

MEDYCINA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Z przesyłką pocztową, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. **Cena numeru pojedynczego kop. 15.** **Cena ogłoszeń:** Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracya „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Przyczynek do kazuistyki pierwotnego raka oskrzeli. Podał d-r med. M. Sadowski. — O guzie perlistym (cholesteatoma) ucha. Przez d-ra T. Heimana. — (Dokończenie). — **STRESZCZENIA I WYCIĄGI.** 42. O patogenezie małokrwistości złośliwej. 43. O otruciach grzybnami. 44. Wewnętrzne leczenie zapobiegawcze powtórnych kolek wątrobianych. 45. O spędzaniu płodu za pomocą trucizn. 46. Protoza chirurgiczna za pomocą wstrzykiwań wazelinu do tkanek. 47. Leczenie drgawek porodowych wewnątrzskórkami lub podskórnymi wstrzykiwaniami jodku potasu. XIX zjazd internistów w Berlinie. (Sprawozdanie własne). Sprawozdanie z posiedzenia dnia 16 kwietnia r. b. (Ciąg dalszy). — **DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI.** — **WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.** — **ZMARLI.** — **OGŁOSZENIA.**

„MEDYCINA“

GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r M. Sadowski — Contribution à la casuistique du cancer primitif des bronches. 2) D-r T. Heiman — Sur le cholesteatome de l'oreille.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krak-Przedm. 7.

„MEDYCINA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r M. Sadowski — Zur Kasuistik des primären Bronchialcarcinoms. 2) D-r T. Heiman — Ueber das Cholesteatom des Ohres.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Warschau — str. Krak-Przedm. 7.

PRZYSZYNEK DO KAZUISTYKI PIERWOTNEGO RAKA OSKRZELI.*

Podał

D-r Med. M. SADOWSKI.

Ordynator oddziału chorób wewnętrznych w szp. Dz. Jezus. w Warszawie.

Przypadek raka oskrzela, który mam zamiar opisać w artykule niniejszym, zasługuje, zdaniem mojem, na uwagę nie tylko z tego względu, że sprawy chorobowe tego rodzaju spotykają się względnie dosyć rzadko w oskrzelach, jako sprawy pierwotne, ile że przebieg kliniczny spostrzeganego przeze mnie przypadku przez czas bardzo stosunkowo długi, prawie od początku rozpoczynającej się choroby aż do dnia śmierci, tyle nasuwał trudności rozpoznawczych, tyle rozmaitych wątpliwości przedstawiał, a jednak tak oniemal stanowczo przemawiał za gruźlicą, że dopiero badanie zwłok pośmiertne mogło stanowczo rozstrzygnąć, z czem mieliśmy istotnie do czynienia.

*) Rzecz, przeznaczona na IX Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie. Referat w Dzienniku Zjazdu.

Większość autorów [HOFMAN (1)] zaznacza, że wogóle guzy oskrzeli należą do wielkich rzadkości. Znane są przypadki tłuszczaków [ROKITANSKY (2), LABOULBENE (3), CHIARI (4)]. RADESTOCK opisuje przypadek wola (*colloidstruma*) prawego głównego oskrzela. Brodawczaki opisują SIEGERT (5), MACINTYRE (6) i inni.

Co się tyczy nowotworów złośliwych, a z tych przedewszystkiem raków, naturalnie, pierwotnych oskrzeli, to literatura tego przedmiotu nie jest bogata, zwłaszcza z uwzględnieniem opisu dokładnego przebiegu klinicznego. ROKITANSKY (7) opisał raka pnia oskrzelowego, przechodzącego na rozgałęzienia tegoż oskrzela, ściany oskrzela były zgrubiałe, twarde, światło ich było znacznie zmniejszone. Autor dodaje, że równocześnie w tym przypadku znaleziono raka gruczolów oskrzelowych oraz bardzo rozwiniętego raka w opłucnie, tak, że sprawa cała w oskrzelach właśnie ztąd wziąć mogła swój początek.

W roku 1871 LANGHANS (8) opisuje przypadek pierwotnego raka oskrzeli. Przypadek ten dotyczył mężczyzny, lat 40 mającego, który od roku chorował przy objawach zwężenia oskrzela prawego. Przyczyna tego zwężenia za życia nie mogła być wyjaśniona. Chory zmarł podczas jednego z napadów silnej duszności. Przy badaniu zwłok płuca znaleziono prawidłowe, zawierały one powietrze, gruczolę oskrzelową były obrzmiałe, silnie zabarwione na czarno, bez zmian rakowatej natury. Oskrzela na zewnątrz również nie przedstawiały nic nie prawidłowego, dopiero po ich przecięciu okazało się, że ich ściany w okolicy podziału tchawicy na oskrzela w wysokim stopniu były zmienione. Badanie drobnowidzowe potwierdziło rakowatą naturę zmian, znalezionych przy badaniu zwłok pośmiertnem.

STILLING (9) w roku 1881 opisał 5 przypadków raka płuc. Autor zgadza się ze zdaniem BIRCH-HIRSCHFELD'a, który przypuszcza, że wszystkie raki płuc początek swój biorą z oskrzeli. W przypadku zwłaszcza pierwszym z opisanych STILLING ma zupełne prawo również robić podobne przypuszczenia. Przypadek ten dotyczył 52-letniego mężczyzny. W początkowej części wtórnej odnogi prawego oskrzela znaleziono nowotwór (rak), który zamykał dostęp powietrza do tej gałęzi. Płuco w danym przypadku nie było zmienione.

I w drugim przypadku STILLING'a, dotyczącym 27-letniej kobiety, jakkolwiek i płuca były już dotknięte nowotworem, to jednak i w danym przypadku autor znalazł na blonie śluzowej głównego prawego oskrzela miękki podobny do polipa guz, który przy badaniu drobnowidzowem okazał się rakiem. W przypadku trzecim, dotyczącym 70-letniego mężczyzny, autor znalazł raka w lewym oskrzeli, poniżej miejsca pierwotnego podziału. Nowotwór znajdował się i w płucach, lecz można było odnaleźć drogę w płucu, po której rak rozwijał się z oskrzela.

DORSH (10) w swej rozprawie doktoryzacyjnej oraz KÖRNER również opisują pierwotego raka oskrzela prawego. HANDFORD (11) opisuje rzadki przypadek pierwotnego raka lewego oskrzela. Nowotwór brał początek z błony śluzowej i zamykał całe światło oskrzela. Wtórne guzy autor znalazł w lewym płucu.

W ubiegłym dziesięcioleciu również nie często spotykamy się z opisem raków oskrzeli. W roku 1890 EBSZTEJN (12) opisał dwa przypadki pierwotnego raka oskrzeli. EBSZTEJN w artykule swym zaraz na wstępie zaznacza, że głównie w swej pracy ma na celu, również jak i my, stronę kliniczną i rozpoznawczą omawianej sprawy. Dalej tenże autor twierdzi, że, jeżeli rak

oskrzela ogranicza się li tylko do samej ściany oskrzela, lub jeżeli w swoim sąsiedztwie powoduje bardzo nieznaczne zmiany w płucu, to rozpoznanie za życia staje się prawie niemożliwe.

Przypadek pierwszy dotyczył 67-letniego mężczyzny dobrze odżywianego, dziedzicznie co do raka obarczonego, chory zmarł 20 marca 1889 roku, a pierwsze objawy jego choroby ze strony dróg oddechowych wystąpiły w połowie grudnia 1888, a mianowicie: suchy męczący kaszel, duszność, bezsenność. W tymże czasie bywały nieznaczne podniesienia ciepłoty do 38,5°. Autor po raz pierwszy widział chorego w styczniu 1889 r. Chory wtedy skarżył się na bóle w boku, brak łaknienia oraz wstręt do mięsa. Śmierć nastąpiła prawie nagle. Przy badaniu zwłok znaleziono raka w oskrzeli prawego dolnego zraza płucnego. Rak znajdował się na przestrzeni kilku centymetrów na błonie śluzowej. Autor dodaje, że chory za życia swego bardzo bał się umrzeć na raka i często o tem lekarzom wspominał. Nikomu jednak z nich podczas całego przebiegu choroby na myśl nawet nie przyszło, aby ich pacjent istotnie na raka chorował i miał na tę chorobę umrzeć. W drugim przypadku EBSZTEJN rozpoznał raka oskrzela za życia jeszcze chorego. Dopomogło do tego zjawienie się pod koniec guzów rakowatych na 5 prawem żebrze. Autor w końcu swej pracy omawia ogromne trudności przy rozpoznawaniu raka oskrzeli, zaznaczając, że bardzo wiele objawów przy tem cierpieniu może bardzo łatwo nasywać myśl, że mamy do czynienia z gruźlicą płuc. Jedyną pewnością przy rozpoznawaniu dawać może znalezienie kawałków nowotworu w płwocinie lub istnienie przerzutów.

W ostatnich czasach KILIAN (13), zawdzięczając swojej metodzie badania, mógł rozpoznać raka płuca. Rak ten prawdopodobnie brał początek z prawego oskrzela. NICOLAS (14) zebrał 35 przypadków pierwotnego raka oskrzeli. Autor ten dochodzi do wniosków, że rak oskrzeli zdarza się częściej u mężczyzn, niż u kobiet. Siedliskiem raka oskrzeli jest najczęściej prawe oskrzele. Jako przyczynę najczęściej znajdował u autorów uszkodzenia np. uderzenia w klatkę piersiową.

Przypadek nasz dotyczył lekarza, lat 39 mającego, który zgłosił się do mnie w połowie grudnia 1898 r., skarżąc się na ból w prawym boku, kaszel suchy, duszność przy wchodzeniu na schody, brak łaknienia, ogólne osłabienie, częste przyspieszenie tętna. Chory dodaje, że objawy te wystąpiły w drugiej połowie listopada t. r., że kilka dni gorączkował, i że w ostatnich dniach znajdowano u niego stłumienie pod 4 prawem żebrzem od przodu, i stłumienie to bezpośrednio przechodziło w tępość wątroby.

Znając chorego od 13 roku jego życia i oniemal ciągle przez ten czas z nim się widując, miałem bardzo ułatwione wywiady co do poprzedniego stanu zdrowia obecnie chorego kolegi. Otóż pochodzi on z rodziny głównie nerwowo obarczonej. Ojciec zmarł po operacyi odjęcia palucha nogi, wskutek gangreny starczej, matka zmarła nagle (podobno dotknięta była wadą serca). U członków dalszej rodziny gruźlicy nie było; sam chory, będąc jeszcze uczniem gimnazjum, z polecenia CHALUBIŃSKIEGO wskutek stale w ciągu pewnego czasu powtarzającego się kataru oskrzeli z silnym i uporczywym kaszlem wyjeżdżał do Zakopanego. W roku 1885 chorował na uporczywą żółtaczkę. Ożeniwszy się w roku 1888, ma troje zdrowych dzieci. Przymiotu nie przechodził. W lutym 1898 r. podczas silnej epidemii błonicy w miejscowości, gdzie stale zamieszkiwał i praktykował, zaraziwszy się bez-

pośrednio od pacyenta, zachorował na błonicę. Przebieg choroby był ciężki, powikłań jednak żadnych nie było.

Już po upływie paru miesięcy po przebytej błonicy zauważyłem u chorego znaczną błądź skóry i błon śluzowych, oraz już wtedy skarżył się on na duszność przy wchodzeniu na schody.

Przy badaniu chorego w początkach grudnia 1898 r. znalazłem, co następuje: Chory dobrej budowy i bardzo dobrego odżywiania, błony śluzowe blade. Klatka piersiowa szeroka; granice płuc cokolwiek z tyłu obniżone. Z prawej strony od przodu pod 4 żebrem na linii sutkowej odgłos wypukowy prawie tępy, tępość zlewa się z tępością wątroby, tępość ta dochodzi do linii pachowej, a potem znika, od tyłu na dole tępości niema. Oddech prawidłowy, cokolwiek osłabiony w dolnych częściach, kaszel suchy, płwociny brak zupełny; granice serca prawidłowe, tętno 100 na minutę, miękkie, łatwo dające się uciskać. Stan bezgorączkowy. Tego samego dnia widział jeszcze chorego kol. SOKOŁOWSKI, znalazł on mniej więcej to samo, zwrócił tylko jeszcze uwagę na cokolwiek wydłużony oddech w prawym wierzchołku. Kol. SOKOŁOWSKI na naradzie główny kładł nacisk na tętno chorego. Przyjąwszy zaś pod uwagę i zmiany wypukowe, znalezione u chorego, oraz nie zbyt dawno przebytą błonicę w ciężkiej postaci, ogólne jakby zmęczenie chorego, pewną apatyę, kaszel oraz nieznaczne wydłużenie oddechu u prawego wierzchołka, radził wyjazd na południe, na co i ja się zgodziłem. Chory 25 grudnia t. r. wyjechał do Nizy. W liście, polecającym opiece kol. TYMOWSKIEGO chorego kolegę, zwróciłem jego uwagę na owo stłumienie pod prawem 4 żebrem i prosiłem o wiadomości co do stanu zdrowia chorego podczas pobytu jego w Nizy. Zaznaczyć tu muszę, że kol. TYMOWSKI w korespondencji, przeprowadzonej ze mną, podzielał obawy moje, czy czasem nie mamy tu do czynienia z rozwijającym się nowotworem, co, naturalnie, zmieniłoby zupełnie rokowanie w danym przypadku. Też same uwagi komunikowałem bliższej rodzinie chorego. Naturalnie, przyznać się muszę, że, jeżeli przychodziła mi myśl o nowotworze, to przypuszczałem, że punktem wyjścia tego nowotworu, być może, iż jest opłucna.

Chory przybywszy do Nizy, już po upływie niedługiego czasu, zaczął się poprawiać, kaszel uporczywy zinniejszył się, łaknienie stawało się lepsze, odbywał duże spacery bez zmęczenia; trwało to jednak wszystko nie długo, kaszel znów się powiększył. Chory przypisywał to nagłym zmianom temperatury w Nizy i dla tego przeniósł się na stały pobyt do Mentony. Istotnie w tej miejscowości czuł się lepiej, ale już pod koniec lutego 1899 r. dostał silnego bólu w prawym boku, sam odczuwał tarcie opłucny w tym boku, ciepłota wieczorami cokolwiek bywała podniesiona. Chory zaniepokoił się tem pogorszeniem i postanowił wrócić do kraju, co też i uczynił, przyjechawszy do Warszawy w dniu 31 marca t. r. Jadąc do Warszawy podczas całej drogi odczuwał silny ból w prawym boku, suchy kaszel wzmógł się znacznie, i oprócz tego chory zauważył arytmieję w tętnie, co go bardzo zaniepokoiło.

Badając chorego nazajutrz po powrocie do Warszawy, t. j. w dniu 1 kwietnia 1899 r. znalazłem wyraźną tępość z prawej strony od dołu z tyłu sięgającą do dolnego kąta łopatki. Na miejscu stępienia oddech był bardzo osłabiony, drżenie klatki piersiowej z tejże strony w porównaniu ze stroną lewą znacznie osłabione. Mając takie dowody obecności płynu w jamie opłucny, poprosiłem dla narady kol. Br. SAWICKIEGO, który, potwierdziwszy moje rozpoznanie, wypuścił choremu około 300 sz. cm. płynu surowiezo-krwawe-

go, domieszka krwi była niewielka. Badanie płynu tego przez kolegów MAYZLA i PALMIRSKIEGO nie wykazało obecności laseczników KOCU'a; z wyników szczepień części płynu tego świnkom morskim nie można było żadnych wniosków wyprowadzać, świnki bowiem padły bardzo wcześnie. Już sam jednak wygląd płynu naprowadzał nas na myśl, czy nie mamy tu jednak do czynienia z nowotworem opłucny. Zaproponowałem nawet rodzinie, aby chorego poddać prześwietleniu w celu otrzymania, być może, dokładniejszych danych co do samego rozpoznania. Rodzina jednak nie zgodziła się na to, obawiając się wzbudzenia podejrzeń u samego chorego co do możliwości istnienia nowotworu. Tymczasem chory zaczął się poprawiać, wstał z łóżka, zaczął wychodzić, i dla tego postanowiliśmy chorego w celu większej poprawy wysłać na wieś.

Chory od maja (1899) zamieszkał na wsi, a po upływie pewnego czasu zaczął ze wsi na parę godzin przyjeżdżać do miasta, w którym stale praktykował, i zajmować się zwykłą swoją praktyką lekarską.

Na wsi termometr nie wykazywał podnoszenia się ciepłoty, kaszel znacznie się zmniejszył. Dopiero około połowy lipca wezwany zostałem do chorego, z powodu, że zaczął gorączkować, ciepłota zwykle od południa co dzień zaczęła się podnosić do 38.5° , ból w prawym boku zwiększył się. Znalazłem wtety stępienie nieznaczne od tyłu z prawej strony, oddech osłabiony, drżenie klatki piersiowej osłabione, ale nie tak, jak przed wypuszczeniem płynu w kwietniu. Po upływie kilku dni ciepłota przestała się podnosić od południa, ból w boku zmniejszył się, chory wyjechał zupełnie na wieś i stopniowo powrócił do tego stanu zdrowia, jaki był przed podnoszeniem się w ciągu kilku dni ciepłoty.

W tym czasie mniej więcej badał krtani chorego kol. SREBRNY. Badanie krtani dokonane było na życzenie chorego, a to z powodu silnego i uporczywego suchego kaszlu. Kol. SREBRNY zmian żadnych w krtani nie znalazł. Wnosząc li tylko z krwawego charakteru wysięku opłucny, wyraził zdanie swoje, czy czasem w danym przypadku nie mamy do czynienia z nowotworem.

Po powrocie ze wsi chory wziął się do pracy, zajęcia miał bardzo wiele z powodu silnej epidemii dyzenteryi, panującej w mieście, gdzie praktykował.

W połowie września znów chory dostaje gorączki, *maximum* dochodzi do 39° , bywają silne dreszcze, poty, kaszel większy. Objawy ze strony opłucny wyraźniejsze. Chory przyjechał do Warszawy, tu jednak pomimo parokrotnie zrobionych próbnym przekłuć płynu nie otrzymano. Ponieważ ciepłota stale podnosiła się na parę godzin, kaszel nie ustępował, postanowiliśmy chorego umieścić w sanatorium w Otwocku.

Już przed samym wyjazdem do Otwocka chory skarżył się na bóle w brzuchu i miewał 3 do 4 wypróżnień dziennie. Były to już najwidoczniej początki dyzenteryi, której się nabawił, lecząc swoich chorych. Istotnie, w Otwocku dyzenterya rozwinęła się u chorego. Ciepłota stale trzymała się około 39° . Podobny stan chorego trwał 3 tygodnie, poczem dyzenterya zaczęła ustępować, chory wszedł w okres zdrowienia. Gorączka ustąpiła. W płucach żadnego widocznego pogorszenia nie zauważono.

(D. n.).

O guzie perlistym (cholesteatoma) ucha.

(Odczyt wypowiedziany w Warszawskim Towarzystwie Lekarskim 5 marca 1901 r.)

przez

D-ra TEODORA HEIMANA.

(Dokończenie—Zob. Nr. 22).

Błona bębenkowa może przedstawiać wszystkie zmiany, jakie istnieją przy przewlekłym zapaleniu ropnem ucha środkowego. Ponieważ poniżej wyrostka krótkiego młotka guzy perliste rzadko napotykają się w jamie bębenkowej, przeto otwory i braki w dolnej połowie błony bębenkowej nie przedstawiają nic charakterystycznego dla cholesteatomatów. W rzadkich przypadkach może otwór w błonie bębenkowej zagoić się całkowicie pomimo obecności guza perlistego (HÜGER).

Guzy perliste dojść mogą do znacznych rozmiarów bez wywołania jakichbądź objawów próchnienia w kości skroniowej. Częściej jednakże już małe guzy wywołują w niej braki i wyłobienia, zależące po części od ucisku jej przez guz, po części zaś od zaniku, wywołanego zmianami w błonie śluzowej jamy bębenkowej. W ten sposób mogą powstać ogromne utraty kości bez jakichbądź wybitnych objawów; opona twarda może zostać obnażoną na znacznej przestrzeni, zatoka poprzeczna może być uciśnięta, przemieszczona i zamknięta; nawet mózg może być odepchnięty przez te wrastające w jamę czaszkową masy kłębiaste. Niekiedy ulega zniszczeniu część piramidy kości skroniowej; innym razem znowu masy te rosną w kierunku przewodu słuchowego zewnętrznego, przemieniając go wraz z jamą bębenkową i sutkową w jedną wielką jamę. W następstwie guz zaczyna wydobywać się na zewnątrz, i tą drogą mogą guzy perliste na zewnątrz całkowicie wydzielić się i sprowadzić wyleczenie.

Zmian zapalnych, jak: nasięku drobnokomórkowego, zapalenia okostny i kości może zupełnie nie być przy całej tej sprawie. Najczęściej jednak znaki zapalne grają ważną rolę i nie ograniczają się do powierzchni, lecz przenikają głębsze warstwy, t. j. przechodzą na cienki podłoże łączno-tkankowe na okostną i kość. Rozległa zgorzel z wytworzeniem martwaków jest rzadka przy guzach perlistych. Próchnienie kości, towarzyszące tym guzom, przyspiesza zniszczenie jej i tworzy główne niebezpieczeństwo powstania powikłań wewnątrzczaszkowych. Często cholesteatomy pokrywają się polipami ziarninowymi. Wydzielina jest nieznaczna, ropna, niezmiernie przykrej woni.

Cholesteatomy kości skroniowej mogą trwać przez wiele lat bez wywołania jakichbądź objawów podmiotowych. Często jednak sprowadzają ucisk w odpowiedniej połowie głowy, ból głowy i zawroty. Skutkiem przyzyny przypadkowej, jak dostanie się płynu lub pary wodnej do ucha, wywołującej napęcznienie guza, występują gwałtowne objawy odczynowe, głównie straszny ból, rozszerzający się z wyrostka sutkowego na odpowiednią połowę głowy i szyi, do czego przylączy się często wysoka gorączka. Objawy te zależą nietyle od samego cholesteatomatu, ile od sprowadzonego przez niego zastój ropy. Odczynowe podrażnienie prowadzi albo do wy-

dostania się mas cholesteatomatycznych na zewnątrz przez przewód słuchowy zewnętrzny, albo do przebicia kości skroniowej w rozmaitych miejscach. Objawom zapalnym w zachyłku i w wyrostku sutkowym towarzyszy często opadnięcie tyłno-górnej ściany przewodu słuchowego zewnętrznego.

Sprawy cholesteatomatyczne mogą zakończyć się wyzdrowieniem po wydzieleniu się mas naskórkowych na zewnątrz. Skutkiem szybkiego napęcznienia i ciśnienia wydzieliny płynnej, po za niemi będącej, zostają wypchnięte przez przedziurawioną błonę bębenkową do przewodu słuchowego zewnętrznego; rzadko dostają się przez trąbkę EUSTACHIUSZ'a do jamy gardzielowej. Innym razem znowu przebijają wyrostek sutkowy przy objawach ropnia na nim (STEINBRÜGGE, HEIMANN) lub też z wyrostka sutkowego przedostają się do przewodu słuchowego zewnętrznego przez jego ścianę tylną. Wszelako wyzdrowienia z guza perlistego nie są częste, gdyż po wydaleniu go, a nawet po całkowitem usunięciu na drodze operacyjnej ma skłonność do nawrotów. Wyzdrowienie z cholesteatomatu i z samej sprawy ropnej, towarzyszącej mu, spostrzegamy najczęściej wtedy, gdy istnieje otwór w wyrostku sutkowym lub w ścianie przewodu słuchowego zewnętrznego. Często trudno dające się usunąć masy cholesteatomatyczne z ucha środkowego są źródłem zastojów ropy i części rozpadowych samego guza, przez co w wielu razach produkty te zostają wessane do krwiobiegu, prowadząc do zapalenia zatoki poprzecznej i jej zakrzepu z następczą ropnicą posoczną i do nadżarcia zatoki, lub też rozwija się zapalenie opon mózgowych albo ropień mózgu.

Rozpoznanie cholesteatomatu ucha środkowego stawiamy na pewno wtedy, gdy z ucha wydalają się masy, złożone z warstw naskórka współśrodkowo ułożonych, koloru białego, perłowej masy, lub brunatno-żółtego. Można podejrzewać cholesteatomat, gdy ropa z jamy bębenkowej zawiera dużo cholestearyny (BLAU), lub też okazują się w niej od czasu do czasu blaszki naskórka, które nie wiele wystają po za brzeg przedziurawionej błony bębenkowej; gdy ropa jest cuchnąca, i sprawa chorobowa opiera się wszelkiemu leczeniu, gdy często bez wiadomych powodów powstaje bolesny odczyn zapalny z objawami podrażnienia mózgu (SCHWARTZE), gdy istnieje twardy polip ziarninowy w przewodzie słuchowym zewnętrznym, całkowicie go wypełniający, i wreszcie gdy obok przedziurawienia błony bębenkowej istnieją przetoki kostne lub braki w tyłno-górnej ścianie przewodu słuchowego zewnętrznego. Nie rzadko się zdarza, że zgłębnik wprowadzony przez taką przetokę lub brak kostny do jamy sutkowej znajduje ją pustą i suchą, prawdopodobnie skutkiem dawniejszego wydzielenia się guza.

Odróżnienie właściwego cholesteatomatu od zwykłych produktów zapalenia łuszczącego przed wydobyciem ich na zewnątrz jest często niemożliwe; guz perlisty stanowi bowiem często późniejszy etap łuszczenia się naskórka. Podział na zapalenie łuszczące, gdzie produkty naskórkowe są bezkształtne, i cholesteatomat, gdzie one są ułożone w pewnym porządku, opatrzone otoczką lub bez niej, w zupełności odpowiadają budowie pierwotnych guzów perlistych, jest wszelako ważny pod względem rokowania i leczenia. I jedno i drugie jest przy cholesteatomacie mniej pomyślne.

Pierwotny guz perlisty rozpoznajemy, gdy przy obecności takiego tworzenia nie ma przedziurawienia ani też blizny błony bębenkowej, gdy na wiele lat przed jego wydaleniem się na zewnątrz rozwija się głuchota nerwowa skutkiem uszkodzenia błędnika bez uprzedniego zapalenia i ropienia z ucha

(SCHWARTZE); gdy otoczka obejmuje guz nierozdzielnie w jamie bębenkowej (KÖRNER). Można też nowotwór uważać za pierwotny, gdy ropienie z ucha jest pochodzenia niedawnego, zaś guz jest tak wielki, że rozwój jego musiałaby poprzedzić długotrwała sprawa ropna w uchu (KUHN, STEINBRÜGGE). Jako oznaki pierwotnego cholesteatomatu przytaczają jeszcze: siedlisko jego w miejscu, gdzie naskórek dostać się nie może (SCHWARTZE), znaczną liczbę złocistych lub srebrzystych kryształków cholestearyny na jego powierzchni, obecność guza przy takim przedziurawieniu błony bębenkowej, przez które naskórek przedostać się nie może (KÖRNER, BLAU).

Rokowanie jest zawsze wątpliwe i ciężkie z powodu trudnej wyleczalności guzów perlisytych ucha środkowego, skłonności ich do nawrotów i groźących powikłań śmiertelnych ze strony jamy czaszkowej i zakażenia ustroju. Rokowanie należy stawiać z tem większą ostrożnością, że cholesteatomaty ucha środkowego mają często skryty przebieg. Mogą one, jak wiadomo, przez długi szereg lat nie wywoływać żadnych objawów, ażeby potem stać się pośrednim powodem szybkiego i niespodziewanego zgonu chorego.

Leczenie jest zapobiegawcze, objawowe i doszczętne. Leczenie zapobiegawcze wymaga starannego leczenia ostrego i przewlekłego ropienia z ucha. Leczenie objawowe polega na systematycznym usuwaniu mas cholesteatomatycznych za pomocą przestrzykiwań. Przy wielkich otworach w błonie bębenkowej wystarczają zwyczajne strzykawki; przy otworkach małych należy wsuwać w nie odpowiednio zgięte rurki HARTMANN'a lub SCHWARTZE'go i przez nie robić przestrzykiwanie. Podług TRAUTMANN'a ma przestrzykiwanie trójchlorkiem jodu łatwo usuwać masy naskórkowe. Przy każdym przestrzyknięciu powinniśmy starać się o wydostanie choć cząstki masy; inaczej bowiem pęczniąc pod wpływem zastrzykniętej wody, sprowadzają ból lub wzmagają istniejący. Często przestrzyknięciem nie osiągamy celu i zmuszeni jesteśmy wydobywać masy cholesteatomatyczne zgłębnikiem, łyżeczkami usznymi, kleszczykami, a nawet łyżeczką ostrą. Z wkraplaniem leków, mających masy te rozmiękczyć, należy być ostrożnym; często bowiem wywołują znaczne ich napęcznienie, stając się powodem silnych bólów, a nieraz niebezpiecznego zastoju ropy. Gliceryna sama lub z dodatkiem kwasu karbolowego, odbierając złuszczone naskórkom wodę, czyni je jednocześnie łatwiejszemi do wydzielania się. Małe otworki w błonie bębenkowej należy rozszerzyć, a w pewnych razach jest nawet wskazane wycięcie błony bębenkowej (BÜRNER). Spróchniały lub rozmiękczone kostny brzeg bębenkowy, ziarninę, polipy wyskrobujemy łyżeczką ostrą.

W wielu przypadkach udaje się doszczętnie usunąć cholesteatomat po wycięciu resztek błony bębenkowej usunięciem młotka, kowadełka i ściany bocznej zachyłka. Przy cholesteatomatach w jamie sutkowej wskazana jest operacja doszczętna.

Doświadczenie przekonywa, że guzy perlisyty są najczęściej umiejscowione w jamie sutkowej, że one częściej, niż wszelkie inne formy przewlekłego zapalenia ropnego, prowadzą do następnych powikłań śmiertelnych, i że wreszcie operacja radykalna jest jedynym środkiem mogącym doszczętnie usunąć guz perlisyty; jest przeto wskazana w każdym przypadku cholesteatomatu ucha środkowego. Ponieważ zdarzają się przypadki wyleczenia cholesteatomatu bez rękoczynów chirurgicznych, a znowu z drugiej strony operacja nie zabezpiecza od nawrotów, jestem przeto zdania, że tam, gdzie przewód słuchowy zewnętrzny jest obszerny, gdzie przy przestrzykiwaniu masy

cholesteatomatyczne z łatwością wychodzą bądź przez otwór w błonie bębnekowej, bądź przez ścianę tylną przewodu słuchowego zewnętrznego, i gdy chory systematycznie daje się kontrolować przez obeznanego z tym przedmiotem lekarza, nie mamy potrzeby nalegać na operację. Przy utrudnionych warunkach usuwania mas cholesteatomatycznych, przy niemożności kontroli lekarskiej, należy nalegać na chorego, aby się poddał operacji. Tam, gdzie obecność cholesteatomatu wywołuje objawy podrażnienia mózgu i jego opon, gdy występują zawroty głowy, połowiczne bóle jej, należy porzucić wszelkie metody leczenia zachowawczego i przystąpić jak najspieszniej do operacji doszczętniej.

W celu zapobieżenia nawrotom cholesteatomatu do niedawna jeszcze starano się utrzymać stały otwór w wyrostku sutkowym, ażeby tą drogą mogły się wydzielać samowolnie lub przez odpowiednie rękoczyny gromadzące się na nowo produkty naskórkowe. Utworzona przez operację radykalną jedna wielka jama z przewodu słuchowego zewnętrznego, jamy bębnekowej i sutkowej wystarcza najzupełniej, ażeby nowowytwarzające się masy cholesteatomatyczne mogły się wydzielić tą drogą, i dla tego wśród lekarzy uszyńnych coraz bardziej występuje dążność do zagojenia otworu za uchem (STACKE, ZAUFAL, SCHWARTZE, TRAUTMANN).

Dla zabezpieczenia się od nawrotów STACKE usuwa, o ile się to tylko daje, i otoczkę cholesteatomatu. BEZOLD i SIEBENMANN zostawiają ją. Przekonano się atoli, że pozostawienie całkowite lub częściowe otoczki odgrywa ważną rolę w odnowie guza. Pomimo najstaranniejszego usuwania wszystkich części, chorobliwie zmienionych, i pozornie zupełnego zabliznienia się rany, spotykamy się dość często z bardzo upartymi nawrotami cholesteatomatu, co JANSEN słusznie objaśnia tą okolicznością, że pomimo najdoszczętniejszej operacji nie udaje się nie pozostawić cząstek otoczki, które stanowią punkt wyjścia dla nawrotów. Z tego powodu radzi KIRCHNER, jak przy nowotworach złośliwych, usunąć przyległe zdrowe części kości. Jeżeli pomimo to guz się odnawia, wyskrobujemy go systematycznie ostremi łyżeczkami (JANSEN).

STACKE jest zdania, że gdy przestrzeń ucha środkowego pokrywają się po operacji skórka sino-szarą, błyszczącą, często nierówną, będącą bliźną łączno-tkankową, w takim razie nawrotów nie bywa. Gdy natomiast pokazuje się biaława warstwa naskórka, powinniśmy obawiać się ich i taką warstwę należy jaknajrychlej usunąć.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

42. SYLLABA. **Q** patogenezie małokrwistości złośliwej Wyłożyć patogenezę i mechanizm tej choroby jest rzeczą nader trudną. Składa się na to wiele przyczyn, z których główną jest to, że samo pojęcie choroby nie jest ściśle ograniczone — ściśle określone.

Autor przyjmuje poglądy IMMERMANN'a. Nie uważa przeto złośliwej małokrwistości za ostateczną postać jakiegokolwiek anemii (QUINCKE), nie objaśnia jej sobie jakimś powtarzającym się w wywiadach czynnikiem (ciąża, biegunka krwotoki i t. d. EICHHORST), lecz uważa ją za cierpienie swoiste, którego przyczyną jest jakieś nieznanne nam X. Pogląd ten autor rozciąga nie tylko na formy essencyjonalne, pierwotne, lecz i na wtórne, powstające po porodzie, cho-

robach zakaźnych, przy pasorzytach kiszkiowych i t. d. Wszędzie w takich razach małokrwistość złośliwa różni się od małokrwistości zwykłych, lekkich, ciężkich, a nawet śmiertelnych.

Przebieg kliniczny uwydatnia tę różnicę. Autor, od dłuższego czasu obserwując kilka przypadków złośliwej anemii, znajduje, że przebieg jest bardzo charakterystyczny. Bądź choroba rozwija się zwolna, lecz stale, bądź też ma przerwy, nagle pogorszenia i niespodziane poprawy. Jedna chora, mająca 1 milion ciałek czerwonych i 20% hemoglobiny, z objawami diatezy krwotocznej, z obrzękami dolnych kończyn, nie wielkim białkoczem, biegunką, gorączką i bredzeniem, uważana już za straconą, w krótkim czasie poprawiła się o tyle, że mogła zająć się gospodarstwem domowym. Inny chory po arsenikowej kuracji miał się przez dwa lata doskonale tak, że można go było uważać za uzdrowionego, nie mniej przeto wkrótce zmarł po wystąpieniu nowych nasileń choroby.

Przebieg kliniczny choroby zmusza nas do przyjmowania owego przyczynowego X w powstawaniu cierpienia.

Dotychczas pilnie, ale napróżno starano się to X odnaleźć. W r. 96 i 98 GRAWITZ stwierdził niepowodzenie bakterjologii w tej sprawie, ale, co się dotyczyło nie powiodło, może się udać później.

Chemia patologiczna także doznała zawodu, a doświadczenie kliniczne nie wskazuje nam nawet drogi, na której można by owo X wykryć.

Nie znajdując odpowiedzi na pytanie, co wywołuje złośliwą małokrwistość, każdy się zapyta, jak powstaje to cierpienie, jaki jest mechanizm jego rozwoju, dlaczego prowadzi do śmierci.

Sprawa patogenezy, z tej strony rozpatrywana, jest dostępniejsza, co wykazuje mnogość teorii, usiłujących wytłomaczyć mechanizm małokrwistości złośliwej.

Teorie te wyznaczają różne miejsca w ustroju dla powstawania choroby:

1) narządy krwiotwórcze, głównie szpik kostny, 2) krew w ogóle 3) krew w pewnych miejscach krwiobiegu, 4) narządy krwiotwórcze i krew 5) narządy trawienia, 6) układ nerwowy, 7) ściany naczyń. Tu autor rozpatruje szczegółowo teorię EIRLICH'a, SILBERMANN'a, HUNTER'a, STOCKMAN'a i t. p.

Przejrzawszy wszystkie te teorie, ma się wrażenie, że głównie idzie o to, czy złe tkwi w niedostatecznym wytwarzaniu się czerwonych krążków, czy też w zwiększonym ich rozpadaniu się, a więc, czy jest *anlaemopoiesis* czy *haemolysis*.

Za dowód pierwszego uważają zmiany anatomiczne w narządach krwiotwórczych, głównie w szpiku kostnym, i istnienie przypadków przejściowych między małokrwistością złośliwą a białaczką i białaczką rzekomą.

Ale zmiany w szpiku (megaloblasty) należy uważać za objaw regeneracyjny, kompensacyjny, chociaż nie celowy, zaś przypadki przejściowe nie okazują się takimi, o ile są poddane krytyce.

Za dowód hemolizy przytaczają: 1) ciemne zabarwienie wydzielin (moczu, kału, żółci), 2) zmiany w moczu, zwiększona ilość dobową mocznika, peptonuria, urobilinuria, zwiększona ilość żelaza, 3) zmiany we krwi (poikilocytomia, mikrocytemia, polichromatofilia i t. d. zmniejszenie zasadowości krwi, osiadaanie barwnika i żelaza w narządach; żółtaczka);

Zmiany morfologiczne i chemiczne czerwonych ciałek wprowadziły wiele mówią, ale nie wykazują nam wcale same przez się, czy czerwone ciała pochodzą ze schorzałych narządów krwiotwórczych, czy też były zdrowe i dopiero uległy zmianom pod wpływem nieznaczonej przyczyny. Zwiększony rozpad białka,

peptonuria, zwiększenie ilości żelaza w moczu — są niedostatecznie stwierdzone i zresztą są i w innych małokrwistościach.

Co zaś do pigmentacji i osadzania się żelaza w narządach, urobilinuryi i żółtaczkii, to zjawiska te są obosieczne. Teorya STOCKMANN'a zużytkowała tę niejasność, przyjmując, że lekka małokrwistość z jakiejś przyczyny wywołuje tłuszczowe zmiany w naczyniach, ztąd powstają liczne wynaczynienia, krwotoki, które z lekkiej małokrwistości robią ciężką. Wskutek zmian, jakim ulega hemoglobina, dochodzi do urobilinuryi, pigmentacji, osiadania żelaza w narządach i do cytrynowego zabarwienia skóry jakąś nieznaną pochodną barwnika krwi.

W roku 1896 S. spostrzegł 20 letniego młodzieńca, który w Karlsbadzie leczył się na żółtaczkę. Prof. THOMAYER powziął myśl, że za żółtaczką tą kryje się małokrwistość, i że jest tu pewien związek między anemią a żółtaczką. Autor poddał krew chorego badaniu chemicznemu i znalazł w surowicy krwi bilirubinę i hemoglobinę.

To skłoniło go do przestudyowania literatury przedmiotu przy czem znalazł, że istnieje cały szereg złośliwych małokrwistości, połączonych z żółtaczką.

Oprócz tego, są przypadki, w których żółtaczką nie była rozpoznawana, ale w których była bilirubinuria, urobilinuria, żółta cera, żółte zabarwienie spojówek, żółtawe zabarwienie tkanek po śmierci, jednym słowem coś takiego, co mogło świadczyć o obecności bilirubiny we krwi.

Badając surowicę innych 4 chorych bez żółtaczkii, ale z urobilinurą i żółtawą płcią, S. znajdował, że surowica, będąc mocniej zabarwiona, niż prawidłowa, nie zawierała wprawdzie hemoglobiny, ale za to bilirubinę

Z tego wnosi, że są przypadki złośliwej małokrwistości, gdzie żółtaczką maskuje małokrwistość i prowadzi do błędów dyagnostycznych; zamiast choroby BIERMER'a rozpoznajemy złośliwy nowotwór wątroby, żółtaczkę nieżytową, kamieć żółciową i t. p. W tych razach istnieje znaczna bilirubinemia i do pewnego stopnia hemoglobinemia. W drugiej, większej części przypadków nieznaczna żółtaczką nie bywa rozpoznawana: nie znajdujemy tu hemoglobinemii, za to jest bilirubinemia w mniejszym stopniu.

Dotychczas myślano, że w małokrwistości złośliwej żółtaczką jest zjawiskiem rzadkiem, przypadkowym. Ale tak nie jest. Żółtaczką jest częstsza, niż się myśli, a bilirubinemia jest zjawiskiem mniej więcej stałym. W większości przypadków hemoglobinemii nie znajdujemy, ponieważ rozpad czerwonych krążków jest mniejszy, i ustrój, a głównie wątroba, wystarcza do usunięcia uwalnianej hemoglobiny. W przeciwnym razie, w przypadkach z żółtaczką, gdy rozpad jest większy, i wątroba nie może dać sobie rady, powstaje hemoglobinemia. Ta ostatnia jest wykreślną dwóch czynników: hemolizy i względnej czynnościowej wystarczalności wątroby.

Hemoglobinemia, poprzednio już przez niektórych np. przez SILBERMANN'a przypuszczana, przez S. została *in vitro* dowiedziona. Jest ona przyczyną żółtaczkii, urobilinemii, pigmentacji, osiadania żelaza w narządach. Należy ją uważać za punkt wyjścia całej choroby. Przez to samo należy przypuszczać, że owo nieznane X, przyczyna małokrwistości złośliwej, jest jadem o własnościach *par excellence* hemolitycznych. Tyle mówią fakty. Przechodząc do przypuszczeń, można przyjmować, że nieznaną przyczynę, prowadzącą do hemoglobinemii, dostaje się do ustroju albo z zewnątrz od strony przewodu pokarmowego, oddechowego lub przez skórę (*haemocytolysis perniciosus exogenus*) lub też z głębi chorych tkanek (*haemocytolysis perniciosus endogenus*).

Na końcu artykułu S. dodaje, że KREHL w swej fizyologii mówi o hemoglobinemii, jako zjawisku stałem w małokrwistości złośliwej. Autor listownie pytał się go, skąd ma tę pewność, której w literaturze znaleźć nie mógł, na co dostał odpowiedź, że: „ich selbst weiss auch keinen direct beobachteten Fall von Haemoglobinaemie bei pernicioöser Anaemie zu nennen; ein bestimmter klinischer Fall ist nich angeführt“.

(Casopis lékařů českých Nr. 28. r. 1899).

Sz. Kossobudzki.

43. V. GILLAT. **O otruciach grzybami.** W pracy swej, poświęconej temu przedmiotowi, autor wyświetlił rozmaite, niezupełnie dotąd wyjaśnione punkty i dochodzi do bardzo jasnych i wysokiego znaczenia praktycznego wniosków.

Co do przyczyny zatruc grzybami, to zestawienie 230 spostrzeżeń, zebranych z piśmiennictwa lekarskiego lub botanicznego, a zawierających ściśle określenie spożytego gatunku grzyba, pozwoliło autorowi stwierdzić fakt bardzo ważny, przewidziany już przez BOURQUETOR'a, — że ze wszystkich obwinianych grzybów bardzo niewiele jest w rzeczywistości jadowitych: prawie wszystkie śmiertelne przypadki (83 na 85) były następstwem zjedzenia grzybów z rodziny *Valvaceae*, a przeważnie rodzaju *Amanita* (76 na 83 przypadki śmiertelne). Wszystkie prawie grzyby rodzaju *Amanita* są zarówno trujące, i autor mógł je podzielić na dwie grupy: amanity cebulowate (*A. bulbosa*, *phalloides*, *verna*, *mappa*, *citrina*, *virosa*, i t. d.), które były przyczyną śmierci 73 razy na 76, i amanity fałszywe (*A. muscaria*, *pautherina*, *excelsa*, *solitaria*, *aspera* i t. p.), które wywoływały tylko 3 przypadki śmierci.

Co do innych rodzajów, to mogą one tylko wywołać zaburzenia żołądkowe, poczynając od prostej niestrawności aż do ostrego nieżytu żołądkowo-kiszecowego, prowadzącego śmierć wyjątkowo, u dzieci zwłaszcza i u osobników osłabionych.

Przypadłości te powinnyby być zwykle przypisywane mniej lub więcej posuniętemu stanowi gnicia grzybów; rośliny te, jak wiadomo, zawierają dość dużo części białkowatych, których rozkładowi, podobnie jak mięsa, trwarszyszy tworzenie się ptomain (kryptomainy), wywołujących prawdziwy botulizm.

Co się tyczy niejednakowego stopnia ciężkości otrucia amanitami fałszywymi i zatrucia przez amanity cebulowate i bliskie gatunki, to łatwo go objaśnić różną siłą trującą ich głównych czynnych pierwiastków; pierwsze z tych grzybów zawierają bowiem muskarynę, alkołoid, oddawna wydzielony i stosunkowo silnie trujący, gdy drugie zawierają aż do 1% nadzwyczaj trującej toksalbuminy, phalleiny, działającej jako jad krwi i zabijającej psa w dawce pół miligramu na kilogram wagi. Należy wiedzieć, że muskaryna i phalleina są zarówno rozpuszczalne w wodzie; dla tego też rozmaici badacze mogli bezkarnie wprowadzać grzyby trujące przedtem wygotowane w słonej wodzie; przeciwnie, woda, w której takie grzyby były gotowane, sprowadza u zwierzęcia wszystkie objawy otrucia grzybami. Własność ta tłumaczy nam fakt, że przypadłości trujące, częste po zjedzeniu surowych grzybów, są daleko rzadsze, gdy grzyby były dostatecznie wygotowane.

Muskaryna i phalleina wywołują zresztą bardzo odmienne kliniczne objawy. Nie wchodząc w klasyczne, do pewnego stopnia, zatrucia grzybami wogóle, należy tu wskazać podstawy różniczkowego rozpoznania między zatruciem muskaryną a phalleiną.

Do pierwszego należą okres wylęgania bardzo krótki (nie przechodzący dwóch godzin), początek raptowny i wyraźny, wczesne zaburzenia żołądkowo-kiszecowe, przebieg ciągły, bez przestanków, stan pobudzenia mózgowo-rdze-

niowego z niekojarzeniem ruchowym i bredzeniem (szał muskarynowy), zaburzenia umysłu i pamięci; wyzdrowienie jest tu prawidłem; choroba trwa 1 — 2 dni.

W zatruciu phalleiną objawy, przeciwnie, rozpoczynają się później (po upływie 11 godzin średnio) i w sposób bardziej skryty; przypadłości żołądkowo-kiszkowe są tu również mniej wczesne; spostrzega się tu często okres przestankowy, zakończony raptownie silnym bólem w nadbrzuszu, z obrzmieniem wątroby i, często, żółtaczką i krwotokami; objawy przygnębienia, nawet otępienia gurażą tu; niezborność i utrata sił jest prawidłem, sprowadzając zwykle śmierć, lecz bez zaburzeń pamięci i umysłu: całkowite trwanie przypadłości ciągnie się zwykle od 2 do 3 dni.

Bezmocz, stały w zatruciu muskaryną, może być zastąpiony w zatruciu phalleiną przez małą ilość moczu ciemno zabarwionego.

Leczenie tych zaburzeń jest czysto objawowe: po za ogólnymi przepisami (opróżnienie przewodu pokarmowego za pomocą środków czyszczących i wymiotnych, użycie kofeiny, jako środka moczopędnego i pobudzającego serce), stosuje się środki uspokajające (makowiec, morfina) w przypadkach zatrucia muskaryną — należy wiedzieć, że nie ma przeciwtrutki dla tego alkaloidu, pomimo roli przypisywanej w tym względzie atropinie; — przeciw zatruciu phalleiną należy się uciec, przeciwnie, do środków pobudzających (eter, strychnina); upusty krwi i wstrzykiwania sztucznej surowicy, przeciwskazane w zatruciu muskaryną, mogą tu oddać pewne usługi.

Wreszcie, ponieważ CLAISSE'owi we Francji i PELLEGRINO'mu we Włoszech udało się wywołać u pewnych zwierząt względną odporność względem phalleiny, to nie jest niemożliwem, iż przyszłość obdarzy nas leczniczą surowicą, pozwalającą zwalczać skutki tej strasznej trucizny.

(*La semaine médicale* Nr. 52, 1900).

St. Roslan.

44. A. CHAUFFARD. **Wewnętrzne leczenie zapobiegawcze powtórnych kolek wątrobianych.** Jakkolwiek z kolką wątrobianą spotykamy się w praktyce bardzo często, to jednak większość chorych na kamienie żółciowe jest bardzo mało lub wcale nie leczona wewnętrznie. Z chwilą ustąpienia kolki, lekarz dość często uważa swą rolę za skończoną, zalecając choremu niektóre tylko dość oklepane przepisy ogólnej higieny i diety pokarmowej.

A jednak, pomimo ogólnego prawie przekonania, iż nie możemy zapobiedz nawrotom napadów kolki, i nawet pomimo wypowiedzianego na ostatnim 13-y'm międzynarodowym zjeździe lekarzy zdania NAUNYNA, że jedynie tylko chirurg może osiągnąć zupełne wyleczenie, autor twierdzi, iż powinniśmy i możemy zrobić więcej dla ulżenia i uzdrowienia chorych na kamienie żółciowe.

Pod wyzdrowieniem rozumie tu autor, naturalnie, jedynie powstrzymanie lub przynajmniej znaczne zmniejszenie liczby i natężenia napadów kolki wątrobianej; boć nawet i operacja może dać pewność zupełnego wyzdrowienia tylko aktualnego, a nie doszczętnego, gdyż chirurg może usunąć tylko kamienie już wytworzone, nie może jednak wpłynąć na nowe tworzenie się kamieni, dość często bowiem występują nawroty kolki u chorych nawet operowanych.

Ponieważ kamica żółciowa jest chorobą wybitnie przewlekłą, i leczenie jej zatem wewnętrzne winno być długotrwałe, z pewnymi przerwami.

Po wielu próbach autor przyszedł do przekonania, iż najskuteczniej działają w tej chorobie salicylan i będzwinian sodu i olejek HARLEM'a.

Na pierwszym miejscu stoi salicylan sodu, jako bardzo czynny środek żółciopędny, a jednocześnie przeciwgnilny i do pewnego stopnia znieczulający,

Dawki salicylanu sodu powinny być umiarkowane, od 1 do 2 grm. dziennie i to jeszcze przy prawidłowej czynności nerek, aby przy dłuższem użyciu uniknąć nie tylko działania trującego, lecz również i zaburzeń trawienia, słuchu, i t. d.

Będźwinian sodu słabiej działa, lecz łączy go się zwykle z salicylanem, aby w ten sposób zmniejszyć dawkę samego salicylanu. Stosownie więc do ciężkości przypadku i wrażliwości chorych, można dawać 1—2 grm. dziennie salicylanu i tyleż będźwinianu sodu, w 2—4 dawkach w chwili jedzenia. Często również dobrze jest dodawać tu 1—2 grm. soli karlsbadzkiej.

Leczenie takie powinno trwać 10 do 20 dni miesięcznie, zależnie od ciężkości i liczby napadów i dłuższego lub krótszego trwania otrzymanych złagodneń choroby, i to przez całe miesiące, niekiedy nawet więcej, niż rok. Tylko za cenę takiej wytrwałości można otrzymać i stwierdzić ustąpienie napadów.

Olejku HARLEM'a, którego najskuteczniejszą częścią składową jest olej jałowca (*ol. juniperi*), daje się co 8—10 dni 1—2 peretki wieczorem.

Leczenie to polega zatem na połączeniu leków wspólnie się dopełniających. Należy je naturalnie dopełniać higieną pokarmową, wycieraniem i pobudzaniem skóry, kąpielami ługowymi, ćwiczeniem cielesnem i, jeżeli można, kuracjami mineralnemi.

Na poparcie skuteczności tego rodzaju leczenia autor ze znacznej liczby przekonywających spostrzeżeń podaje jedno bardzo wybitne.

10 stycznia 1899 r. został przysłany do autora i QUENU'ego 45-letni chory na operację kamieni żółciowych; chory, wyczerpany długim szeregiem kolek wątrobianych, sam żądał operacji.

Położenie tego osobnika było istotnie bardzo smutne, gdyż w ciągu trzech lat miał 74 napady kolki, i to pomimo dwukrotnego pobytu na kuracji w Vichy. W 1891 r. miał on 33 napady, w 1897—18 napadów, w 1898—22 napady i wreszcie jeden 5 stycznia 1899 r. Napady były typowe, trwały 6—7 godzin, gdy były krótkie i bez żółtaczki, a dużo dłużej — do 7 dni jednego razu—gdy towarzyszyła im żółtaczka. W 1899 r. wielu z tych napadów towarzyszyły dreszcze i gorączka (39,8° — 20-go listopada). Od tego czasu, t. j. od 30-go listopada, chory był prawie w stałym napadzie. Waga ciała z 74 kilogram. w 1895 r. spadła do 54 kilogram.

Jakkolwiek chory sam usilnie domagał się operacji, to jednak ze względu, iż chory nigdy nie był dotąd metodycznie leczony środkami wewnętrznymi, autor przekonał go, aby przystał na leczenie wewnętrzne w ciągu miesiąca. Zalecono więc: dietę mleczną, zaczęłą od bardzo małych dawek, wraz z ławatywami odżywczeimi; następnie mleko w większych ilościach i lekkie cedzone papki; po 15 dniach stopniowy powrót do diety mieszanej, mleczno-roślinnej i słabo mięsnej. Codziennie 1,50 salicylanu sodu i tyleż będźwinianu w 3 dawkach, dwie kapsułki olejku HARLEM'a tygodniowo, ługowe kąpiele i suche wycierania.

Przez cały 1899 r. leczenie to było prowadzone, z początku 20 dni w miesiącu, potem tylko 10 dni.

Wynik był bezpośredni i zupełny; od dnia rozpoczęcia leczenia osobnik ten nie miał już ani jednego napadu kolki wątrobianej i to już prawie od dwóch lat. Waga ciała wzrosła z 54 do 70 kilogramów. Polepszenie było tak szybkie, iż 1-go lutego 1899 r., w 20 dni od początku leczenia, chory ten, nie operowany i bardzo zadowolony, opuścił Paryż i wrócił do domu.

Autor jest tak przekonany o skuteczności powyższego sposobu leczenia, iż sądzi, że właściwie nie, powinno być istnieć chirurgiczne leczenie kamicy żółcio-

wej. Chorzy tacy dlatego udają się do chirurgów, iż lekarze-interniści leczą ich zapóźno lub niedostatecznie i zakrótko.

(*La semaine médicale* Nr. 1. 1901.)

Sl. Rostan.

45. G. SCHWARZWAELLER. **O spędzaniu płodu za pomocą trucizn.** Autor powyższego artykułu spostrzegł 14 przypadków silnego zatrucia ustroju kobiecego za pomocą blajwajsu, używanego wewnątrznie celem spędzenia płodu. Kobiety, które, z wyjątkiem jednej, wszystkie przyznały się przed autorem do użycia tego środka w postaci proszku w ilości jednej łyżeczki, zapadały na cierpienia kiszkowe, silne bóle brzucha, zwolnienie tętna, bladeść błon śluzowych, a charakterystyczne dla zatrucia ołowiem sinawo czarne zabarwienie dziąseł zwracało uwagę na rodzaj cierpienia. Wielu jednak lekarzy fałszywie rozpoznawało te cierpienia, uważając je już to za niezżyt żołądka, kolkę nerkową lub zapalenie jajników. We wszystkich przypadkach następowało wyzdrowienie, po mniej lub więcej długim i ciężkim trwaniu objawów chorobowych; w dwóch przypadkach pomimo ciężkiej choroby, poronienie nie nastąpiło wcale, i kobiety urodziły w swoim czasie pozornie nawet zdrowe dzieci. Poronienia przebiegały bez gorączki, lecz występowały dopiero w kilka tygodni (raz po 7 tygodniach) po zażyciu przetworu. Leczenie zasadzało się na podawaniu mawkowca i jodku potasu, a także na wcieraniach suchej sproszkowanej siarki w skórę. Ponieważ ze względu na techniczne zastosowanie blajwajsu niepodobna zabronić sprzedaży tego środka w sklepach i składach aptecznych, przeto ostrzegać jeno należy kobiety przed używaniem go w celach przestępnych, zwracając uwagę na niebezpieczne skutki dla całego ustroju z jednej strony, a niezupełną skuteczność w zamierzonym kierunku z drugiej.

(*Berl. klin. Woch.* 1901. Nr. 7).

L. W.

46. R. GERSUNY. **Proteza chirurgiczna za pomocą wstrzykiwań waseliny do tkanek.** Opierając się na fakcie, iż waselina, wprowadzona między oczka rozszerzalnej tkanki, pozostaje nieograniczenie długo na miejscu bez zmiany i nie wywołuje podrażnienia, autor powziął myśl podskórnego lub międzylątkankowego wstrzykiwania tego przetworu w celu zaradzenia pewnym nabytym ułomnościami lub czynnościowym zaburzeniom czysto mechanicznej natury.

Po raz pierwszy wypróbował autor ten nowy sposób leczenia u mężczyzny, który podległ obustronnemu trzebieniu wskutek gruźliczego zapalenia jąder i przyjądrzy i czuł się bardzo strapiony tem wytworzonym kalectwem. Z początku autor wstrzyknął temu osobnikowi, za pomocą szprycy Pravaz'a, 8,0 waseliny do lewej połowy moszny: utworzyła się tam kulista, dość twarda masa. Po zastrzyknięciu osobnik doświadczał pewnych bólów zależnych od rozciągnięcia komórkowej tkanki torebek wskutek przedostania się waseliny; bóle te jednak wkrótce ustąpiły. Po upływie z tygodni, wstrzyknięto znowu, tym razem do prawej połowy moszny (która była mało rozszerzalna wskutek bliznowatego ściągnięcia się) 6,0 waseliny. Po upływie nowych 15 dni zrobiono jeszcze wstrzyknięcie 3,0 do lewej i 2,0 do prawej połowy moszny, wbijając igłę szprycy w środek mas złożonych przy podrzednich wstrzykiwaniach. Wreszcie, w 10 tygodni później wstrzyknięto ostatni raz 3,0 waseliny tylko do prawej połowy moszny.

Otrzymany w ten sposób wynik był bardzo zadawalający. Torebki miały stale wygląd podobny do tego, jaki w normalnych warunkach przyjmują, kurcząc się pod wpływem chłodu, stwierdzono w nich macaniem obecność dwóch zaokrąglonych ciał, twardych i w zupełności udających nieobecne jądra.

Powodzenie to zachęciło autora do użycia tego samego sposobu u dwóch osobników, którzy po operacji zajęcej wargi nie byli w stanie wymawiać dźwięku „ge”. Tu wstrzyknięcia małych ilości wazeliny z obydwóch stron w języzek i podniebienie miękkie wywołało zgrubienie tych części, tak iż podniebienie przy pośrednictwie podstawy języka mogło się stykać z tylną ścianą gardzieli, co umożliwiło czyste wymawianie zgłosek, niemożliwych przed tem do wymówienia.

Autor sądzi, iż sposób ten winien oddać usługi w wielu przypadkach, pozwalając np. unosić wklęsłe blizny, naprawiać niekształtność, wywołaną zapadnięciem policzka po usunięciu górnej szczęki, nadawać nosom spłaszczonym lub zapadniętym u swej podstawy postać, zbliżoną do prawidłowej, i t. d.

Możliwem byłoby również otrzymać w ten sposób bezpośrednio połączenie przerw skóry, umiejscowionych ponad jamistemi ranami o drętowych ścianach, wypełniając te rany wazeliną. W ten sam sposób możnaby bez wątpienia uniknąć wytwarzania się zeszywnień w następstwie pewnych zabiegów operacyjnych na stawach; tak np. po rezeceyi łokcia wystarczyłoby, celem niedopuszczenia zetknięcia się kostnych końców między sobą, wstrzyknąć wazelinę do jamy, wytworzonej przez operacyę, po zaszyciu uprzedniem rany skórnej; później, gdy koło wazeliny wytworzy się już torebka włóknista, należy wydobyć wazelinę przez otwór nakłucia, aby otrzymać ruchomy nowy staw.

W przypadkach żylaków okołonaczyniowe wstrzykiwania wazeliny mogłyby prawdopodobnie usunąć zastój żylny i zapobiedz tworzeniu się nowych rozstrzeni naczyniowych.

Niekształtność, wynikająca z odjęcia sutki, mogłaby być również, według autora, zmniejszona w ten sposób. W podobnym przypadku należałoby pod skórę okolicy sutkowej wprowadzić szereg warstw wazeliny, dążących promieniami ku środkowi, któryby wyobrażał brodawkę.

U osobnika z przepukliną, dającą przeciwwskazanie do leczenia doszczętnego, byłoby, być może, możliwe zamknięcie ujścia przepukliny za pomocą takich samych wstrzykiwań, zrobionych na powierzchni obrączki.

Wreszcie możnaby zaradzić pewnym niedomogom (*incontinentia*) pęcherza, prostnicy lub sztucznego odbytu, wprowadzając wazelinę do mięszu zwieraczy. I istotnie, u kobiety, dotkniętej mimowolnem moczeniem w następstwie operacyjnego leczenia pęcherzowo-pochwowej przetoki, udało się autorowi przywrócić najzupełniej czynność zwieracza, zdwajając go obrączką wazeliny, zastrzykniętej na kilkunastu posiedzeniach.

Technika samego sposobu jest bardzo prosta: bierze się wazelinę białą, która jest mieszaniną parafiny stałej i parafiny płynnej, topniejącej przy 40°, wyjąławia się ją gotowaniem na ogniu lub w wodnej kąpieli i, gdy jest ona dostatecznie oziębiona, ale jednak jeszcze płynna, wstrzykuje się ją za pomocą szprycki PRAVAZ'a. Gdy trzeba zrobić kilka wstrzyknięć w ten sam punkt, to samej igły nie wyjmuje się, aby uniknąć powtórnych ukłuć. Oczyścić szprykę po zastrzyknięciu łatwo, przemywając ją po prostu eterem.

Aby zastrzykiwania wazeliny uczynić niebolesnemi, dobrze jest znieczulić przedtem pole operacyjne kilkoma kroplami 5% roztworu kokainy.

(*La semaine médicale* Nr. 52. 1900).

St. Rostan.

47. BOLLÉ. Leczenie drgawek porodowych wewnątrzsutowemi lub podskórnemi wstrzykiwaniami jodku potasu. Wychodząc z założenia, iż występujące u krów i dające do 70% śmiertelności drgawki porodowe zależą od toksyny, wyrabianej w gruczole sutowym, pewien weterynarz duński powziął myśl działa-

nia na wydzielanie mleka, wstrzykując w tkankę gruczołu jodek potasu, i w 412 leczonych w ten sposób przypadkach otrzymał 90% wyzdrowień.

Dowiedziawszy się o tem, autor przeprowadził szereg prób tego samego rodzaju w 15 przypadkach drgawek, wstrzykując od 5 do 6 gramów jodku potasu dziennie, w dwóch dawkach, w gruczoł sutkowy lub w tkankę komórkową dołu podobojczykowego. W jednym tylko przypadku nastąpiła śmierć [u kobiety, przyjętej do kliniki po piątym napadzie z bardzo silną żółtaczką] i ciężkimi objawami porażenia.

Nie wypowiadając ostatecznego zdania co do leczniczego znaczenia wstrzykiwań jodku potasu, autor sądzi, że otrzymane wyniki są dość zachęcające, aby się nimi posługiwać, tembardziej, iż są zupełnie nieszkodliwe. Autor jednak dodaje, że, ponieważ wyniki tych wstrzykiwań zjawiają się tylko po upływie około 6 godzin, należy się do nich uciekać jaknajwcześniej: gdy się opóźni z zabiegiem, całe leczenie może się stać niemocnym w obec ciężkich zmian ustroju. Z tego względu byłoby może dobrze stosować ten zabieg w celu zapobiegawczym, z chwilą wystąpienia objawów, wywołujących obawę wybuchu napadu drgawek.

(*La semaine médicale* Nr. 2 1901).

St. Roslan.

XIX ZJAZD INTERNISTÓW W BERLINIE.

(Sprawozdanie własne).

Sprawozdanie z posiedzenia d. 16 kwietnia.

(Ciąg dalszy.—Zob. Nr. 22).

Do rozstrzygnięcia tej kwestyi przyczyniły się znakomicie dwie nowe metody eksperymentalne, pozwalające utrzymać przy życiu przez czas dłuższy serce ssaka, izolowane od reszty układu naczyniowego. Obie metody polegają na tem, że mięsień sercowy sztucznie się odżywia. Przy metodzie LANGENDORF'a bierzemy serce, wycięte z organizmu królika lub innego ssaka, wprowadzamy kaniulę do aorty i przepuszczamy pod ciśnieniem surowicę odwióknioną lub inny płyn odżywczy. Zastawki aorty zostają zamknięte wskutek tego, a serce odżywia się przez tętnice wieńcowe.

Metoda HERYNG'a (jr.) polega na tem, że serce odżywia się drogą naturalną przez krew. Mały krwiobieg zostaje zachowany bez zmiany, natomiast wielki zostaje zredukowany w ten sposób, że się podwiązuje wszystkie tętnice, wychodzące z aorty, i wszystkie żyły, prowadzące do prawego przedsionka z wyjątkiem jednej *A. carotis V. jugularis*, które zostają połączone sztucznie za pomocą rurki szklanej. W ten sposób wyłączamy prawie całkowicie działanie nerwów naczynioruchowych. Oczywiście u zwierzęcia zaprowadza się sztuczne oddychanie.

Metody te rozstrzygnęły ostatecznie, że ciśnienie, wzmożone przez [działanie napastrnicy, jest przeważnie skutkiem spotęgowanej pracy serca] (Bock, HEDDOM).

To spotęgowanie pracy serca jest do pewnego stopnia pozorne. Właściwie serce nie wykonywa większej pracy, niż przedtem, a tylko pracuje z lepszym skutkiem. Już w normalnych warunkach serce nie opróżnia się całkowicie, a tem mniej chore serce. Tu właśnie działa korzystnie napastrnica, gdyż

powoduje lepsze opróżnienie, a im lepiej się serce opróżnia, tem lepiej się napelnia. Dzieje się to przeważnie dzięki zwolnieniu tętna, a właściwie dzięki przedłużeniu pauzy rozkurczowej, podczas której mięsień sercowy się odżywia. Ponieważ serce kurczy się rzadziej i opróżnia się lepiej, przeto objętość pulsu się zwiększa. Jak naparstnica wpływa na miarowość tętna, o tem bardzo mało dziś jeszcze wiemy.

Kamfora w normalnych warunkach nie wywiera na samo serce żadnego znacniejszego wpływu. Podnosi ona natomiast znacznie pobudliwość osłabionego serca, jak się to referentowi udało stwierdzić na izolowanem sercu królika, które już przestało bić, a pod wpływem kamfory zaczęło się znowu miarowo i silnie kurczyć.

Kofeina nie wpływa na objętość tętna; działanie jej polega raczej na tem, że serce może sobie dawać radę z nienormalnie podwyższonem ciśnieniem. Oprócz tego kofeina rozszerza naczynia wieńcowe serca; stąd zapewne skuteczne działanie teobrominy w dusznicy bolesnej.

Alkohol bezpośrednio na serce izolowane nie wywiera wpływu. Wogóle jest on szkodliwy dla serca tylko w dużych dawkach. W małych dawkach może on wywierać pośrednio wpływ dodatni. Ułatwia on bowiem sercu pracę, obniżając ciśnienie w układzie naczyniowym. Przez to samo serce opróżnia się lepiej, ciśnienie w lewej komorze podczas rozkurczu obniża się, i serce czerpie lepiej.

Referent zakończył swój pracowity wykład następującą uwagą: Aczkolwiek mechanizm działania środków sercowych i naczynioruchowych na krwiobieg jest bardzo rozmaity i złożony, to jednak spodziewać się możemy, że współdziałanie eksperymentalnej farmakologii i klinicznej obserwacji wyda obfity plon. Będziemy mogli coraz lepiej rozpoznawać w każdym poszczególnym przypadku nieprawidłowości w rozmieszczeniu krwi oraz usuwać je za pomocą odpowiednich środków.

SALLI (Bern) omawia działanie środków sercowych bardziej z klinicznego punktu widzenia. Stosowanie alkoholu należy, o ile możliwości, ograniczyć. Nie jest on bynajmniej uniwersalnym środkiem na wszelkiego rodzaju zapaść. Przy zapaści naczynioruchowej jest on, naturalnie, przeciwwskazany, jako środek rozszerzający naczynia. Lepsza w tym wypadku jest kofeina. Dodatnio działa alkohol przy dreszczach, po zimnej kąpieli w razie braku reakcyi i przy omdleniach psychicznego pochodzenia. Pierwsze miejsce w szeregu środków sercowych zajmuje naparstnica, bez której referent nie chciałby być lekarzem. Główne zastosowanie znajduje ona przy rozmaitego rodzaju zastojach, które S. dzieli na 1) zastoje sercowe z ciśnieniem wzmożonem lub obniżonem, zależnie od stanu napięcia ściany tętniczej, 2) zastoje oddechowe, zależne od stanu krążenia krwi w płucach, 3) naczynioruchowe, zależne od porażenia naczyń wielkiego krwiobiegu. Szczególniejszą postacią zastojów naczynioruchowych jest zastój trzewiowy, zależny od przepelnienia naczyń układu żyły wrotnej; uważać je można niejako za upływ krwi z całego ustroju do naczyń jamy brzusznej. Zastoje te nie zawsze są jednakowo rozwinięte; niekiedy występują one w lżejszej postaci i często zostają przeoczone. Zarówno w ciężkich, jak i lekkich przypadkach wskazana jest naparstnica. Nie należy jednak zapominać o tem, że nie zawsze ona pomagać musi. Bywają tak ciężkie wady zastawkowe, że kompensacya staje się całkiem niemożliwą. W takich razach naparstnica nie pomaga, bo siła sercowego mięśnia wyczerpała się. Ale nawet w ciężkich wadach zastawkowych naparstnica może niekiedy wywierać działanie. Tłumaczy się to w ten sposób, że zostaje przez nią zniesiony *circulus vitiosus*, w jakim się serce znajdowało, i który

prował do ciągłego pogarszania się jego stanu. Pod wpływem naparstnicy serce zaczyna pracować wolniej, odżywia się lepiej i wzmacnia się przez to o tyle, że może już później o własnych siłach dać sobie radę z zastojem. Do wad, w których naparstnica najmniej pomaga, należy niedomykalność zastawek aorty. Ale i tutaj może ona być pożyteczna; lewe serce przy wolniejszym tętnie napełnia się lepiej i to nie tylko kosztem krwi, powracającej z aorty, ale też kosztem krwi, przybywającej z lewego przedsionka. W ten sposób zmniejsza się zastój w małym krwiobiegu. Niepomyślna statystyka leczenia niedomykalności aorty naparstnicą zależy w znacznym stopniu od zbyt późnego stosowania tego środka. Pozostałe środki sercowe różnią się od naparstnicy tylko ilościowo. Wielka obfitość tych środków przyczynia się do tego, że z każdym zosobna mamy stosunkowo nie wiele doświadczenia. Kofeina działa na naczynia i wskutek tego jest wskazana w zastojach naczynioruchowych. Podobnie działa kamfora.

W leczeniu chorób serca należy unikać szablonu. Niekiedy środki sercowe trzeba stosować w rozmaitych kombinacjach. Obawy dłuższego użycia są najczęściej przeceniane. Naparstnicę można śmiało dawać całe lata, naturalnie, zachowując odpowiednie środki ostrożności.

Nad obydwooma referatami rozwinęła się bardzo ożywiona dyskusja.

SCHOTT (Nauheim) zaznacza, że niemożna przeprowadzić ścisłej granicy pomiędzy środkami sercowymi i naczynioruchowymi. Najważniejszą rzeczą jest wzmocnienie mięśnia sercowego, by mógł on podolać swemu zadaniu.

LANG (Marienbad) sądzi, że bezskuteczność naparstnicy zależy od złego gatunku preparatu i nieumiejętnego przyrządzenia; zaleca on podawanie naparstnicy z koniakiem.

HEINZ (Erlangen) stwierdził doświadczalnie na zwierzętach, że drobno roz-tarta naparstnica działa daleko mocniej, niż grubo mielona. Zwraca też uwagę, że zwolnienie tętna pod wpływem naparstnicy u zimnokrwistych jest niezależne od ośrodka nerwu błędnego. U ssawców przeważna część zwolnienia jest skutkiem działania tego nerwu.

GOLDSCHIEDER (Berlin) zaleca chroniczne stosowanie naparstnicy (0,1—0,2 *ro die* lata całe). Nawet gdy chory przestaje dobrze znosić naparstnicę, nie radzi on usuwać jej raptownie, lecz stopniowo zmniejszać dawkę.

HIRSCH (Lipsk) zdaje sprawę ze swych doświadczeń, dokonanych nad określeniem tarcia wewnętrznej krwi i o znaczeniu tegoż dla klinicznej medycyny. Z wyników godne jest zaznaczenia, że współczynnik tarcia wewnętrznej bynajmniej nie jest proporcjonalny do ciężaru gatunkowego krwi, jakby to się na pierwszy rzut oka zdawać mogło. Autor stawia pytanie, czy czasem zapaleniu nerek przerost serca nie jest skutkiem zwiększonego tarcia wewnętrznej krwi.

EWALD (Berlin) przypomina, że robił już doświadczenia tego rodzaju przed 25 laty. Co się tyczy naparstnicy, to wywołuje ona podług niego przy dłuższym użyciu zaburzenia żołądkowe nawet przy stosowaniu *per rectum*. Zwraca też uwagę, że morfina działa uspokajająco na serce.

PICK (Praga) zaleca hydrastyninę jako środek, zwężający naczynia.

UNVERRICHT (Magdeburg) uważa dygitoksynę za najważniejszą część składową naparstnicy. Zaleca on szwajcarskie preparaty, tak zwane dializaty GOLA-ZA, zwłaszcza dializat otrzymany z *digitalis grandiflora*, a nie z *digitalis luteo. purpurea*. Pierwszy zawiera dużo dygitoksyny. Referent daje 3 X 20 kropeł. 12 tabletek dygitoksynowych powinny wystarczyć; gdzie ta dawka nie prowadzi do celu, tam i większe nie pomogą.

ROSENSTEIN (Leyden) zaleca strofant; niezgodność wyników, otrzymywanych z nim, zależy po części od tego, że środek istnieje w dwóch preparatach t. j. *Tra fortior* i *militior*. Referent zaleca pierwszy preparat 3 × 10 kropeł. Skutki są doskonałe; nie spowoduje on utraty apetytu lub innych działań ubocznych. Kamfora działa również dobrze, ale przemijająco i dla tego ma największe znaczenie w przypadkach doraźnej potrzeby, gdzie życiu zagraża natychmiastowe niebezpieczeństwo. Nawiązując do referatu HIRSCH'a, referent stawia kwestyę, czy czasem szmery anemiczne nie są związane ze zmianą w składzie krwi i w jej właściwościach fizycznych.

NAUNYN (STRASSBURG) uważa nalewkę z naparstnicy za najpewniejszy preparat. Nie wierzy on w kumulację i w szkodliwość na żołądek, nawet stosując terapię chroniczną. Nalewka z 0,3 *pro die* nie spowoduje żadnych zaburzeń w trawieniu.

GROEDEL (Nauheim) używa 0,05—0,1 naparstnicy *pro die* lata cała.

ROSENFELD (Stuttgart) zaleca nalewkę z 10 g. *ulonis vernalis* dziennie; zdaniem jego można jej skutecznie lata całe używać. Może ona zastąpić naparstnicę.
(C. d. n.).

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= Podskórne wstrzykiwania żelatyny, jako środka tamującego krew, rozpowszechniły się bardzo ostatnimi czasy. WAGNER zastosował je w przypadkach krwotoków płucnych u suchotników, krwotoków kiszkiowych wskutek tyfusu oraz żołądkowych z powodu wrzodu okrągłego. Używał 2% roztworu w fizyologicznym roztworze soli kuchennej, ogrzanego do ciepłoty ciała i wstrzykniętego głęboko w tkankę podskórną, w ilości 150 cm. sz. Skórę znieczula się eterem. HEYMANN, KRAUSE, KEHR, CARNOT i inni stosowali żelatynę w rozmaitych przypadkach chirurgicznych z dobrym skutkiem. MANICATIDE i CHRISTODOLO tamowali uporczywe krwotoki maciczne. Działanie żelatyny objaśniają w ten sposób, iż krew pod jej wpływem lepiej się ścina; jednakże zdania pod tym względem nie są jeszcze ustalone. (Mittheil. aus den Grenzgebieten d. Med. u. Chir. T. 6).

= GORSKI spostrzegł 3 przypadki grypy, powikłanej zapaleniem jądra. Rozpoznanie grypy nie uległo wątpliwości, tembardziej, iż w Bobrujsku panowała epidemia tej choroby. Żaden z chorych nie przeżywał rzeżączki, nie było urazu. Zapalenie jąder występowało 5—7 dnia choroby. W jednym przypadku było ono jednostronne, w dwóch obustronne. Obrzmienie trwało

1—2 dni, bóle były bardzo silne. Krzywa ciepłoty odpowiadała przebiegowi zapalenia; zjawiał się dreszcz, ciepłota do 39°—40°; po 2—3 dniach opadała krytycznie. Zapalenie kończyło się po 1—11 tygodniach. (Wracz. 45. 1900).

= W pracy p. t. „4 lata przed i po wprowadzeniu leczenia błonicy surowicą“ SIEGERT rozpatrzył 42000 przypadków błonicy wogóle, oraz 37000 operowanych skutkiem zwężenia krtni. Cyfry obejmują lata 1890—1898. Zdaniem S., każdy lekarz obowiązany jest dziś stosować surowicę w każdym, nawet wątpliwym przypadku, i to w dawkach dużych. W latach 1890—1894 operowanych było 17673, zmarło 10701 (60,55%); od 1895—1898 operowanych 13524, zmarło 4828 (35,70%). Częstość samej operacji również się zmniejszyła: z 47 dzieci, operowanych przed wynalezieniem surowicy, 20 unika dziś operacji; a gdzie ona jest wskazana, tam surowicą z 60 dzieci, dawniej na śmierć skazanych, ocala 25. (Jahrb. f. Kinderheilk. T. 52).

= HALA opisuje przypadek, w którym pod zewnętrznym kątem lewego oka znajdował się półkulisty ropień wielkości włoskiego orzecha, pokryty niezmienną skórą. W tydzień później wystąpił obrzęk i ropień na górnej powiece tegoż oka. Skóra na tym górnym ropniu poczerwieciała; gruczolny

podszczękowe były powiększone, spojówka obrzęknięta, czerwona; rogówka zdrowa. Jama nosowa i zatoka szczękowa zmian nie przedstawiały. W jamie ustnej znaleziono dużo zepsutych zębów, a na dolnej szczęce około lewego pierwszego trzonowego ropne zapalenie okostny. W ropie, wziętej z ropnia na powiecie, wykryto pod mikroskopem lasecznika podobnego do laseczników błonicy. Badanie bakteriologiczne wykazało, że był to rzeczywiście lasecznik błonicy, który wywołał ropienie, z głębi ku powierzchni idące. Z tego wynika, że lasecznik błonicy może mieć własności ropotwórcze. Co do powodu tego niezwykłego przejawienia własności lasecznika, to H., wykonawszy badanie zębów, znalazł przetokę nad i lewym górnym trzonowym, przez którą wypływała ropa. Wyjęto lewy drugi dolny ząb trzonowy,

i w rozmięklej i zmieszanej z ropą pulpie znaleziono laseczniki błonicy. Autor myśli, że miejscem wtargnięcia zakażenia błoniczego był ząb zepsuty, co jest tem prawdopodobniejsze ze względu na to, że w danym przypadku nie było żadnego cierpienia kości, skóry, oka, nosa i zatoki szczękowej, skąd by zakażenie przyjęć mogło.

(Casopis lékařů českých № 31 i 32 r. 1900).

— WOLF i FREDJUNG zwracają uwagę na nowy środek przeciwtasiemcowy — *aspidium spinulosum* będący odmianą paproci zwykłej (*a. filix mas.*). U 6 dzieci stosowali oni wyciąg eterowy w ilości 0,75 — 1,0 (u rocznych), do 5,0 (u 13-letniego dziecka). W 2 godziny później dawali środek czyszczący, a w 4—8 godzin tasiemiec wychodził. (Wien. med. Woch. r. 9. 900).

P.

Wiadomości bieżące.

— Kol. Franciszek NEUGEBAUER w d. 28 maja r. b. wybrany został na członka korespondenta Akademii medycznej w Paryżu.

— W dniu 25 maja r. b. o godzinie 11-ej przed południem nastąpiło w Pradze Czeskiej uroczyste otwarcie III Zjazdu lekarzy i przyrodników czeskich. Posiedzenie inauguracyjne w „Narodnim divadle“ zagał przewodniczący komitetu gospodarczego prof. HLAVA. Mowy delegatów narodów słowiańskich zaczęły się od przemówienia prof. KOSTANECKIEGO z Krakowa. Szczegółowe sprawozdanie z III Zjazdu lekarzy i przyrodników czeskich podawać zamierzamy w jednym z najbliższych numerów naszego pisma.

— W Ciechocinku i w roku bieżącym oprócz wymienionych przez nas w jednym z poprzednich numerów „Medy-

cyny“ ordynować będzie jeszcze kol. JEZIEBSKI z Warszawy.

— W Stanie Colorado w Ameryce postanowiono wydalić ze szkół publicznych wszystkich nauczycieli oraz uczniów, dotkniętych gruźlicą.

— Rada sanitarna New-Jorku postanowiła założyć specjalną pracownię do prowadzenia badań nad dżumą.

— Zmarli. W dniu 29 maja r. b. zmarł w Dąbrowie Górniczej w wieku lat 36 d-r Aleksander WIDERA, lekarz zakładów Towarzystwa Sosnowickiego.

— W Poznaniu zmarł d-r Tomasz DROBNIK. Zmarły kolega przez szereg lat był ordynatorem oddziału chirurgicznego w szpitalu św. Józefa w Poznaniu. Szereg prac ś. p. DROBNIK drukował przeważnie w „Nowinach Lekarskich“.

Do dzisiejszego numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratorów broszurka o wodzie mineralnej „Fachingen“.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. med. M. Sadowski.

Дополнено Цензурою, Варшава 24 Маг 1901 г. Друк К. Ковалевскиого, Warszawa, Mazowiecka 8

KOWANÓWKO

ZAKŁAD LECZNICZY

dla nerwowo i umysłowo chorych

oraz dla morfinistów i alkoholików płci obojga.

5 min. od st. kolei Oborniki przy linii Poznań—Pila (Posen—Schneidmühl).

Adres: Kowanówko. p. Poznań.

Cena od 200 mk. miesięcznie.

Dr. Karczewski.

Dr. Mucha.

APTEKA I SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH
wprost ze źródeł sprowadzanych

POD FIRMA

D-r T. HEINRICH

w Warszawie,

przy rogu ulicy Wierzbowej i Senatorskiej Nr. 473b, nowy 11.

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

PERTUSSIN

Extract. Thymi saccharat. Taeschner.

Nabyć można za pośrednictwem każdej APTEKI we flaszkach z 250 gramami.

Literatura: Therapeut. Beilage № 7. Deutsche med. Wochenschr. i № 27 (1898) № 56, Allg. med. C. Z. (1899), № 29 All. B. I. (1899); № 17 Wiener med. B. (1900). Wiener Aerztl. Centralztg № 12 (1901).

Skład główny Apteka Täschnera, Berlin C. 19, Seydelstrasse 16.

Skład główny na Królestwo i Rosyę Zachodnią

Aptekarz H. Biertümpfel, Warszawa Marszałkowska 133.

Mag. ph. E. van Bellon, Aptekarz Th. Buchardt, Ryga, Kalkstrasse 26.

5 godz. od Warszawy,
godzina od Lublina,
wiorst od stacji kolei
Nadwiślańskiej.

NAŁĘCZÓW

Poczta i telegraf
na miejscu. Powozy na
zamówienie.
W locie omnibus.

Zdrowisko szczawiej żelazistej do picia i do kąpiei. Kąpiele błotne. Hydroterapia.

Zakład leczniczy cały rok otwarty ze ścisłym internatem i własną kuchnią dyetetyczną. Masaż. Gimnastyka. Elektroterapia. Obok zakładu 40 willi wygodnie urządzone na pobyt letni. Dwóch stałych lekarzy i dozorczyń chorych. W locie konsultanci i asystenci.

Dyrektor D-r A. PUŁAWSKI, b. ordynator Szpit. D. Jezus.

Wiesbaden Lekarz chorób skóry i
syfilitycznych
Friedrichstrasse 16. D-r med. Julius Müller.

BUSKO

D-r Dymnicki
długoletni lekarz zdrojowy, ordynuje
w domu własnym.

Zakład Lecznicy dla chorych NA USZY

D-ra L. Guranowskiego

Bracka 20.


przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie za opłatą od rb. 3—5. Ambulatoryum codziennie od 11—1.

Cena biletu kop. 50.


Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

D-rów Boryssowicza, Brühla, Gromadzkiego, Jaskłowskiego, Kuniewicza, Natanson, Thiemego, Tyrchowskiego i Winawera. Przyjmuje osoby, dotknięte chorobami kobiecymi, jako też spodziewające się słab., za opłatą od 1 50 do 5 rs. dziennie za całkowite utrzym., leczenie, lekarstwa i t. d.



Naturalny Koniak
„IMPERIAL“
prawdziwy produkt z wina
Zalecany przez powagi lekarskie.
Analizy Doktorów:



Nenckiego, Zawadzkiego, Haas, Prof. N. Milicera i Warsz. Higienicznego Laboratorium stwierdzają czystość Koniaku z winogron bez obcych przymieszek.

Koniak „Imperial“ dostarcza się do kliniki terapeutycznej Warszawskiego Cesarskiego Uniwersytetu i do Szpitalnej kliniki ginekologicznej.

Sprzedaż we wszystkich lepszych handlach win w Warszawie i na prowincyi

Dr. Fr. Chłapowski

ordynuje jak lat ubiegłych

w **Kissingen (Bawaryja)**

Salinenstrasse 21.

Dr. Wł. Maleszewski

b. asystent Klin. Lok. w Krakowie, ordynuje jak lat ubiegłych w **KARLSBADZIE**.

Alte Wiase Drei Staffeln.

D-r Kazimierz Kruszyński

ordynuje jak lat poprzednich od 1-go Czerwca

w **Szczawnicy**.

Baden pod Wiedniem

Kąpiele siarczane pierwszorzędne. Lekarz zdrojowy D-r Henryk Kümmerling (Polak) ordynuje od 1-go Maja b. r. w Baden pod Wiedniem przy **Renngasse 3** i udziela bliższych informacyj.

ZAKŁAD LECZNICZY

D-ra med. Z. Dmochowskiego

dla chorych na krtań, gardło i nos.

Chmielna 17.

W ambulatorjum codziennie otwartem od 10—11 i od 3—4. Porada 30 kop.

Pracownia analityczno-lekarska

D-ra Stanisława Mutermilcha

Rozbiory chemiczno-bakteryologiczne i mikroskopowe moczu, płwociny, krwi, zawartości żółtkowej, kału, wydzielin z narządów moczopłciowych, mleka kobiecego, natotów dyfterytycznych, wysięków i t. p. do celów dyagnostyki lekarskiej.

Marszałkowska Nr. 127 (Zielna № 22).

Opatrunki „chirurgiczne i ginekologiczne“ oraz wszelkie środki opatrunkowe sterylizowane (wata, gaza, ligatury, bandaże).

Z pracowni sterylizacyjnej **Dr. BORZYMOWSKIEGO** można dostać w aptekach W.W.: Barcza, Cepusza, Filloborna, Filanowicza, Habielskiego, Iwańskiego, Klickego, Klimpla, Koziołkiewicza, Kozłowskiego, Lilpopa, Malinowskiego, Mieszczuńskiego, Manduka, Modlińskiego, Nawrockiego, Różyckiego, Strużyńskiego i Fricke, Stypińskiego i Szrzyckiego, Welta i Zilbara, Więckowskiego, Wiorogórskiego, Wróblewskiego i Zamenhofs.

Składy główne: Karmelitka 6, m. 7. Od 1-go Lipca Solna 17 (Pracownia Sterylizacyjna) i Włodzimierska 6, m. 2 (Kantor fabryki środków opatrunkowych „Strzelecki i S-ka“, Tel. Nr. 1341).

Pracownia Roentgenowska

D-ra Czesława Barszczewskiego

b. zarządzającego pracow. roentgenowsk. Szpitali Warszawskich. Badanie chorób chirurgicznych i wewnętrznych promieniami Roentgena, codz. od 1—3 po poł.

Warszawa, Książęca 1.

Dr. Plessner, Wiesbaden

Sonnenbergerstrasse 30, obok parku zakładowego. Zakład leczniczy dla chorych nerwowych, choro. chor. wewnętrznych, rekonwalescentów i potrzebujących wypoczynku (chorzy umysłowo wykluczeń). Phys. i dyet. leczenie. Kuracye weteraniami i kuracye odzwyeczajające.

D-r Jan Regiec

ordynuje od 20 Maja

w **RYMANOWIE**

Willa pod Kościuszką — obok apteki.
(Utrzymuje pensjonat).

D-r Feliks Arnstein

od 20 Maja ordynuje jak zwykle

w **Ciechocinku**.

D-r Med. Wasserthal (junior)

praktykuje w **KARLSBADZIE**

„SCHWARZES ROSS“

Mühlbrunn-gasse.

Fabryki Farb

DAWNIEJ

Fryd. Bayer & C-ie., w Elberfeldzie.

Oddział produktów farmaceutycznych.

Arystol Phenacetyna Bayer Aspiryna

Stosowanie: czysty lub z Acid.
bor. pulv. albo jako maść 5^o/₁₀.

Mleko—Somatoza.

(Lacto Somatose)
zawiera 5^o/₁₀ Tanniny w połączeniu organicznem.

Creosotal

wolny od działania żrącego i trującego.

Heroina

zastępuje morfinę.

Protargol

Organiczny związek srebra zastępuje doskonale AgNO₃, nie drażni i nie tworzy osadu na błonie śluzowej.

Lycetol

(Winian dimetapiperazyny)
łatwo podzielny o przyjemnym smaku, nie hygroskopijny.

Epicaryna

dla użytku weterynar.

Lozofan

Kwas salicylowy. Salicylan sodu. Analgen.



Somatoza

związek białkowy, łatwo rozpuszczalny bez smaku i zapachu.

Duotal

Najczystszy prep. guajakolny.

Chlorek heroiny

łatwo rozpuszczalny w wodzie zastępujący morfinę.

Tannigen

Zamienia tanninę, rozszczepia się w kioskach przez co nie psuje apetytu.

Hedonal

Tetronal

Epicarina

Tannopin i Tann. weter.

zastępuje zupełnie kwas salicylowy i salicylan sodu, nie drażni żołądka i zostaje bez rozkładu przyswojona.

Żelazo—Somatoza

(Ferro-Somatose)
Zawiera 2^o/₁₀ żelaza w połączeniu organicznem łatwo przyswajalnem. Bez smaku, łatwo rozpuszczalna.

Europfen

zastępuje Jodoform w małej chlorurii.

Stosowanie: czysty lub z acid borie. pulv. aa. p. w maść —10%.

Jodotyryna

działająca substancya gruczołu tarczycowego.

Salophen

zamiast kwasu salicylowego i jego soli, bez zapachu, zupełnie nieszkodliwy, wolny od wszelkich ubocznych działań.

Piperazyna

Trional

Sulfonal

Salol