankrze, nie mogą być uważane za jego przyczynę, choć, według zdania autora, napewno egzystują, używane jednak dotychczas sposoby barwienia nie są dostateczne, aby go wykryć.

*W. Kopytowski.*

87. JADASOHN. **Leczenie trypra ichtyjolem.** (Z kliniki prof. Neissera we Wrocławiu). *(Deutsche Medicinische Wochenschrift 1892 r. Medic. Neuigkeiten für praktische Aerzte, nr. 40, 1892 r.)*

Odkrycie swoistego grzybka w tryprze przez Neisser'a wskazuje na racjonalne leczenie, polegające na bezzwłocznem niszczeniu pasorzyta, mieszczonego się na powierzchni i w powierzchniowych warstwach błony śluzowej cewki, przy możliwym oszczędzaniu błony śluzowej, lekami. Dotychczas najlepiej odpowiadały temu celowi roztwory lapisu w stężeniu 1:2000—4000, lub wodne roztwory pastylek Rotter'a. Pierwszy Kouter zastosował ichtyjol w czterech przypadkach trypra z pomyślnym skutkiem; lek ten w chorobach kobiet znalazł szerokie zastosowanie, bez uwzględnienia jednak jego przeciwtrypowego działania. Ostatniemi dopiero czasy Jadasohn w klinice prof. Neisser'a we Wrocławiu przedsięwziął badanie

nad ichtyjolem w tym kierunku, zaznaczając, że każdy przypadek trypra był poddany bakteryjologicznemu badaniu.

Przy tryprze części przedniej cewki stosowane były wodne roztwory 1—5<sup>0</sup>/<sub>0</sub> ichtyjolu przy tryprze części tylnej, również jak i u kobiet 1—10<sup>0</sup>/<sub>0</sub> roztwory. Przy tryprze szyjki macicy 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub> roztwory z dodatkiem gliceryny. Razem ichtyjol był stosowanym w 69 przypadkach trypra mężczyzn i w 37 kobiet, jednakże lek ten był użytym tylko w 20 przypadkach trypra do zupełnego wyleczenia chorych, a za takie Jadasohn uważa przypadki, w których po 10-dniowym codziennym badaniu drobnowidzowem wydzieliny tryprowej nie można było wykryć gonokokków.

Doświadczenia swoje autor streszcza w następujący sposób:

1) Ichthyjol w 1—5<sup>0</sup>/<sub>0</sub> wodnym roztworze bywa dobrze znoszony przez przedni odcinek cewki mężczyzn, a w 1—10<sup>0</sup>/<sub>0</sub> przez część jej tylną, cewkę kobiet i szyjkę macicy. W przebiegu kuracyi autor dochodził nawet do 7<sup>1</sup>/<sub>2</sub><sup>0</sup>/<sub>0</sub> roztworów ichtyjolu w przednim odcinku cewki, do 20<sup>0</sup>/<sub>0</sub> w tylnym odcinku i dla cewki kobiet, bez wywołania silnego bólu. Roztwory stosowane u kobiet zawierały 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub> gliceryny. Jednoprocentowe roztwory ichtyjolu w przednim odcinku cewki u mężczyzn wywołują nieznaczne palenie, do którego jednak chorzy przywykają łatwo, tak, że stosowanie silniejszych roztworów jest po upływie bardzo krótkiego czasu możliwem; tylny odcinek cewki mężczyzn, również jak i cewka kobiet są mniej czułe, użycie więc odrazu bardziej stężonych roztworów ichtyjolu jest wskazanem.

2) 1<sup>0</sup>/<sub>0</sub> roztwory ichtyjolu mają silne przeciwtryprowe działanie; cyfry, przytoczone przez autora, wskazują, że gonokokki szybko giną w wydzielinie cewki, prędzej niż przy użyciu rezorcyny, sublimatu, nadmanganianu potasu. Lek ten jednak nie jest specyficznym, i w niektórych przypadkach zawodzi.

3) W większości przypadków po zniesieniu wydzieliny szprycowaniami i ich zaprzestaniu wyciek na nowo się nie pokazuje, t. j. następuje zupełne wyzdrowienie; w mniejszości jednak przypadków następują nawroty trypra.

4) Ichthyjol posiada własność przemieniania ropnej wydzieliny trypra w surowiczą; wydzielina ta pod mikroskopem przedstawia wielką ilość nabłonka cewki; wydzielenie więc gonokokków z błony śluzowej łatwo się uskutecznia.

5) Lek jest tani; w 1<sup>0</sup>/<sub>0</sub> roztworach ma być według autora prawie bez zapachu; plamy na bieliznie przy praniu łatwo puszczają.

Autor dalekim jest od tego, aby uważać ichtyjol za środek swoisty przy tryprze, sądzi jednak, że można go porównać tylko z lapiem; ma mieć jakoby tę wyższość, że i w ostrym stadyjum trypra można go użyć bez bólu, jak ró-

wnieź, że koncentracja leku może być dużo silniejszą jak lapisu. Szczególnie pomyślnie miały przebiegać przypadki tryprów, leczone naprzemian to roztworami lapisu, to ichthyjolu. Jednakże przy całkowitem zmętnieniu moczu autor od użycia lapisu widział lepsze skutki.

Ogólny wniosek z pracy autora: ichthyjol zasługuje na pierwszeństwo przy leczeniu trypra przed wszystkimi innymi środkami dotychczas będącymi w użyciu, bez względu na swoją lokalizację.

Wł. Kopytowski.

88. J. JANET. **Leczenie zaraźliwego okresu rzerzączki.**

(*La Semaine Médicale*, nr. 3, 1893 r.),

Usunięcie swoiste zarazka jest najważniejszym zadaniem przy leczeniu rzerzączki bądź ostrej, bądź przewlekłej. Wykrycie ziarniniaka Neisser'a w świeżych przypadkach jest bardzo łatwe, w przypadkach jednak przewlekłych, gdzie wydzielina jest nieznaczna lub gdzie mamy do czynienia z zakażeniem mieszanem, należy w pierwszym razie wywołać sztuczne podrażnienie przemyciem przedniej części cewki roztworem 0,5<sup>0</sup>/<sub>00</sub> lapisu, w drugim zaś razie aby usunąć nieswoiste drobnoustroje, należy ją przemyć roztworem 0,05<sup>0</sup>/<sub>00</sub> sublimatu. Stwierdziwszy obecność zarazka, przystępujemy do leczenia. Zdaniem autora, swoistym lekiem w tym kierunku zdaje się być nadmanganian potasu. Wywołując odczyn swoisty na błonie śluzowej cewki moczowej, zmienia glebę odżywczą i robi ją zupełnie nieprzydatną dla dalszego rozwoju zarazka. Środek ten nie jest przynajmniej nowością przy leczeniu trypra, nowym jest tylko sposób jego zastosowania.

Autor robi przemywanie, jużto przedniej, jużto całej cewki dużemi ilościami płynu (0,5—1 litra) za pomocą szklanego irygatora, zaopatrzonego w długą 2-metrową rurkę gumową, zakończoną szklaną kanką. Przy pomocy bloka, do którego jest przymocowany irygator, można dowolnie go opuszczać lub podnosić, a temsamem zmniejszać lub zwiększać ciśnienie. Dla przedniej cewki wystarcza ciśnienie 50 ctm., a dla całej cewki 1—1,5 metra. Sposób ten czyni zupełnie zbytecznym, jak utrzymuje autor, użycie kateteru. Tego rodzaju leczenie można stosować i w ostrym okresie rzerzączki, jeśli objawy zapalne nie są zbyt silne, i wtedy wyżej wspomniane przemywanie należy stosować dwa razy dziennie (leczenie poronne), a przy ostrym zaś i w przewlekłym okresie trypra wystarczy przemywanie raz dziennie. Roztworów używa autor 1:4000 do 1:5000. W ostrym tryprze słabe, w przewlekłym silniejsze. Ilość potrzebnych do usunięcia zarazka przemywań zależną jest od okresu trypra: w okresie ostrym, przy którym ilość zarazka jest duża, więcej ich trzeba niż w przewlekłym tryprze. Poronne leczenie wymaga 12 i więcej przemywań, podczas kiedy cewka z przewlekłym tryprem zupełnie zostaje odkażoną już po 4—5 przemyciach. Jeżeli po zastosowaniu

pewnej liczby przemywań badanie drobnowidzowe nie wykazuje obecności swoistego zarazka, należy przeczekać kilka dni i znów powtórzyć badanie. Jeśli drobnowidz da wynik dodatni—powtórzyć należy przemycie 1—2 razy, jeśli zaś da wynik ujemny—przeczekać jeszcze kilka dni i zrobić próbę z lapisem. Jednym słowem trzeba około 3 tygodni czasu, aby być pewnym, że cewka moczowa jest całkowicie odkażoną i wtedy dopiero należy przystąpić do leczenia zmian, wywołanych przez ziarniniaki Neisser'a. Przeciwnem na pierwszy rzut oka wydaje się postępowanie autora: przemywanie, badanie drobnowidzowe etc., kto jednak ma ciągle do czynienia z chorymi na trypra, ten wie dobrze jak często w okresie zdrowienia przy moczu zupełnie przezroczystym, przy kilku zaledwie kłaczkach, zdarzają się różne powikłania, które niczem innym w pewnych razach objaśnić nie można, jak samozarażeniem.

Edmund Kurella.

89. His. **Choroby serca przy tryprze.** (*Berliner klinische Wochenschrift Medicin. Neuigkeiten für praktische Aerzte, nr. 41, 1892 r.*).

Rzadki przypadek cierpienia serca wskutek trypra był obserwowany w oddziale klinicznym prof. Curschmann'a w Lipsku. Młody, dobrze zbudowany 19-letni mężczyzna zaraził się tryprem w połowie Lutego; wyciek po trzech tygodniach ustał zupełnie; chory uważał się za zdrowego. Nagle 23 Marca u tego człowieka nastąpiło krótkie omdlenie; 26 tegoż miesiąca nastąpiły dreszcze, i jednocześnie pokazała się na nowo z kanału moczowego wydzielina, 29 Marca pokazały się różowe plamy w znacznej ilości na całym ciele, które z początku przyjęto za różyczkę przymiotu. Chory 4 Kwietnia przeniesiony został do kliniki; skóra wtedy na całym ciele pokryta była plamami, z których część zawierała wylewy krwawe; plamy te widzieć można było i na błonie śluzowej jamy ustnej i gardzieli; chory uskarżał się na trudne polykanie i bóle szyi. Serce rozszerzone w wymiarze poprzecznym, szmery skurczowe, umiejscowione przeważnie nad aortą. Organa płciowe w normalnym stanie. Ciepłota wahała się między 38,6—40,7 (febris continua remittens). Podczas pobytu chorego w klinice stan się wciąż pogarszał, wystąpiły: senność, osłabienie słuchu, polyuria (ilość moczu dochodziła do 6,800 na dobę). Śmierć przy ogólnym upadku sił w stanie bezprzytomnym nastąpiła 24 Kwietnia.

Na sekcji znaleziono: liczne wylewy krwawe na błonach surowicznych; zapalenie wrzodziejące wsierdzia na zastawkach aorty; rozpadający się zakrzep w wierzchołku serca. W plexus pubicus liczne stare zakrzepy żyłne; drobne krwiste wylewy w jądrach. Punktem wyjścia tej ciężkiej infekcyi, podczas łagodnego trypra, były oczywiście zakrzepy w żyłach gruczołu krokowego i plexus pubicus; za życia zmiany te przeszły nie-

postrzeżenie. Powiększona ilość moczu i głuchota za życia wskazywały na zmiany w ośrodkach nerwowych; i rzeczywiście, w mózdzku i medula oblongata znaleziono przy sekcji ognisko z licznymi wylewami krwawymi.

Wogóle choroby serca przy tryprze nie są rzadkością. Podobny przypadek do opisanego autor znalazł przytoczonym w archiwie lipskiej kliniki; takiż przypadek ogłosił i Leyden. Okazuje się, że najczęściej cierpi przy endocarditis ulcerosa gonorrhoeica ostium aorta. Przy wadach serca tryper często sprowadza znaczne pogorszenie, powodując, oprócz form złośliwych, jak to wskazuje przytoczony przez autora przypadek, i formy lekkie. Bakteryjologiczne badania przy obudwóch formach dotychczas nie były przeprowadzone ściśle.

Wl. Kopytowski.

90. RAMBAND. **Leczenie przymiotu jodkiem rtęci i jodkiem potasu** (in statu nascendi). (*La Semaine Médicale*, nr. 16, 1892 r.).

Syrop Gibert'a (połączenie jodnika rtęci z jodkiem potasu, z dodaniem równych części wody i syropu), preparat powszechnie, zwłaszcza we Francyi, używany działa zbyt słabo, a słabe to działanie, zdaniem autora, pochodzi ztąd, że wskutek bliżej jeszcze nie poznanych przemian chemicznych wytwarza się po pewnym czasie trudno przez ustrój przyjmowane połączenie. Jodnik, inaczej dwujodek rtęci otrzymuje się mieszając równoważne ilości roztworów jodku potasu i sublimatu, przy czem otrzymuje się czerwonego koloru proszek, łatwo rozpuszalny w nadmiarze jodku potasu, z którym tworzy nowe połączenie — dwu + jodek rtęci i jodek potasu. Otóż, przepisujemy choremu w jednej fiaszce płyn van Swieten'a, t. j. spirytusowy 1<sup>0</sup>/<sub>0</sub> roztwór sublimatu, a w drugiej 5<sup>0</sup>/<sub>0</sub> roztwór jodku potasu. Jeżeli idzie nam tylko o leczenie rtęciowe, polecamy choremu wlać do szklanki przepisaną ilość płynu van Swieten'a a następnie dodawać po trochu roztworu jodku potasu dopóty, dopóki się nie rozpuści wytwarzany tą drogą dwujodek rtęci. Jeżeli zaś mamy na celu leczenie mieszane, to chory łączy przepisane ilości roztworów sublimatu i jodku potasu i z dodatkiem mleka wypija. Wiadomą jest rzeczą, że ciała chemiczne in statu nascendi wywiera silniejszy skutek leczniczy, a że w danym przypadku uboczne objawy również są nieznaczące, gorąco przeto autor poleca swoją modyfikację.

Edmund Kurella.

91. Dr. E. WELANDER (Stockholm). **Badania nad wchłanianiem i wydzielaniem rtęci w moczu, przy różnie dokonywanych wcieraniach.** (*Archiv für Dermatologie und Syphilis. Zeszyt 1 i 2, 1893 r.*).

Prawie wszyscy syfilidolodzy zgadzają się jednomyślnie na to, że wcieranie szaruchy stanowią najenergiczniejszy sposób usuwania objawów przymiotu, chociaż wcierania te



w rozmaitych miejscowościach skuteczniają się rozmaicie—skutek zawsze jest pomyślnym. Autor na zasadzie swych bardzo licznych badań nad wcieraniami, dokonywanymi rozmaicie i przy różnych warunkach i na zasadzie ilości wydzielanej rtęci w moczu, starał się określić, w jakich warunkach, przy wcieraniach, najwięcej się wchłania, względnie wydziela rtęci w moczu. Dla określenia ilości wydzielanej rtęci w moczu użyta była metoda Almén'a, zmodyfikowana przez Schillberga; według tej metody sędzimy o ilości rtęci, zawartej w moczu, po ilości i wielkości kulek merkuryjuszu, znajdujących się w moczu.

Przy doświadczeniach tych stosowaną była zawsze maść w stosunku 1:2 rtęci do tłuszczu lub lanoliny, mydła; maść z taką zawartością rtęci autor uważa za najodpowiedniejszą, i nadmieniam, jakoby wogóle maść na lanolinie najlepiej się absorbowała, chociaż rezultaty przy użyciu maści na tłuszczu lub mydle były również pomyślne. Frykcyje dokonywane były to gołą ręką, to przez rękawiczkę, to pelotem, bez różnicy w działaniu.

Jak wiadomo, przy leczeniu wcieraniami, kąpiele mają bardzo szerokie zastosowanie; autor badając mocz chorych, po dokonanej kuracji, bądź to w Aachen, bądź to w Wisbaden, znajdował także ilości rtęci, jak i przy zwykłych kąpielach ciepłych, jeżeli tylko chorzy nie pobierali niezwykle wielkiej ilości wcierań; to samo sędzi o kąpielach słonych, parowych, szlamowych, morskich, siarczanych i t. d. Nie ma również znaczenia, czy wcieranie robi się natychmiast po kąpieli, czy w parę godzin później.

Na wchłanianie i wydzielanie rtęci ma ważne znaczenie: skład maści, ilość wcieranej na raz szaruchy, ogólna ilość wcierań i, co najgłówniejsza, sposób ich wykonywania.

Jeżeli stosować wcieranie według metody Siegmun'da, to ilość używanej na raz maści nie powinna przenosić 3—4 grammów, a i w tym przypadku po półgodzinnym wcieraniu znaczna część maści pozostaje na skórze. W jednym naprzykład przypadku autor polecił dla próby wetrzeć choremu 10 grm. szaruchy w obie ręce, t. j. po 5 grm. w rękę; wcieranie robił człowiek zajmujący się tem specjalnie; po pół godzinem wcieraniu zebrał lekko W. z ręki chorego 2,55 grm., z ręki zaś wcierającego 0,27 grm. (nie można wnosić z tego, że reszta została wtarta!).

Jeżeli natychmiast po wcieraniu pozostała ilość maści zmyć w kąpieli, to w moczu chorej osoby, której robiono frykcyję, można znaleźć dużo więcej rtęci, aniżeli w moczu osoby, która robiła wcieranie gołą ręką, lub też osoby, która była około chorego i podczas wcierania miała twarz zwróconą ku niemu. Jednakże wiadomo jest już od dawna, że para rtęci, powstająca przy wcieraniu, może wywołać stomati-

tis mercurialis u osób, które nigdy nie używały rtęci, a znajdowały się przez czas dłuższy w pokoju, gdzie chorym robiło frykcyje. U ludzi, zajmujących się wcieraniem, zawsze można wykryć rtęć w moczu.

Jeżeli choremu pod prześcieradło położyć kawałek papieru woskowego, nasmarowanego szaruchą w taki sposób, że się nie będzie wcale stykać z ciałem, to po kilku dniach zawsze w jego moczu wykryć można kuleczki rtęci.

Autor przeszło u pięciuset chorych na syfilis, zamiast wcierań polecał robić pocierania szaruchą, stosując na raz od 20—25 pocierań (Anstreichungen), a badając następnie mocz tych chorych, zawsze znajdował w nim dużo rtęci. Aby zabezpieczyć się od zarzutu, że przy ruchach chorzy bielizną wcierali sobie maść mimowolnie, polecał smarować szaruchę na gutaperce lub woskowym papierze i przykładać papier na ciało stroną wolną od maści; po kilku takich stosowaniach maści znajdował zawsze dużo rtęci w moczu.

Doświadczenie to najwymowniej dowodzi, że wcieranie może mieć tylko podrzędne znaczenie przy wchłanianiu rtęci; daleko ważniejszą rolę odgrywa wchłanianie rtęci przez oddychanie. Aby wchłanianie to mogło mieć miejsce, ciepłota otaczającej atmosfery chorego powinna być dość podniesioną, nie o tyle jednak, aby nastąpiły poty; w tym celu najodpowiedniej jest, aby chory po frykcyi pozostał w łóżku kilkanaście godzin.

Ilość użytej maści w większych dawkach do pocierania nie ma ważnego znaczenia; autor bowiem widział jednakowe skutki po użyciu 6—10 grm. szaruchy. Doświadczenia z maścią szarą, poleconą przez Zimssen'a, a składającą się z 2 części rtęci i 1 tłuszczu, okazały, że łatwo się też i bardzo szybko absorbuje. Po pocieraniu szaruchą rtęć łatwo wykryć u chorego w moczu, we krwi, w wypróżnieniach, ropie, doświadczenia porównawcze, przeprowadzone przez autora przy pocieraniach i wcieraniach szaruchą na jednym i tymże samym chorym wykazały, że sądząc po ilości metalicznej rtęci w moczu, daleko się więcej absorbuje rtęci przy pocieraniach jak przy wcieraniach, i ażeby otrzymać możliwie dobre wyniki przy leczeniu, nie należy nigdy pozostałej maści po pocieraniu (względnie wcieraniu) zaraz zmywać, lecz przeciwnie, w ciągu dłuższego czasu na ciele pozostawić.

Wl. Kopytowski.

92. 1) PAULI. **Przypadek powtórnego zarażenia się przymiotem.** (Un cas de réinfection syphilitique (*An. de dermat. et de syph.*, nr. 6, 1892 r.) — 2) POSPELOW. **Przypadek powtórnego zarażenia się przymiotem.** (*An. nr. 2, 1892*).

Większość badaczy dopuszcza możliwość reinfekcyi syfilitycznej, lecz należy dowieść, że rzeczywiście istnieje i wykazać jak często może się zjawiać.

Pauli opisuje bardzo szczegółowo spostrzeżenie, stwierdzające stanowczo możność powtórnej infekcyi.

Chory 15 lat temu, miał jedno owrzodzenie przymiotowe na prąciu w okolicy wędzidełka i drugie na wardze dolnej. W czasie tym, jak również i później, cierpieniu towarzyszyły zwykle zmiany innych narządów, odpowiednio do okresu choroby. Pod wpływem odpowiedniego leczenia, nawroty cierpienia występowały coraz rzadziej, a przez ostatnie lat 8 nie było najmniejszych przypadłości syfilitycznych.

Powtórne zarażenie się przymiotem miało miejsce po upływie wspomnianego czasu w r. 1891. Owrzodzenia przymiotowe tym razem istniały na policzku lewym i w okolicy kąta szczęki lewej. Po upływie dwóch miesięcy, wystąpiły wszystkie charakterystyczne objawy wtórne.

Spostrzeżenie Pospelowa dotyczy chorego, który w r. 1882 zaraził się pierwszy raz przymiotem. Cierpienie to w swej postaci pierwotnej i wtórnej było stwierdzone przez kilku lekarzy warszawskich i prof. Tarnowskiego.

W roku 1886 chory uważając się za zupełnie wyleczonego ożenił się, a w 9 miesięcy później urodziło mu się dziecko zupełnie zdrowe.

W roku 1890 nastąpiło powtórne zarażenie się przymiotem. Charakterystyczne objawy wtórne i pierwotne były spostrzegane przez autora i d-ra Elzenberga.

W kilka miesięcy później u żony chorego autor znalazł: obrzmienie i bliznę sklerotyczną na wardze lewej, płaskie łepięże na powierzchniach wewnętrznych warg mniejszych, powiększenie gruczołów chłonnych i różyczkę na bokach tułowia i kończynach górnych.

*J. Wojciechowski.*

## WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

93. **Stan gorączkowy u istot jednokomórkowych.** Max Herz na zasadzie swych doświadczeń przyszedł do przekonania, że drobnoustroje chorobotwórcze mogą wywołać cierpienie, połączone z gorączką, nawet u istot jednokomórkowych. Doświadczenia te były przeprowadzone w sposób następujący: wzięwszy za miarę czynności komórek drożdżowych ilość kwasu węglanego, wydzielonego w ciągu pewnego określonego czasu przy normalnych warunkach fermentacyi, autor dodawał do płynu fermentującego odrobinę drobnoustrojów chorobotwórczych (sztucz. hodowl.), przy czem zauważył, że ilość kwasu zaczynała się zwiększać, a ciepłota płynu podnosić się i to dosyć znacznie, czyli innemi słowy — komórki drożdżowe zaczynały żyć w przyspieszonym tempie: gorączkowo. Herz stosował również leczenie swoiste, dodając do badanego płynu antipyrinę, mentol i t. p. Pierwsza nie pomogła wcale,

drugi w najmniejszych nawet ilościach doprowadzał nasilenie fermentacji do granic normalnych. *Fr. G—yc.*

94. Miura opisał przypadek pierwotnego olbrzymiomórkowego **mięśnaka aortae thoracicae** descendens z przerzutami do nerek, nadnercza i gruczołów krezkowych. Jest to dopiero drugi przypadek w literaturze. Pierwszy opisał kilkanaście lat temu prof. Brodowski. *W. J.*

95. W pewnym przypadku **zapalenia ropnego dróg żółciowych** znalazł Bastianelli czystą hodowlę *bac coli communis*. Podobny przypadek opisał niedawno i Girode. *W. J.*

96. Dr. Guinochet sądzi, że **toksyny laseczników błonicy nie rozwijają się z białka, zawartego w podłożu**, na którym pasorzyty te są zaszczipione, gdyż otrzymywał tak samo działające trujące ciała, szczepiąc lasecznik błonicy na moczu bezbiałkowym. Sądzi on, że omawiany pasorzyt wydziela sam jakieś ciało trujące natury białkowej, chociaż wykryć go nie byli w stanie. *W. J.*

97. Boinet i Trintiquau opisują dobre wyniki **leczenia zimnicy błękitem metylowym**, podawanym po 0,5 grm. na dobę. Nawet ciężkie, zastarzałe, nie ustępujące chininie postaci ustępują przy tem leczeniu, jeżeli dawać po 1—2 a nawet 3 grm. metylenblau na dobę przez 20 dni z rzędu. Żadnych objawów zatrucia autorowie przytem nie widywali. Ten sam środek, stosowany wewnątrz i w zastrzykiwaniach, działał skutecznie przy rzerzączce. *W. J.*

98. Przypadek **porażenia połowicznego po otruciu tlenkiem węgla** opisuje Kruszew, zaznaczając, że zdarza się ono, według literackich poszukiwań Popow'a, w połowie przypadków tego zatrucia. U chorej K. wystąpiła, oprócz porażenia, jeszcze afazyja. Wszystko to po kilku dniach zaczęło się poprawiać i ustępować. (Wracze). *W. J.*

99. Rozenberg z Moskwy opisuje **trzeoi w literaturze przypadek zupełnego złuszczenia się nabłonka z przełyku**. Miało to miejsce u 20-letniego dobrze zbudowanego młodzieńca, który pewnego dnia po dwuletnim cierpieniu na niestrawność wykrztusił błonę 18 cm. długą i 2,5 cm. po spadnięciu szeroką. Grubość ścianki tej błony wynosiła w części górnej 1 mm., w dolnej zaś — 3 mm. Składała się ona w różnych warstwach z nabłonka zrogowaciałego i zwyczajnego, siatki włóknika i leukocytów, a w części najgłębszej z dobrze barwiących się dużych komórek nabłonkowych, leżących również w siatce włóknika. Ponieważ włóknika i białych ciałek krwi było w części najgłębszej przełyku najwięcej, sądzi więc autor, że nastąpiło oddzielenie, odpreparowanie (*dissectio*) nabłonka przełyku od innych jego części za pomocą tych właśnie produktów zapalnych. Nie zgadza się więc dla swego przypadku na nazwę, jaką nadali swoim pierwszym przypadkom Birch-Hirschfeld (*oesophagitis pseudocrouposa*) i Reichman (*oesophagitis exfoliativa*), lecz opisuje go pod tytułem *oesophagitis dissecans superficialis*. (C. f. allg. P. u. p. An.). *W. J.*

100. Hilbert opisuje przypadek **wrodzonego braku obydwu oczów**, w którym z pod powiek wyływała ropa. Z jednego oka

nie pozostało nawet śladu, z drugiego (lewego)—tylko kulka, mająca około 2 mm. w średnicy. Trudno pojąć, w jaki sposób powstało za życia zarodkowego ropienie, które doprowadziło do takiego zniszczenia oczów. W. J.

101. Gyon przerobił doświadczenia nad **suszeniem przecinków cholery**. Przekonał się przytem, że suszenie ich w eksikatorze nie pozbawia ich życia nawet po 120 dniach, gdy, przeciwnie suszone na powietrzu, umierają bezpowrotnie po 3 dniach. Tłómaczy to w sposób następujący: Ponieważ przy suszeniu na powietrzu nigdy do absolutnej suchości hodowli nie dochodzi, odbywa się więc w ten sposób niezupełne pozbawienie pasorzytów, ich gruntu odżywczego, jakim, bądź co bądź, jest dla nich każde wilgotne podłoże; spraw zaś zabicia ich dopełnia w tych warunkach znajdujący się w powietrzu tlen a może i inne gazy ( $\text{CO}_2$ ), które, korzystając nawet z resztek wilgoci podłoża, działają na przecinki utleniająco. Gdy zaś w eksikatorze resztki nawet wody z podłoża usunąć, tlen nie może już wyrzucić swego działania na pasorzyty, gdyż utlenienie zupełnie na sucho odbywać się nie może. W. J.

102. Martha znalazł w 2 przypadkach **zapalenia ucha średniego** w ropie bacil. pyocyananei w czystej hodowli, sądzi, że można pasorzyt ten uważać za sprawcę zapalenia, chociaż szczepienia jego zwierzętom wypadły ujemnie. W. J.

103. Tassinari przytacza następujące dane o **znaczeniu palenia tytoniu**, otrzymane drogą wielu odpowiednich doświadczeń. Dym tytoniu zabija wiele gatunków bakteryj, a szczególnie łatwo przecinki cholery. Palenie więc tytoniu może być podczas epidemii cholery, jak również i tyfusu, bardzo pożytecznem. Sądzi, że wogóle powinno ono grać poważną rolę w higienie ust, jako środek zapobiegawczy przeciwko cierpieniom natury pasorzytycznej. W. J.

104. **Oxychinaseptol albo diaphtherin nowe antisepticum**. Emmerich utrzymuje, że nowy ten preparat ze względu na swe przeciwpasorzytne właściwości, stoi na równi z najsilniejszymi antyseptykami, jak phenol, lysol etc., a nawet przewyższa niektóre z nich. Dodatnie właściwości tego preparatu polegają na tem, że jest to ciało chemicznie czyste, w wodzie nadzwyczaj łatwo się rozpuszczające i względnie nie trujące. Nie nadaje się jednak do dezynfekcyi narzędzi, ponieważ narzędzia nieniklowane czernieją po nim. Kronacher, który od roku ma ten preparat w użyciu, przekonał się o wspomnianych jego zaletach; prócz tego dodaje, że środek ten nie drażni rany i nie wywołuje w około niej przyszczy. Diaphtherina ma ze znakomitym skutkiem leczyć wrzody gołeni. Stosuje się zwykle w 1% roztworze. (Berl. klin. Woch. 22).

H. K.

105. Dr. Philippoff z Charkowa stosował w ciężkich przypadkach **ropnego zapalenia pęcherza moczowego przemycania z zawiesiny jodoformowej** z bardzo dobrym wynikiem. Autor przemycwał naprzód pęcherz roztworem kwasu mlecznego (1:400), poczem wstrzykiwał ostrożnie 20,0—10% zawiesiny jodoformowej, która około 15 minut pozostawała w pęcherzu. Do wewnątrz po-

dawano jednocześnie solol i Vichy. Przy tym sposobie leczenia nie zauważył autor żadnych objawów zatrucia. (W. M. P. 51).

H. K.

106. Prof. dr. W. Miller z Berlina poleca następujące przepisy na **wodę do płukania ust**, oraz na **proszek do zębów**.

Rp.	Acid. thymici	0,25.
	Acid. benzoici	3,00.
	Trae. Eucalypt.	15,00.
	Alcoh. absolut.	100,00.
	Ol. Gaultheriae	gtt. 25.

M. D. S. Łyżeczkę na pół szklanki wody.

Rp.	Calcar. carb. praecip.	120,0.
	Cort. Chin. fuscae	60,0.
	Conchae praep.	60,0.
	Myrrh. pulv.	35,0.
	Ol. Menth. pip.	gtt. 15.
	M. exactissime.	

(Deut. Med. Woch.).

H. K.

## KRONIKA MIESIĘCZNA.

— Towarzystwo lekarskie krakowskie, przypuszczając dość liczny udział lekarzy polskich na międzynarodowym zjeździe lekarzy w Rzymie postanowiło, po porozumieniu się z centralnym Komitetem w Rzymie, utworzyć osobny Komitet polski z siedzibą w Krakowie. W skład Komitetu weszli: prof. prof. Cybulski, Domański, Gluziński, Rydygier. Docenci: Gluziński, Ponikło, Zarewicz i dr. P. Radecki jako sekretarz. Komitet ma za zadanie informowanie przyszłych członków Zjazdu rzymskiego w zakresie naukowym kongresu, jak również i co do ułatwień materyjalnych, jakie Państwo włoskie niewątpliwie poczyni dla uczestników Zjazdu. Interesowani mogą zwracać się do przewodniczącego Komitetu prof. Cybulskiego. Kraków, Św. Anna 6.

— Kaukazkie Towarzystwo lekarskie organizuje w początku b. m. Zjazd lekarzy kaukaskich, którego celem ma być obmyślenie środków do walki z cholera. Prace Zjazdu zajmą tydzień czasu i będą ogłoszone w organie kaukaskiego Towarzystwa. Główne punkty programu rozpraw są:

1) środki zapobiegawcze i organizacyja administracyjno-lekarska, 2) lokalizacyja zarazy, 3) asenizacyja i dezynfekcyja, 4) przebieg cholery na Kaukazie w 1892 r. i używane sposoby leczenia.

— Pomiedzy 15 Maja i 1 Czerwca (st. st.) odbędzie się w Petersburgu pierwsza ruska wystawa higieniczna, urządzona przez Towarzystwo Ochrony Zdrowia, cieszące się protektoryjatem Jego Cesarskiej Wysokości Wielkiego Księcia Pawła Aleksandrowicza. Przewodniczącym oddziału szpitalnictwa jest prof. Tarnowski, od którego otrzymaliśmy właśnie zaproszenie do udziału.

tu w wystawie. Jak się dowiadujemy z Lutowego n-ru „Zdrowia” w Warszawie, założone zostało biuro filijalne wystawy w celu pośredniczenia pomiędzy biurem głównym w Petersburgu, a wystawcami Królestwa. Do reprezentacji biura powołani zostali: prof. Hygieny Warsz. uniw. Kowalkowskij i kol. Polak, organizator warszawskiej Wystawy higienicznej, którzy ze swej strony zaprosili do wspólnej pracy d-ra Przewoskiego, prezesa Tow. Lek. War., d-ra Troickiego, inspektora urzędu lekarskiego m. Warszawy, d-ra Koszłakowa, inspektora fabrycznego Okręgu Warszawskiego. P. Mościckiego, starszego inżyniera miasta i p. Bukowskiego, asesora farmacyi. Deklaracje przyjmowane będą do 27 Marca, okazy zaś począwszy od 27 Kwietnia (n. st.).

— Po przeniesieniu w r. 1891 zwłok Sammelweisa (zmarłego w Wiedniu w r. 1861), twórcy antyseptyki położowej do Budapesztu, utworzył się tu Komitet w celu godnego uczczenia wielkich zasług zmarłego.

Wszechświatowe znaczenie Sammelweisa skłoniło Komitet wykonawczy do wyboru Komitetu międzynarodowego (z Warszawy kol. Fr. Neugebauer, z Krakowa Pr. Madurowicz, wszystkich członków przeszło 100)—aby owemu zamiarowi odjąć czysto miejscowy charakter i dać jak najszerszym kołom możliwość okazania wdzięczności i uznania dla zasług czczonego męża.

Redakcja nasza otrzymała obecnie zaproszenie do zbierania składek na pomnik międzynarodowy dla S., mający stanąć w Budapeszcie, podpisane przez pp.: Kermarsky'ego (prezes), Elischer'a (skarbnik), Dirner'a (sekretarz), członków Komitetu wykonawczego. Rezultat składek będzie ogłoszony na Zjeździe międzynarodowym higieny i demografii w Budapeszcie w 1894 r.

Chętnie podejmując się tego pośrednictwa, podajemy do wiadomości Sz. kolegów, że życzący mogą swe składki przesyłać pod adresem naszej Redakcyi.

— W Dorpacie na bieżące półrocze zapisało się wszystkiego 41 studentów. Z tej liczby 34 na wydział lekarski (w tem 6 medyków i 28 farmaceutów), 1 na teologiczny, 4 na fizyko-matematyczny, 2 na historyczno-filologiczny. (St.-Peters. 5).

— Dr. Wielobycki, ziomek nasz, osiadł w Szkocyi w 1830 roku (w roku 1841 otrzymał stopień d-ra med. Uniwersytetu Edynburgskiego i zajmował się praktyką), obchodził w Styczniu roku bieżącego dzień swych stułetnich urodzin. Dr. W. porzucił praktykę od lat 25, chociaż zachował czerstwość ciała i umysłu tak dalece, że czyta najdrobniejsze pismo i jeszcze przed 2 laty odbywał codzienne przechadzki do 12 ang. mil. Sędziwy starzec prowadził życie b. trzeźwe i nie palił. Był on z powodu tej rzadkiej uroczystości przedmiotem licznych owacyi ze strony różnych towarzystw lekarskich, towarzystw wstrzemięźliwości, członków parlamentu i t. d.

— Jedno z najhojniejszych wynagrodzeń lekarskich otrzymał zapewne dr. Dimsdale, który, jak donosi „Weekly Star“, był wezwany w r. 1762 z Anglii do Petersburga w celu zaszczepienia ospy ochronnej cesarzowej Katarzynie II. Otrzymał on mianowi-

cie: 1) 10,000 funtów st. jako honorarium, 2) 2,000 funt. st. na koszt podróży, 3) portret cesarzowej, 4) tytuł barona, rangę radcy stanu, godność lejb-medyka, 5) 500 f. st. rocznej pensyi.

— W celu zastąpienia kollodyjonu, poleca „Pharmaceut. Zeitg.” (31. 1892) mieszaninę, którą nazywa kamfoid. Jest to roztwór kamfory i bezwodnego alkoholu aa. 20 grm. i 1 gr. pyroxylini. Przetwór ten tworzy na skórze błonkę elastyczną i przezroczystą. Rozpuszcza jodoform w stosunku 1:10 (przyczem zapach jodoformu ginie), rozpuszcza też kwas karbolowy, salicylowy, rezorecyne, jod, ol. chryzarob., lchtyjol.

— Książka d-ra Hartmana z Berlina „Choroby uszów i ich leczenie”, która doczekała się 5 wydań, wyszła obecnie w Odessie w przekładzie ruskim d-ra Kulikowskiego — pod redakcją d-ra Schmidta.

— Prezesem Tow. Lek. Petersburskiego wybrany został na rok bieżący dr. J. Czeczott.

— Trzeci Zjazd międzynarodowy fizjologów odbędzie się w Bernie 1894 roku.

— Prywat-docent dr. Karol Bayer został powołany na katedrę chirurgii do niemieckiego uniwersytetu w Pradze Czeskiej.

— Dr. Karol Salomonsen został powołany na katedrę bakteriologii do Kopenhagi. Dr. Julijusz Petersen na katedrę historii medycyny w tejże wszechnicy.

— Lancet donosi, że w Anglii ciągle od Grudnia r. z. panuje grypa, charakter epidemii jest jednak lekki.

— Dr. E. Behring, asystent Instytutu dla chorób zakaźnych, został mianowany profesorem.

— W Paryżu wychodzić zaczęło nowe pismo p. t. „Archives d'Electricité médicale” pod kierunkiem prof. I. Bergonié z Bordeaux.

— Virchow został ponownie powołany na przewodniczącego w berlińskim Towarzystwie lekarskiem.

— W n-rze 12 „Kroniki” z r. z. na str. 824, podaliśmy wiadomość, jakoby na autentycznym fakcie opartą, że „kilkunastu lekarzy grupujących się koło pewnego przemysłowo-lekarskiego interesu, uchwaliło na walnej naradzie, aby zaprzestać prenumeraty pism z osobna, a ograniczyć się do pojedynczego egzemplarza, trzymanego wspólnie dla całego grona tych mecenasów piśmiennictwa!” Gdy się okazało dowodnie, że fakt taki nie miał miejsca, wiadomość podaną odwołujemy, kolegów zaś, których mieliśmy na myśli, za przykry ton, w jakim wiadomość tę podaliśmy — przepraszamy.

— W n-rze 46 „Kuryjera Warszawskiego” (wydanie ranne) znajdujemy w dziale ogłoszeń płatnych następującą reklamę sklepu optycznego J. Drehera: „Wiek podeszły osłabił wzrok mój do tego stopnia, iż od lat kilkunastu zmuszony byłem używać szkieł sztucznych (!). Przyznać jednakże winienem, że jedynie ze szkieł, dobranych mi przez optyka p. J. Drehera — (ulica i nr.) jestem zadowolony i mogę z tego względu polecić jego firmę uwadze szerszej publiczności.

*Dr. med. Estraicher”.*



Podjezwając tu wprost nadużycie dobrej wiary d-ra E., wstrzymujemy się na razie z komentarzami w oczekiwaniu wyjaśnienia przez interesowanego kolegę co do rzeczywistego stanu rzeczy.

### — Ze starych druków.

Nie od rzeczy jest czasami przejrzeć i stare księgi, często znajdujemy w nich tak żywy obraz stosunków współczesnych, iż słowa zamierzczej przeszłości wprost tylko przepisać warto, nic do nich nie dodając, jeśli nam chodzi o zobrazowanie chwili.

Weźmy przykład. Wiadomo, iż, mimo rozwoju medycyny, zarówno praktycznej, jak i teoretycznej od czasu do czasu zjawiają się ludzie, którzy, nie mając z medycyną wspólnego, radzi napadać na nią, tworzyć nowe teoryje, ba, nawet nowe metody lecznicze. Szpalty pism codziennych i oddzielne wydawnictwa są dla nich terenem, gdzie szkalują naukę i ludzi, którzy jej całe swe życie niosą w ofierze. Księża, inżynierzy, obywatele ziemscy, filozofowie, ba, nawet umysłowo chorzy zmieniają się w tym kalejdoskopie. Do nich to stosują się ustępy, które czerpiemy z księgi p. t. „Rada dla pospolstwa względem zdrowia iego przez P. Tyssot Doktora y Profesora Medycyny, Przełożoną y po raz drugi przedrukowaną w Warszawie 1777 r. w drukarni J. K. Mei y Rzeczypospolitey u. XX Scholarum Piarum”. Autor tej księgi w zdaniach pełnych plastyki i jedności tak pisze: „Człowiek głupi, szalbierski, kłamliwy y niewstydy zwoździć będzie zawsze lud prosty y lekkowierny, nieumiejący o niczym sądzić, y żadney rzeczy brać na uwagę; który bezprzestannie da się oszukać każdemu, ktokolwiek tak nیکczemny będzie, aby mu zamydłał oczy, y przeto zwozdony będzie bywał przez oszustów, póki ich kraie znosić będą”. „Mimo powierzchowności okazały, którą się niektórzy chełpią, takowi ludzie są zawsze podli, którzy nie mogą prowadzić życia przez jaką uczciwą pracę, założyli mienie swoje na własnym niewstydzie, y pospolstwa słabey lekkowierności, i nie mają żadney wiadomości i umiejętności; y na koniec, gdyby w liczbie niezmierney ludzi, którzy biorą ich lekarstwa było kilku uleczonych (albowiem iest prawie istotna rzecz niepodobna, aby się to nie trafiło) byłaby to iednak niemniej prawdziwa, że ten ludzi rodzaj iest szkodliwy. Pchnięcie szpada w piersi, przecinając wrzód, znajdujący się, uzdrowiło człowieka, któryby był z tego umarł, takowe iednak pchnięcia niemniej są śmiertelne”. „Kredyt takiego oszusta rynkowego, którego prostactwo na około otacza, z usty otworem, a oczyma wytrzeszczonemi, mając się za uszczęśliwione, gdy iest ten kształtnie omamia nieiaka potrzebą, sprzedając piętnaście, albo dwadzieścia razy nad cenę lekarstwo, którego największa własność, że iest nieużyteczne, kredyt, mówię, takiego szalbierza znoszonego upadły wprędce, gdyby można przywieść do wierzenia każdego z słuchaczów iego, co iest wielka prawda, iż wyiawszy nieco, które ma na pogotowiu frantostwa, tyle prostak umie, co y on, y iezeli niewstydyości iego nabyć może, będzie miał natychmiast też sposobność, nabędzie takowey sławy y zaufania”. „Naywięksi Doktorowie... ci ludzie nie są nawet takimi, iakiemiby być chcieli, aby

brali na się, że tak rzekę, drogi depozyt zdrowia ludzkiego, a toż powierzają ludziom grubym, zrodzonym bez talentów, wychowanym bez ćwiczenia, którzy często nawet czytać nie umieją, którzy nie rozumieją tego wszystkiego, cokolwiek jakim sposobem należy do medycyny, którzy zostali lekarzami, tylko, iż nie byli sposobnemi do czego innego?" A jednym ze źródeł błędu „jest to, że ponieważ nie pospolstwo w większym stopniu kładzie zaufanie w tych, którzy im bardziej podchlebiają y dogadzą ich passyom. Doktor rozumny, który przegląda długość y niebezpieczeństwo choroby, y który tak iest uczciwy, że nie zcierpi mówić tego, czego nie myśli, przez skutek z przyrodzenia ludzkiego wypływaiący, musi być koniecznie słuchany nie tak przyjemnie, iako ten, który podchlebia, przeto się zwykło oddalać myśli iednego, uśmiechać się z drugiego, y tak daie się preferencya podchlebiającemu". Drugim źródłem „jest chęć iakowaś do nowości y rzeczy niezwyuczaynych, która panuje wielowładnie nad tak wielką ludzi liczbą, y która daie kredyt tak wielu niktzemnym y śmiesznym rzeczom". Inna jeszcze „przyczyna wypływa ztąd, że większa część ludzi daie się powodzić małej cząstce, gdy ordynarnieie ta cząstka, która prowadzi innych ludzi, wszystko źle iść musi, y skutki śmieszne y okropne ztąd".

Tak było przed 100 laty, a teraz?...

## PRZEGLĄD PRAC ORYGINALNYCH,

pomieszczonych w pismach polskich

w miesiącu Lutym 1893 r.

- 1) *W. Sobierański*. Uwagi krytyczne nad farmakologiją żelaza. (P. Lek. 45).
- 2) *F. Krokiewicz*. O obecnem stanowisku cholery azyjatyckiej w nauce ze względu na jej etylogiją i szerzenie się. (Przegl. Lek. 5, 6).
- 3) *W. Reiss*. Przyczynek do patogenezy oparzenia. (Przegl. Lek. 6, 7).
- 4) *J. Bogdanik*. O rezekcyi nerwu współczulnego celem leczenia padaczki samoistnej. (P. Lek. 7).
- 5) *Prof. Pieniążek*. Badanie i leczenie zwężeń tchawicy i oskrzeli głównych. (Prz. Lek. 8) (niesk.).
- 6) *Doc. S. Ponikło*. O sposobie ułatwiający wykrycie prątków cholerycznych w wodzie. (Prz. Lek. 8).
- 7) *M. Rejchman*. O dużych samoistnych uchyłkach dolnej części przełyku. (Gaz. Lek. 5).
- 8) *T. Drobniak*. O przenoszeniu czynności mięśni przy porażeniach dziecięcych. (Gaz. Lek. 5).
- 9) *A. Wizel*. Przypadek histeryi z obrzękiem histerycznym czerwonym i pewnem szczególnem zaburzeniem pamięci. (Gaz. Lek. 6, 7).

- 10) *T. Faytt.* O miejscowym leczeniu oparzeń. (Gaz. Lek. 6).
- 11) *E. Biernacki.* O nadczułości i bólach pochodzenia mózgowego. (Gaz. Lek. 7, 8).
- 12) *St. Stróżewski.* Trzy przypadki „ischias scoliotica”. (Gaz. Lek. 6).
- 13) *K. Chetchowski.* Szybki przerost utajonego mięsaka opłucnej pod wpływem gościa stawowego. (Gaz. Lek. 8).
- 14) *T. Solman.* Ciąża w macicy podwójnej. (Med. 5).
- 15) *Z. Srebrny.* Żegadło galwaniczne w leczeniu gruźlicy górnych dróg oddechowych, oraz uwagi o wartości leczenia miejscowego t. zw. suchot płucnych. (Med. 3, 4, 5).
- 16) *W. Bruner.* Przypadek ropnia podprzeponowego, oraz o ropniu i otoku ropno-powietrznym podprzeponowym wogóle. (Med. 6, 7).
- 17) *J. Idzikowski, W. Orłowski i L. Pękostawski.* Wyniki higienicznego badania wody 37 studzien m. Lublina. (Med. 7).
- 18) *J. Funk.* O leczeniu ostrej rzerzączki u mężczyzn. (Medycyna 8).
- 19) *H. Świącicki.* Wrzekomy obojnak zewnętrzny. (Now. 2).
- 20) *A. Sokołowski.* Kilka uwag praktycznych o wartości rozpoznania krwioplucia. (Now. Lek. 2).
- 21) *W. Sobierański.* O wchłonliwości skóry (N. Lek. 1, 2).

1) Dr. Wacław Sobierański. Uwagi krytyczne nad farmakologiją żelaza. Praca ta jest krytyką artykułu d-ra Jana Wojtaszka „o działaniu zabójczem przetworów żelaza na ustrój zwierzęcy”. Krytyk obszernie rozbiera ten artykuł, wykazując wiele jego stron ujemnych.

H. K.

2) Dr. A. Krokiewicz. O obecnem stanowisku cholery azjatyckiej w nauce ze względu na jej etylogiją i szerzenie się. Na początku autor przytacza, że już w 1866 r. dr. Wiewiórowski przypuszczał pasorzytnicze (od inbryjonów zależne) pochodzenie cholery i zakażenie cholera objasniał dostawaniem się tych drobnoustrojów do organizmu z pokarmami lub powietrzem. W roku 1873 Wienkowski i Lejser doszli do tych samych co i Wiewiórowski wniosków i starali się leczyć cholera przez niszczenie bakterii i za pomocą nadmanganianu potasu i chininy.

Idąc dalej za rozwojem pojęć o naturze cholery — autor rozpatruje teorię efodystów i autochtonistów, zatrzymując się nad ostatnią, jako panującą w nauce. Po krytyce poglądów Pettenhoffera i Kocha, autor przechyla się na stronę kontagionistów, kończąc swą pracę uwagą, że panujący obecnie pogląd zbliża się do wypowiedzianego przed 26 laty przez Wiewiórowskiego, naszego ziomka.

K. W. S.

6) Doc. St. Ponikło. O sposobie ułatwiającym wykrycie prądków cholerycznych w wodzie. Nabrawszy do kolby wyjałowionej litr podejrzanego wody, autor dolewa 10% bulijonu i natychmiast wstawia do termostatu, poczem bada kożuszek na powierzchni pynu po 24 godzinach utworzony.

K. W. S.

7) Rejehman. **O dużych samoistnych uchyłkach (diverticula) dolnej części przełyku.** Zenker i Ziemssen rozróżniają dwa rodzaje samoistnych (t. j. bez zwężenia) uchyłków przełyku: 1) wypuklinowe i 2) pociągowe. Pierwsze, polegające według powyższych autorów na rozsunięciu błony mięśniowej, z następczym wypukleniem błony śluzowej i podśluzowej, wskutek ucisku przez pokarm połykany—a według nowszych poglądów (Virchow, Koenig, Bergmann), będące następstwem wady rozwojowej — zdarzają się tylko w górnej części przełyku.

Drugie zaś, powstające wskutek pociągania przez kurczącą się tkankę zrostową, łączącą przełyk z gruczołami oskrzelowymi, lub z tkanką łączną śródpiersia tylnego—tworzą się tylko w środkowej części przełyku. Oprócz tych postaci autor miał sposobność spostrzeżać także samoistne uchyłki w dolnej części przełyku, w 3 przypadkach (z tych jeden wspólnie z Mintzem), w których rozpoznanie było postawione na zasadzie anamnezy—badania zglębnikiem, wreszcie na różnicy w chemicznych własnościach płynów, wydobytych z przełyku i żołądka. *J. Sędz.*

8) T. Drobnik. **O przenoszeniu czynności mięśni przy porażeniach dziecięcych.** Z pomiędzy przypadków stopy szpotawej, zależącej od porażenia samych tylko mięśni wyprostnych stopy, autor wyróżnia tę postać porażenia dziecięcego, w której porażeniu ulegają nie wszystkie mięśnie, zaopatrywane przez nerw strzałkowy, ale część ich, mianowicie m. wyprostny palców nogi długi i strzałkowy trzeci, podczas, gdy czynności m. piszczelowego przedniego i wyprostnego palucha długiego zostają zachowane. W jednym z takich przypadków, dotyczącym 7-letniej dziewczynki, autor wykonał z pomyślnym skutkiem operację przeniesienia czynności mięśnia wyprostnego palucha długiego na m. wyprostny palców nogi długi, a to przez zeszytanie w odpowiedni sposób ścięgien i mięśni włóknowych obu tych mięśni. Przypadek ten autor opisał w swoim artykule, poprzedziwszy go kilkoma uwagami o mechanizmie mięśni wyprostnych stopy. *B. P.*

9) Adam Wizeł. **Przypadek histeryi z obrzękiem histerycznym czerwonym i pewnym szczerólnem zaburzeniem pamięci.** Autor opisuje przypadek histeryi u jednej pacjentki ciekawy z tego względu, że oprócz zwykle spotykanych histerycznych objawów, spotkał obrzęk grzbietowej powierzchni stopy pochodzenia histerycznego, obrzęk nie biały i nie niebieski, jakie dotąd obserwowano, lecz — czerwony, jak go nazywa autor. Drugim rzadkim objawem u chorej autora były nocne przywidzenia treści przestraszającej. Na ten objaw autor kładzie nacisk, jako na mało badaną dziedzinę. Ważnym objawem u chorej kol. W. było swoiste zaburzenie pamięci: chora posiadała osłabioną zdolność zapamiętywania faktów bieżących; fakty zaś dawne zachowywała w pamięci doskonale. Według autora, podobne zaburzenie ma coś wspólnego z amnésie générale Janet'a lub amnésie antérograde de conservation Sollier'a.

Ostatnim histerycznym objawem, który autor obszerniej omawia, był pewien stopień zaniku mięśni lewej goleni.

Dosyć szczegółowy rozbiór stosownej literatury francuskiej wypełnia interesującą pracę kol. Wizła. *K. R.*

10) T. Faytt. **O miejscowem leczeniu oparzeń.** Faytt opisuje tu 3 przypadki oparzeń (w jednym właściwie było nie oparzenie, a dermatitis gangraenosa skóry ściągnięta i ucisku od dotknięcia palcami, powalanemi sokiem ostromlecza). Do tego dołącza luźne uwagi o patologii i terapii oparzeń, radząc w pierwszych stadyjach opatrunki wilgotne, gdy się zaś rana oczyści i pokryje ziarniną, radzi opatrywać silkiem, pod którym rany prędzej się goją i blizny otrzymuje się miękkie i podatne. Do tego zmiana opatrunkówilkowych jest mniej bolesna niż wszelkich innych. Paski silku należy kłaść nie dachówkowato, a wprost jeden obok drugiego, aby wydzieliną wolną miała odplyw. Przy rozległych oparzeniach pierwsze opatrunki dla oszczędzenia choremu bólu radzi zmieniać w kąpieli, a nawet i w narcozie. *B. Dzierż.*

11) E. Biernacki. **O nadczułości i bólach pochodzenia mózgowego.** Zachęcony ogłoszonym w 1891 r. przypadkiem Edingera, opisuje autor spostrzegany jeszcze w 1889 r. przez siebie przypadek hemiparezy i hemiatetozji prawostronnej u 54-letniej chorej, której od kilku lat towarzyszyły bóle i nadczułość bólowa, i na zimno. Odruchy ścięgniste po tejże stronie były wzmożone, skórne słabe. Przy badaniu pośmiertnem znaleziono lewy wzgórek wzrokowy znacznie skurczony i na przekroju, na granicy  $\frac{1}{3}$  cz. tylniej i średniej lacunam apoplecticam, otoczoną tkanką łączną, której pasemko przynikało w tylny odcinek torebki wewnętrznej. Prócz tego znaleziono zubożenie we włókna czerwone lewego laqueus aż do górnej części rdzenia przedłużonego, pęczek zaś piramidalny normalny. Autor wnioskuje, że nie pasemko to w tylnym odcinku torebki wewnętrznej (w przyp. Edingera ten odcinek był nietknięty), lecz targanie torebki wewnętrznej przez skurczony wzgórek wzrokowy, było przyczyną bólów i nadczułości. Zwraca też uwagę na hemiparezę i na wzmożenie odruchów ścięgniętych przy nienaruszonym pęczku piramidalnym.

Autor mało znajduje w piśmiennictwie anatomicznych dowodów istnienia bólów i nadczułości mózgowego pochodzenia i stara się je rozsegregować klinicznie na pewne grupy.

Pierwszą grupę stanowi współistniejąca nadczułość i bóle z ogniskiem we wzgórkach wzrokowych (przyp. Greiffa, Lancasteina, Edingera i autora); z ogniskiem w górnej części rdzenia (Mann); w porażeniu ogniskowem (Leyden).

Drugą grupę bóle przy czuciu normalnem lub zmniejszonym z ogniskiem w moście Varola (Marot, Duchek).

Trzecia nadczułość połowiczna bez samoistnych bólów w ogniskach rozmiękczenia lub świeżych wylewach w moście i innych (Nothnagel, Guénies, Martineau, Eichhorst); niekiedy przechodnia jak w cytowanym przez autora spostrzeżeniu, trwająca przez 4 tygodnie po przypuszczalnym zalewie w torebce wewnętrznej.

Wreszcie zaburzenia czucia kurczowego pochodzenia, jak w epilepsia sensitiva (Charcot).

Rozumie się, że trwałość i rokowanie zależą od natury podstawowego cierpienia.

Tu należy demonstrowany przez referującego przypadek połowicznego zaburzenia czucia przy ognisku w moście Varola (patrz Pam. Tow. Lek. Warsz. Zeszyt IV, 1892, posiedzenie 29 Listop.).

*Rzecz.*

12) St. Stróżewski. **Trzy przypadki „ischias scoliotica“.**

W krótkiej notatce autor opisuje przebieg 3 przypadków nerwobólu kulszowego, skombinowanego w jednym przypadku ze skrzywieniem kręgosłupa w stronę kończyny chorej, w 2-gim zaś w stronę przeciwną.

*K. R.*

13) K. Chełchowski. **Szybki przerost utajonego mięsaka opłucnej pod wpływem gościa stawowego.** U młodej dziewczyny amputowano udo z powodu mięsaka dolnej części kości udowej. Pierwsze objawy mięsaka wystąpiły na 2½ miesiące przed operacją, bezpośrednio po uderzeniu kolanem w obręcz bezcki. W kilka miesięcy po wyjściu ze szpitala chora ta zachorowała na ostry gościec stawowy z obustronnem zajęciem opłucnej. Próbné przekłucia opłucnej wykazały, że oprócz wysięku jest ona zajęta sprawą nowotworową, co wobec anamnezy było łatwem do zrozumienia. Nowotwór ten szybko bardzo się rozrastał i w krótkim czasie śmierć chorej spowodował. Badanie pośmiertne w zupełności potwierdziło rozpoznanie. Znalaziono liczne mięsaki, wychodzące z opłucnej i uciśkające miąższ płucny, wyraźnie się odeń odgraniczając. Wielkość niektórych pojedynczych guzów równała się wielkości główki dziecka.

W przypadku tym złośliwy mięsak uda przeniósł swe zawiązki do opłucnej, gdzie przez 9 miesięcy beczynnie spoczywając, po wybuchu ostrego gościa stawowego nowotwór szybko zaczyna się rozrastać i w 5 tygodni sprowadza śmierć.

*H. K.*

14) Solman Tomasz. **Ciąża w macicy podwójnej.**

Opisuje tu S. przypadek rozpoznany jako ciąża zewnątrzmaciczna, przy martwym płodzie, sposoczenia worka płodowego, w trzy miesiące po upływie normalnego terminu ciąży. Przy operacji znaleziono macicę podwójną; martwy płód, wymiękły i ze śladami gnicia (czy donoszony? *przyp. spraw.*) znajdował się w macicy lewej w położeniu skośnem. Po wydobyciu płodu macicę obszyto szwem stebnówkowym, obcięto po nad szwem i pozostały kikut wszyto w ranę brzuszłą. Na czwarty dzień chora zmarła przy objawach gnilnego zapalenia otrzewny. Badanie zwłok wykazało, że przyczyną zapalenia otrzewny były wrzody dziurawicę w kiszkiach cienkich, które może być powstały wskutek zatrucia sublimatem. Macica była zupełnie rozdwojona, a właściwie dwie oddzielne macice, zróżnięte ze sobą tylko dolnym odcinkiem części pochwojowych. Z innych wad rozwojowych znaleziono jeszcze „brak trzeciego płata” w płucu prawem (?), jako też zupełny brak nerki, nadnercza i moczowodu po stronie lewej.

*B. Dzierż.*

15) Srebrny. **Żegadło galwaniczne w leczeniu gruźlicy górnych dróg oddechowych oraz uwagi o wartości leczenia miejscowego t. zw. suchot gardlanych.** Praca oparta na 13 spostrzeżeniach, z których 11 dotyczy gruźliczego cierpienia krtani (owrzodzenia

lub nacieki), w 1 było gruźlicze owrzodzenie migdałka, w ostatnim wreszcie — wilk nosa. Wynik leczenia był następujący: w 4 przypadkach stan dobry konstatawany był w ciągu 1—3 miesięcy po operacji; 4 przypadki zakończyły się śmiercią w 4—10 miesięcy; w pozostałych 5-ciu stan zupełnie dobry trwał, o ile wiadomo, 15 miesięcy do 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> lat. W porównaniu z łyżeczkowaniem, żegadło galwaniczne pod względem ilości posiedzeń i bólu po operacji w niczem mu nie ustępuje: przewyższa je zaś o tyle, że wyklucza możliwość krwotoku, a strup, wytworzony po przypaleniu zapobiega zakażeniu rany. Przeciwskazanie do tej operacji stanowią nacieki węzłów nągłośnio-nalewkowych i zajęcie ochrzęstnej i chrząstek krtani. Wogóle do energiczniejszych rękoczynów kwalifikują się tylko tacy chorzy, którzy przy znośnym stanie ogólnym nie zdradzają zbyt daleko posuniętych zmian w płucach, krtani i gardzieli.

W drugiej części pracy autor odpiera zarzut Verneuil'a, dotyczący uogólnienia się gruźlicy po operacji, dotychczas bowiem nie ogłoszono ani jednego przypadku, w którym po zabiegu operacyjnym wewnątrz-krtaniowym nastąpiłoby zaostrzenie lub uogólnienie sprawy chorobowej.

W końcu rozberra autor kwestyję, co chory zyskuje przez miejscowe leczenie gruźlicy krtani i gardzieli? Wobec tego, iż śmierć zależy w większości przypadków od sprawy płucnej, wynik pomysłny *quo ad vitam* otrzymać można tylko w przypadkach z przebiegiem przewlekłym, pod względem czynnościowym zaś zagojenie i owrzodzeń, i usunięcie nacieków gruźliczych krtani sprowadza: poprawę resp. zupełny powrót głosu, poprawy resp. zupełne swobodne oddychania. W. Sz.

16) Władysław Bruner. Przypadek ropnia podprzeponowego oraz o ropniu i otoku ropno-powietrznym podprzeponowym wogóle. W przypadku, obserwowanym przez autora, choroba rozpoczęła się ostro od dreszczy, następnie dołączyła się duszność, kłócie w prawym boku, biegunka i suchy kaszel. Ponad stępieniem, rozpoczynającym się z tyłu od połowy prawej łopatki, oddech był osłabiony pęcherzykowy, trochę trzeszczeń i drżenie głosowe osłabione. Poruszalność fizjologiczna granicy prawego płuca zniesiona, tępość serca nie zmieniona, wątroba opuszczona, przekłucie próbne wykazało obecność ropy. W przypuszczeniu ropnego zapalenia opłucnej, po wypitowaniu żebra, wypuszczono dużą ilość ropy cuchnącej. W 4 dni po tem chora zmarła przy objawach coraz powiększającej się zapaści i uporczywych wymiotach, a sekcya wykazała zapalenie kiszki ślepej z owrzodzeniem i przeżarciem przedniej ścianki, ropne zapalenie otrzewnej i ropień podprzeponowy.

Ropień i otok ropno-powietrzny jest prawie zawsze cierpieniem wtórnem, zależnem od przedostania się ropy lub zawartości przewodu pokarmowego wraz z gazami do jamy brzusznej. Najczęstszą przyczyną powstania ropnia i otoku ropno-powietrznego są cierpienia przewodu pokarmowego, prowadzące do przedziurawienia i dla tego też zawartość rzadko bywa czystoropną, najczęściej zaś posokowatą, gazy zaś są zwykle cuchnące. Te ostatnie mogą uleść wessaniu, a z drugiej strony zdaniem niektórych (Senator), tam

gdzie gazów nie było, mogą się one wytworzyć pod działaniem bakteryj. Rozpoznanie ropnia i otoku ropno-powietrznego podprzeponowego od zapalenia płucnej lub odmy piersiowej jest bardzo trudne i w wielu przypadkach cechy rozpoznawcze, podane przez Leydena, są—zdaniem B.—niewystarczające.

W. Dąbr.

17) Idzikowski, Orłowski i Pękosiński. **Wyniki higienicznego badania wody 37 studzien m. Lublina.** Autorzy szczegółowo opisują sposób badania wody studziennej m. Lublina, poczem przechodzą do wyników swej pracy. Oceniając dobroć wody na zasadzie zewnętrznego jej wyglądu, w 11 tylko studniach znaleźli autorzy wodę klarowną. Po dokładniejszej analizie przekonano się, że żadna ze zbadanych studzien nie odpowiadała wymaganiom higieny. Szczelność ocembrowania i przykrycia studni, okopanie, etc., tak wiele do życzenia pozostawiało, że przy jak najskromniejszych wymaganiach, ledwie 5 studzien uważać można było za możliwe. Co się tyczy zanieczyszczenia wody przez drobnoustroje, to, przyjąwszy 500 bakteryj w 1 ctm. sz. jako dopuszczalne maximum, okazało się że tylko trzy studnie nie przekraczają tej cyfry. Przecinków Koch'a nie znaleźli autorzy w wodzie studziennej Lublina ani razu.

H. K.

19) H. Święciecki. **Wrzekomy obojniak zewnętrzny.**

Przypadek dotyczy nowonarodzonego dziecka, którego rodne części przedstawiały się jako srom, złożony z dość grubych warg większych, złączonych u dołu wiązadelkiem; małe wargi nie istnieją, natomiast u góry widać wyrostek prąciowaty 2 ctm. długi, przez 3 małe wiązadelka ku dołowi skrzywiony, bez otworu, a z lekkim zagłębieniem na dolnej powierzchni. Poniżej na jeden ctm. otwór, przez który przenika się wgląd na parę centymetrów, a przez który wychodzi moc. Badanie nie wykazało istnienia żadnych innych organów płciowych. Orzeczenie do jakiej płci zaliczyć dane indywiduum okazało się niemożliwym, gdyż po śmierci dziecka nie zgodzono się na autopsję.

W. S.

20) Dr. med. A. Sokołowski. **Kilka uwag praktycznych o wartości rozpoznania krwioplucia.** Autor rozpatruje znaczenie rozpoznawcze krwioplucia, występującego u osób napozór zdrowych, bez wyraźnych zmian fizykalnych w płucach. Jeżeli zdarzyło się ono u osób dziedzicznie obciążonych, z kłatką piersiową paralityczną, szczególnie, gdy osoby te nieco chudną—to, pomimo braku dostępnych dla badania zmian w płucach, należy podejrzewać gruźlicę. Gdy dziedziczności nie ma, należy baczną uwagę zwrócić na serce (wady lewo-stronne). Autor przytacza trzy typowe przypadki, w których krwioplucie występowało dość silnie i często, i przez dość długi przeciąg czasu—przy braku zmian w płucach,—w których zaś po dłuższej obserwacji wystąpiły objawy ze strony serca. Na razie słabo przyspieszone tętno było jedynym objawem, zwracającym uwagę w tę stronę. Śmier i powiększenie rozmiarów serca, w jednym przypadku, udało się wykryć dopiero po roku.

Jako drugą przyczynę krwioplucia podaje autor arteriosklerozę. U chorych takich, zwykle osób starszych, napozór zdrowych, zdarzają się niekiedy dość silne krwotoki po zmęczeniu, napadzie



kaszlu. Nie należy tu jednak zapominać o nader skrycie niekiedy przebiegającej włóknistej postaci suchot. U młodych osób z wyraźną arteriosklerozą na tle przymiotu mogą się zdarzać krwiopłucia z tego źródła, w tych razach jednak z orzeczeniem należy być nader ostrożnym, jak to ilustruje podany przypadek. Często źródłem krwawień, które można uważać za płucne, bywa jama gardzielowa, dotknięta przewlekłym katarą, lub suchy katar nosa. Krwawienia takie występują najczęściej rano, są nieobfite, a badanie miejscowe wykazuje obecność rozszerzonych naczyń. Autor opisuje ciekawy przypadek, w którym uporczywe krwawienia ranne zależały od małego angiomatu, siedzącego w tylnej części przegrody nosowej, po przypaleniu którego krwawienie ustało.

Wreszcie z krtani—przy lar. haemorrhagica i przy polipach, mogą pochodzić krwawienia.

W końcu pracy autor zaznacza bardzo sceptyczny pogląd swój na dawniej częściej opisywane krwawienia u histeryczek; sądzi on, że przy dokładnem i powtórnem zbadaniu zapewne udałoby się w tych razach wykryć gruźlicę, która w samej rzeczy przebiega u histeryczek odmiennie, powoli, skrycie, często przycichając.

O. H.

## 21) Dr. W. Sobierański. W wchłoniwości skóry.

Do swych doświadczeń autor używał czystej wazeliny, która mu się wydaje najwięcej w tych razach odpowiednią ze względu, że nie jest lotną, nie drażni skóry i nie posiada zbyt szkodliwych własności dla organizmu, a doświadczenia same wykonywał na psach i królikach w sposób następujący: zwierzęciu wystrzygiwał włosy na brzuchu lub grzbiecie na przestrzeni 110—160 kw. cent., i przekonawszy się po kilku dniach, że skóra w miejscach tych nigdzie nie była uszkodzoną, wcierał delikatnie palcem wazelinę przez kilka tygodni, po 5 minut raz na dzień, zapobiegając odpowiednio miejsca od obliźywania ich przez zwierzęta. Po starannem odpreparowaniu skóry u zdechłego lub zabitego zwierzęcia, a następnie wysuszeniu i sproszkowaniu mięśni, organów wewnętrznych, zawartości kiszek i t. p. otrzymywał autor masę, z której, drogą zabiegów wskazanych przez chemię (przytoczonych u autora), wydobywał wazelinę.

Ogół doświadczeń pozwolił autorowi przyjść do przekonania, że „wazelina roztarta na nieuszkodzonej skórze psa lub królika przenika przez nią, dostając się do ciała”. Prawdopodobnemi drogami do przenikania, jak wykazały badania mikroskopowe, są gruczoły tłuszczowe i potowe, oraz torebki włosowe, środkiem zaś pobudzającym—lekki mechaniczny ucisk lub masaż. Wyniki te, zdaniem autora, dadzą się prawdopodobnie zastosować w większej części również do skóry ludzkiej i dla tego zarzuty, czynione bezpośrednio wchłoniwości niektórych maści, albo składników tychże, zwłaszcza zaś metalicznej rtęci, są nieuzasadnione. W dalszym ciągu pracy autor przychodzi do wniosku, że „większa część wazeliny w organizmie bezwarunkowo niszczeje” (skóra, szkielet, mózg i mlecz nie były badane). Zauważone przy doświadczeniach chu-

dniecie zwierząt, a mianowicie królików, autor objaśnia szkodliwym działaniem wazeliny i oliwy na organizm królika, czego nie dostrzegł na psach.

*Fr. Giedroyc.*

### SPROSTOWANIE.

Na str. 103—mylnie podane nazwisko referenta ma być: dr. Wassereug.

### Nadesłano do Redakcyi.

*J. Szwajcer.* U. e. Flecktyphus epidemie im Reserve-Krankenhaus in Warschau. Odb. z Allg. Med. Cent. Ztg.

*H. Pacanowski.* O stosowaniu wód mineralnych w chorobach przewodu pokarmowego. Odb. z Medycyny.

*Dr. W. Sobierański.* Uwagi krytyczne nad farmakologiją żelaza. Odb. z Przegl. Lek.

*Dr. W. Sobierański.* O wchłoniwości skóry. Odb. z Nowin Lekarskich.

*Doc. A. Trzebicki i St. Karpiński.* W sprawie podwiązania żyły udowej. Odb. z Przegl. Lek.

## ❖ Ogłoszenia. ❖

*Dr. M. JAKOWSKI, b. ass. klin. dyjagn. dokonywa wszelkich rozbiórów mikroskopowych, głównie bakteryjologicznych.*

*Ulica Wspólna Nr. 42.*

Gilliard, P. Monnet et Cartier w Lyonie

# CHLOREK ETYLU

DOSKONAŁY ŚRODEK ZNIECZULAJĄCY

*do użytku Chirurgów i Dentystów*

Reprezentacyja na Królestwo Polskie i skład w Aptece

## Wendy i Wiorogórskiego

W WARSZAWIE.

(3) 0-1

WYDAWCA: Numer wyszedł d. 22 Marca.

REDAKTOR:

*Dr. K. Sierpiński.*

*Dr. med. O. Hewelke.*

# Pod „Bachusem”

(Warszawa, Telefonu Nr. 100)

WINA WYBOROWE,  
DELIKATESY,  
ŚNIADANIA, KOLACYJE,  
Gabinety familijne  
róg Widołki Marszałkowsk.  
Telefonu Nr. 100



Winiarnia

Ostrygi

## Wina Zagraniczne,

KONIAKI, LIKIERY, RUMY,

*Towary Kolonialne i Delikatesy.*



**GŁÓWNY SKŁAD**

**WIN GRUZIŃSKICH**

z winnic Księcia Z. A. DŻORDŻADZE w Kachety—Tyflis.

Czystość tych win stwierdzoną została analizą  
profesora Struve.

*Ermitage*

# Apteka

## E. Gessnera

*Aleja Jerozolimska Nr. 27, róg Kruczej*

*w Warszawie*

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

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

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

„ „ z żelazem zawiera 1% żelaza, butelka rs. 1 kop. 75.

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

„ „ z żelazem zawiera 2% żelaza, butelka rs. 2.

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

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

**Wino Kola** (*Vin de Cola*) na nasionach Kola, przedtem odpowiednio upalonych i na Maladze. Nasiona Kola zawierają 2,34% Cofeiny, butelka rs. 2 kop. 25.

**Wino Kwassyjne** na winie węgierskiem wytrawnem, butelka rs. 1.50.

„ „ na Xeresie, butelka rs. 1 kop. 50.

**Wino pepsynowe słodkie** na francuzkiem desserowem, zawiera 2% pepsyny, butelka rs. 2.

**Wino pepsynowe wytrawne** na Xeresie zawiera 2% pepsyny, butelka rs. 2

**Wino przeczyszczające z korą Cascara Sagrada** na Maladze. Jedna do 1½ łyżki sprowadza należyte wypróżnienie, butelka rs. 2.

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

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

**Wino senesowe** (*fol. Sen. Alex. sine resinae*) na Xeresie. Jedna do 1½ łyżki sprowadza należyte wypróżnienie, butelka rs. 1 kop. 75.

**Wino manganowo-żelazne z peptonem** (*Vinum ferro-mangani peptonati*) na Xeresie, zawiera 1% ferro-mangani peptonati rs. 2.

**Wino peptonowe** na Maladze, zawiera 5% peptonu rs. 2.

**Wino piołunowe** (*Vin de Vermuth*) na białem francuzkiem winie rs. 1 kop. 50.

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

# APTEKA

i Skład Wód Mineralnych

NATURALNYCH

wprost ze źródeł sprowadzanych

# M. BARGZA

W WARSZAWIE

94. ul. Marszałkowska 94.

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

Uznane przez Radę Lekarską w Warszawie i Departament Medyczny w Petersburgu, potwierdzone przez p. Ministra S. W.

Dla kaszlących i osłabionych

## SŁODOWY EKSTRAKT I KARMELKI

z Miodu, Słodu i Ziół leczniczych.



Nagrodzone na wystawach higieniczno-lekarskich w Warszawie, Krakowie, Lwowie i Środkowo-Azyjatyckiej w Moskwie.

— ❖ — **FABRYKI** — ❖ —

# „LELIWA“

w Warszawie, ulica Zgoda 6.

Wyłączna sprzedaż w Aptekach i Składach aptecznych.



Strzedz się podrabianych i nasiadowanych.



Zwracać uwagę na firmę na opakowaniach.



APTEKA  
i Skład Wód Mineralnych  
NATURALNYCH

WPROST ZE ŹRÓDEŁ SPROWADZANYCH

pod firmą

**Dr. T. Heinrich**

W WARSZAWIE

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

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

---

*Okulary, Binokle najcenniejszych fabryk w najnowszym fasonach, Lornetki, Termometry wszelkiego rodzaju, Irrygatory, Inhalatory, Suspensoryja, Bandaże rupturowe, Woreczki hygieniczne, Gąbki ochronne oraz wszelkie narzędzia optyczno-hirurgiczne, poleca najtaniej optyk*

*Juljan Dreher*

SZPITALNA Nr. 6.

*Biednym według uznania WW. pp. doktorów po cenie kosztu. Przyjmuje wszelkie reperacyje.*

12-10

---

NOWO OTWORZONY  
Skład Naczyń Aptecznych, Chemicznych i Doktorskich

*Józefa Chwastkiewicza*

Warszawa, Bielańska 3.

Poleca swój towar po cenach możliwie umiarkowanych.

12-6

PATENTOWANY INSTYTUT  
**WÓD MINERALNYCH SZTUCZNYCH**

przy ogrodzie Krasińskich

PRZESZEDŁ NA WYŁĄCZNĄ WŁASNOŚĆ

**Towarzystwa Aptekarzy Warszawskich**

*ul. Długa Nr. 30/38. Telefonu Nr. 491.*



Wszystkie wody mineralne sztuczne, napoje gazowe, wody: sodową i selcerską, oraz limonady Instytut wyrabia li tylko na

**Wodzie destylowanej.**

Z dniem 1 Stycznia 1896 r. wyroby Instytutu sprzedają następujące apteki:  
1) H. Biertümpfel, 2) W. Borzęcki, 3) A. W. Filonowicz, 4) E. Gessner, 5) E. Jarnuszkiewicz, 6) H. Klawe, 7) W. Kliki, 8) S. Kosiński i S. Dzierzbicki, 9) H. Kucharzewski, 10) S-rów K. Lilpop i E. Trentler, 11) J. Mrozowski, 12) B. Popiel i E. Lipski, 13) J. Rutkowski, 14) W. Różycki, 15) J. Różycki, 16) K. Wenda i W. Wiorogórski.

3-3



**Fabryki „IMPERIAL“**

W WARSZAWIE

Odznaczony medalami na Wystawie w Warszawie i Brukselli 1891 roku,

+☞ za czystość produktu. ☞+

Analiza prof. Milicera, Dr. Nenckiego i Dr. Zawadzkiego utwierdza, że Koniak „Imperial“ jest wyrobem z czystego wina i niczem się nie różni od dobrych francuzkich Koniaków, a zatem zalecany być może chorym, rekonwalescentom i konserwom, jako zdrowy i wyborny napój.

Sprzedaż detaliczna we wszystkich znaczniejszych handlach win i towarów kolonijalnych w Warszawie i Królestwie.

Hurtowa od 3 wiader, w Kantorze fabrycznym.

12-5



Zatwierdzony przez ministra spraw wewnętrznych i nagrodzony najwyższą nagrodą na wystawie higienicznej



w r. 1887

# PIERWSZY W KRAJU PRYWATNY INSTYTUT SZCZEPIONIA OSPY OCHRONNEJ

## D-rów W. Mączewskiego i K. Sierpińskiego

WARSZAWA, MARSZAŁKOWSKA 99.

Posiada zawsze świeży materiał szczepienny i rozsyła takowy natychmiastowo po otrzymaniu zażądania.

Rurka limfy na 2 szczepienia kop. 75, detryt we flakonach począwszy od 10 szczepień po 5 kop. za jedno szczepienie. Na przesyłkę dołączyć należy kop. 25. Aptekom i biorącym w większych ilościach, odstępuje się odpowiedni rabat.

**UWAGA.** Dla powiatów i wogóle dla szczepień massowych ekspeduje się detryt we flakonach pipetowych po 25 i 50 szczepień zawierających.

**SKŁAD GŁÓWNY W APTECE MAGISTRA FARMACJI H. KUCHARZEWSKIEGO**

MIODOWA Nr. 4.



## SPIS RZECZY.

### Prace oryginalne.

	Str.
1. Dr. med. Franciszek Neugebauer. Rzadkie spostrzeżenie urazowego przemieszczenia cewki moczowej kobiecej, oraz przypadek atresiae vaginae in puerperio acquisitae z następczą Haemato-kolpometra.	125
2. Justyna Salberg. O rozkładzie cukru gronowego przez paciorkowca róży.	135
3. L. Wilk. O cholery w Węgrowie, oraz kilka słów o wartości leczniczej metody Cantani'ego.	137
4. Dr. J. Kunig. Rzadki przypadek ropnicy, powstałej na tle niezżytu i rozszerzenia oskrzeli.	146

### DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

#### I. Patologija ogólna i Medycyna wewnętrzna.

72. Dr. Michael Grossmann. Wpływ większej lub mniejszej zawartości krwi w naczyniach płucnych na oddechanie.	149
73. Bettelheim. Zaburzenia w mechanizmie serca przy zaciśnięciu lewej tętnicy mózgowej.	150
74. Prof. Ch. Bäumlcr. Odrębna postać ostrego zapalenia oskrzelo-płucnego przy gruźlicy płuc, zależnego od wdychania zawartości kawern.	151
75. C. Delezenne. Grypa o charakterze tyfusowym.	152
76. Prof. Wilhelm Heiner. O leczeniu zaparcia stolca, oraz niektórych cierpień kiszki grubych obfitemi ławatywami z oleju.	154

#### II. Chirurgija.

77. Archangielskij. Wpływ wylewów krwawych na podniesienie ciepłoty ciała.	156
78. Ignatow Afanasij. Przyczynę do chirurgicznego leczenia kamicy żółciowej.	159
79. Th. Wette. O chirurgicznym leczeniu choroby Basedowa.	162

#### III. Choroby weneryczne i skórne.

80. Moritz. Pieggi Éphélides.	163
81. W. van Horn. Leczenie zwane zdarciem piegów, trądzika i t. d.	164
82. Paschki. Tatuowanie jako środek terapeutyczny.	165
83. Arnoza. Umiejscowienie wydzielin tłustych normalnych na powierzchni skóry.	166
84. Colos. Leczenie miejscowe róży rozpylonym sublimatem.	167
85. Sabouraud. Poszukiwania nad naturą pasorzytniczą słoniowacizny.	167
86. Dr. M. L. Jullien. Studya nad miękkim szankrem.	168
87. Jadasohn. Leczenie trypra ichtyjołem.	168
88. J. Janet. Leczenie zaraźliwego okresu rzerzączki.	170
89. His. Choroby serca przy tryprze.	171

90.	R a m b a n d. Leczenie przymiotu jodkiem rtęci i jodkiem potasu	172
91.	Dr. E. W e l a n d e r. Badania nad wchłanianiem i wydzielaniem rtęci w moczu przy różnie dokonywanych wceieraniach . . .	172
92.	P a u l i. Przypadek powtórnego zarażenia się przymiotem . . .	174

**Wiadomości pomniejsze.**

93.	Stan gorączkowy u istot jednokomórkowych . . . . .	175
94.	Mięsak aortae thoracicae . . . . .	176
95.	Bac coli communis w zapaleniach dróg żółciowych . . . . .	176
96.	Toksyny laseczników błonicy . . . . .	176
97.	Błękit metylowy w zimnicy . . . . .	176
98.	Porażenia połowiczne po otruciu tlenkiem węgla . . . . .	176
99.	Złamanie nabłonka przelyku . . . . .	176
100.	Wrodzony brak oczu . . . . .	175
101.	Suszenie przecinków cholery . . . . .	177
102.	B. pyocyaneus w zapaleniach ucha średniego . . . . .	177
103.	Znaczenie palenia tytoniu . . . . .	177
104.	Oxychinaseptol. . . . .	177
105.	Jodoform w zapaleniu pęcherza moczowego . . . . .	177
106.	Płyn do płukania ust i proszek do zębów . . . . .	178

**Kronika miesięczna . . . . . 178**

Przegląd prac oryginalnych, pomieszczonych w pismach w miesiącu Lutym 1893 r . . . . . 182

Sprostowanie . . . . . 190

Nadesłano do Redakcyi . . . . . 190

Ogłoszenia . . . . . 190

## Chloroformum purissimum

OCZYSZCZONY WEDŁUG SPOSOBU PROF. N. MENTHIENA

w laboratorium apteki

### H. BIERTÜMPFLA

Marszałkowska róg Śto-Krzyskiej w Warszawie.

2 uncje (60,00)	55 kop.	Ceny niniejsze są dla aptek, szpitali i zakładów leczniczych.
3 uncje (90,00)	80 „	
6 uncyj (180,00)	1.50 „	
12 uncyj (360,00)	2.80 „	