

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Przyczynek do kazuistyki nietypowych owariotomii. Podał Dr. K. Zagórski. O leczeniu żółtaczki nieżytowej. Podał Dr. W. A. Głuziński. O leczeniu przymiotu za pomocą głębokich podskórnych wstrzykiwań żółtego tlenku rtęci. Podał T. Trzeiński. (Dokończenie).—**Streszczenia i wyciągi.** 12. Jodoform jako środek przeciwnilny. 13. Przyczynek do etiologii czyraka w uchu.—**Wiadomości bieżące.**—**Ogłoszenia.**

Z kliniki chirurgicznej prof. KOSIŃSKIEGO.

Przyczynek do kazuistyki nietypowych owariotomji.

Podał Karol Zagórski, ordynator tejże kliniki.

(odczyt wypowiedziany na posiedzeniu Towarzystwa Lekarsk. Warszawsk. z d. 11. XI 1886 r.)

Szanowni Panowie!

Wycięcie guzów jajnika należy do operacji wykonywanych obecnie tak często, i pisano o niem tak wiele, że w nowszych czasach niektórzy autorowie jak np. TERRIER, zdając sprawę z dokonanych przez siebie owariotomji, nad temi z nich tylko szczegółowiej się zastanawiają, które się nieszczęśliwie zakończyły, uważając i nie bez racji, że przypadki takie są najbardziej pouczające, bądź z uwagi na błędy, jakie przy wypełnianiu rękoczynu popełnione być musiały, a od których na przyszłość uchronić by się można, bądź też ze względu na nieprzewidziane powikłania, wobec których chirurgia współczesna jest dotąd jeszcze bezsilna, a które przy przedsięwzięciu operacji pod rozwagę brać należy. Trafiają się jednak przypadki z pomyślnem zejściem, zasługujące niemniej przeto na bliższe rozpatrzenie. Jeżeli dzisiaj pozwoliłem sobie zająć czas i uwagę szanowych panów opisem owariotomii, to czynię to właśnie dlatego, że nasz przypadek, z niejednego względu ma sądzę prawo, być zaliczonym do tej ostatniej kategorii, przekonamy się bowiem, że co się tyczy towarzyszących mu objawów i powikłań, natrafiłszy tu na stosunki niezbyt często spostrzegane, a co ze stanowiska chirurgicznego ważniejsze, pod względem operacyjnym stanowi on jeśli nie nowość, to w każdym razie pewne udoskonalenie, tak co do pomysłu jak i wykonania. Na każdą z pomienionych okoliczności, postaram się we właściwym miejscu odpowiedni położyć nacisk, a tymczasem przechodzę do krótkiego opisu samego spostrzeżenia.

Dnia 20 Czerwca bieżącego roku, przybyła do kliniki prof. KOSIŃSKIEGO Jazwińska Teofila włościanka 48 lat wieku licząca, średniego wzrostu i dobrej budowy. Z wywiadów okazuje się, że chora poraz pierwszy miała perjod w 14 roku, i że od tej chwili miesiączki po raz pierwszy odbywało się prawidłowo do 44 roku

życia, w którym to czasie bezpowrotnie ustalo. Wyszła zamaż w 26 roku życia, rodziła czworo dzieci, pierwsze w rok po ślubie, ostatnie 14 lat temu. Wszystkie po dziś dzień żywe i zdrowe. Nie ronila nigdy, a oprócz ostrej choroby zapalnej którą przebywała przed 12 laty, dotychczas nie chorowała. O obecnem swoim cierpieniu opowiada co następuje: nieco więcej niż 3 lata temu, chora zauważyła w brzuchu z prawej strony guz, zrazu niewielki, który nie sprawiając jej żadnych dolegliwości, rósł jednak szybko, tak że w ciągu roku dosięgnął wielkości „główki kapusty“. Guz ten był ruchomy, a jakkolwiek trzymał się stale prawego boku, dawał się jednak z łatwością przesunąć prawie zupełnie na lewą stronę, i sam przyjmował to położenie przy ułożeniu chorej na lewym boku. Dwa lata temu, przy wcieraniu przepisanej jej przez lekarza maści, chora poczuła, jak się wyraziła „chlupnięcie“, i guz nagle zniknął, a chora na razie znaczną poczuła ulgę. Ulga ta jednak była krótkotrwała i brzuch który na razie zmalął, szybciej jeszcze niż przedtem zaczął rosnąć. Guza wprawdzie chora od tego czasu niewyczuwała ale ciężar w brzuchu, stopniowo ciągle się wzmagał, chora zaczęła doznawać częstego parcia na mocz, a w parę miesięcy potem zauważyła, że z pomiędzy warg sromnych zaczęła wystawać opuszczona macica, która z początku przy leżącym położeniu chorej sama się chowała, następnie obniżając się coraz bardziej, coraz trudniej dawała się odprowadzać, a blisko już od roku, stale na zewnątrz się trzyma. Ciężar w brzuchu nadto ciągle wzrasta, tak że chora przy chodzeniu musi się silnie przechylać ku tyłowi, tak jak w ostatnich miesiącach ciąży. Wszystkie te okoliczności razem wzięte skłaniają chorą do szukania pomocy na drodze operacyjnej.

Badając chorą otrzymaliśmy następujące dane: kobieta średniego wzrostu, dobrej budowy, miernie odżywiana; skóra wiotka, żółtawo-ziemistej barwy, podskórna warstwa tkanki tłuszczowej nieznaczna, błony śluzowe blade. Stan ogólny chorej bezgorączkowy, oddech powierzchowny, przyspieszony, przy poruszeniach oddechowych pracują silnie mięśnie piersiowe i międzyżebrowe. Brzuch znacznej objętości, obwód jego, przy leżącym położeniu chorej, na wysokości pępka, wynosi 98 centymetrów. Ściany brzuszne silnie naprężone, kształt brzucha kulisty u góry lekko spłaszczony. Przy wypukiwaniu otrzymujemy wszędzie odgłos tępy, z wyjątkiem okolicy okrężnicy wstępującej i poprzecznicy. Przy obmacywaniu brzucha wyczuwa się wszędzie wyraźne chelbotanie, z wyjątkiem okolicy samego pępka, gdzie znajdujemy niewielką przepuklinę pępkową na której i obok niej otrzymuje się przy opukiwaniu odgłos bębenkowy. Przy oglądaniu części płciowych znajdujemy, że macica powiększona, znajduje się zupełnie na zewnątrz, tak że przerosła i grzybiasto na zewnątrz wywinięte usta maciczne, wystają ze szpary sromnej ku dołowi na 11 centymetrów. Palec wskazujący daje się wprowadzić przez rozchylone wargi, aż do wewnętrznego ujścia szyi macicznej. Dolna powierzchnia ust macicznych, pokryta jest powierzchownymi owrzodzeniami, nieprawidłowego kształtu o dnie szarem, miejscami zacerwienionem. Pochwa zupełnie wynicowana, stanowi niejako zewnętrzną powłokę wypadniętej macicy, z wyjątkiem tylko jej ust i części pochwowej. Wynicowane ściany pochwy przedstawiają weale poprzecznych

marszczek. Błona śluzowa pochwy sinawo biała, sucha, skórzasta. Pomiędzy przednią ścianą wyciowaną pochwy i wypadniętą macicą pomieszcza się pęcherz moczowy który, szczególnie przy napełnieniu, przednią ścianę pochwy napręża i wypukla. Cewka moczowa przedstawia kierunek odpowiednio zmieniony, tak że wprowadzając do pęcherza cewnik, musimy go kierować z góry ku dołowi; przy poruszeniach jego, przednia ściana pochwy widocznie unosić się daje. Pomiędzy tylną ścianą wyciowaną pochwy i macicą, mieści się część wciągniętej tu odbytnicy, o czem przy badaniu *per anum*, łatwo przekonać się można. Cały wypadnięty guz, wielkości prawie dwóch pięści, odprowadzić się nawet chwilowo do jamy brzusznej nie daje. O położeniu objętości i kształcie innych narządów w jamie brzusznej zawartych, badanie chorej nie daje żadnych pewnych wskazówek, wskutek nadmiernej ilości płynu, wypełniającego nieomal całą jamę otrzewnej. Celem dokładniejszego zorientowania się w tym względzie prof. KOSIŃSKI w trzy dni po przybyciu chorej do kliniki t. j. 23 Czerwca wykonał przekłócie ściany brzusznej trójgranicem przyczem wypuszczono przeszło 21 litrów płynu. Płyn ten jednolity, słomiano-żółtej barwy, przezroczysty, nieznacznie pieniący się, na powietrzu się nie ścina, po powierzchni jego pływają drobne, blaszkowate cząstki cholestearyny. Po wypuszczeniu płynu i dokładnem obmyciu w 2% roztworze kwasu karbolowego wypadniętego guza, zdołano go bez wielkiej trudności do jamy brzusznej odprowadzić. Bezpośrednio potem badając chorą, można było przez wiotką, cienką, flakowatą ścianę brzuszną dokładnie wymacać kształt i położenie wszystkich narządów jamy brzusznej, które tak co do wielkości, jak i co do układu okazują się zupełnie prawidłowemi. Nadto bezpośrednio po nad spojeniem łonowem, wyczuwamy wyraźnie, szczególnie przy dwuręcznem badaniu, dno macicy, a po nad niem, nieco z prawej strony, dwa guzy, z których jeden jest wielkości dobrej pięści, drugi przeszło o połowę mniejszy. Większy guz, posunięty jest więcej na prawo, i ku przodowi, mniejszy położony prawie na linii środkowej, jest nieco ku tyłowi skierowany. Oba guzy przez wyjątkowo podatną ścianę brzuszną dają się ze wszystkich stron ująć i wymacać, przyczem okazuje się, że większy z nich nie wszędzie jest jednakowego utkania a w przedniej i górnej części jego, daje się wyczuć wyraźne chęłbotanie. Co się tyczy mniejszego, to jest on twardszy, sprężystszy, i nie zdaje się zawierać płynu. Przy dwuręcznem badaniu przekonywamy się, że oba guzy są w dość ścisłej łączności tak pomiędzy sobą, jakoteż i z macicą, jakkolwiek bezpośrednio z niej nie wyrastają, w nieznacznym bowiem promieniu dają się poruszać bez zmiany położenia macicy. Razem z macicą oba guzy dają się swobodnie przesuwac na lewą stronę, a także i nieco unosić ku górze. Na zasadzie wszystkich powyższych danych profesor KOSIŃSKI określił, że mamy do czynienia z torbielą wielokomorową jajnika prawego, będącym w bezpośredniej łączności z jamą otrzewnej, za pomocą otworu, powstałego w ścianie guza, wskutek jego pęknięcia, przez który to otwór, zbiera się stale w jamie brzusznej płyn wytwarzający się w samym torbielu. Skutkiem zebrania się znacznej ilości płynu, było pierwotnie obniżenie macicy, które stopniowo przeszło w wypadnięcie, powodując naprzód wypadnięcie i wyciowanie pochwy, a następnie pociągając za sobą

pęcherz moczowy i odbytnicę. (*Cystis multilocularis ovarii dextri, ruptura parietis illius, cum ascitide consecutiva, prolapsus uteri, inversio vaginae, recto-et vesicocoele*).

Na zasadzie tego rozpoznania prof. KOSIŃSKI, postanowił wykonać owarjotomię, co też 27 Czerwca skutecznionem zostało. Przy zachowaniu zwykłych przeciwnilnych ostrożności, poprowadzono w linii białej cięcie, 12 centymetrów długie, poczynając nieco poniżej pępka. Po otwarciu jamy brzusznej znaleziono, że większy guz jest torbielą prawego jajnika, połączonym z macicą za pośrednictwem płaskiej szerokiej szypuły. Torbiel ten zrosnięty jest nadto za pomocą błoniastej fałdy z powiększonym i rozciągniętym pęcherzem. Zrost ten powoduje skrócenie macicy około jej podłużnej osi tak, że prawa ściana macicy stała się przednią. Mniejszy guz siedzący na krótkiej szypule, okazał się torbielą jajnika lewego, niemającym żadnych zrostów. Torbiel ten, przy badaniu przed operacją dawał się wyczuwać nie z lewej strony, lecz na linii środkowej i nieco ku tyłowi, z tego powodu, iż lewa ściana macicy przy wzmiankowanym jej ówieré obrocie około osi podłużnej, stała się tylną. Opisanie zrosty prawego torbiela, dały się z łatwością, zapomocą tępego elewatora i palców poodzielać, przyczem niezaszła nawet potrzeba podwiązania żadnego krwionośnego naczynia. Następnie podwiązano szypuły obu jajników, zapomocą grubych jedwabnych ligatur, odpalono je żegadłem Paquelin'a i zrobiono dokładną tualetę otrzewnej, poczem przystąpiono do założenia szwu na ścianę brzuszną. Przy jego nakładaniu profesor KOSIŃSKI zdecydował się przytwierdzić macicę do przedniej ściany brzusznej, dla zapobieżenia ponownemu jej wypadnięciu, które przy rozluźnieniu macicznych więzów nieuchronnie by znowu powtórzyć się musiało. W tym celu, trzeci szew węzłkowy głęboki, licząc od dołu, nałożony został w ten sposób, że igłę z ligaturą przeciągnięto naprzód przez całą grubość ściany brzusznej z lewej strony, następnie przez nasadę więzu okrągłego lewego, w miejscu przytwierdzenia jego do rogu macicy, dalej przez to samo miejsce więzu okrągłego prawego, i nakoniec przez ścianę brzuszną z prawej strony, poczem oba końce ligatury związane na zewnątrz, jak każdy zwyczajny szew węzłkowy. Resztę rany spojono również szwami węzłkowymi, których nałożono wszystkiego 7 głębokich, t. j. ujmujących otrzewną i 5 powierzchownych. Przebieg pooperacyjny naszego przypadku, żadnych nie przedstawiał zaburzeń. Ciężota ciała raz tylko, w 3 doby po operacji, dosięgła + 38,2° C. Na bóle chora nie skarżyła się wcale, tak że ani razu nie zastrzykiwano jej morfiny podskórną, moc chora poczęła sama oddawać na 7 dzień po operacji i od tej chwili czynność ta odbywała się zupełnie prawidłowo. Wszystkie szwy, z wyjątkiem tego który macicę w zetknięciu ze ścianą brzuszną utrzymywał, zdjęto w 8 dni po operacji, ostatni usunięto na 11 dzień. Chora opuściła zakład 28. VII. 86, a więc w 31 dni po operacji. Przed wypisaniem pacjentki ze szpitala badałem ją wraz z kolegą SZTEYNEREM, przyczem znaleźliśmy, że macica normalnej wielkości, pod względem wysokości prawidłowo ustawiona, pochylona jest nieco ku przodowi. Dno jej nieruchome, a raczej porusza się tylko razem ze ścianą brzuszną, do której jest przyrośnięte. Wszystkie te stosunki niezmieniają się bez względu na to, czy chorą badamy w położeniu poziomem, czy stojącym. Po trzech miesiącach, stosownie do

danego jej polecenia, chora zgłosiła się znowu do kliniki, gdzie badał ją prof. KOSIŃSKI poczem mieliśmy sposobność przekonać się, że położenie macicy nie uległo zmianie, pomimo iż chora zajmując się gospodarstwem domowem, wykonywa wszelkie związane z niem prace fizyczne. Na linii białej tylko, nieco powyżej miejsca przytwierdzenia macicy powstała przepuklina, prawdopodobnie wskutek tego, że chora zbyt prędko do zajęć swych powróciła, przy wypisywaniu bowiem chorej ze szpitala, żadnego śladu przepukliny nie było. Wrota przepukliny są okrągłe, wielkości czterech groszy miedzianych. Wprowadziwszy przez ten otwór palec do jamy otrzewnej, przy dwuręcznem badaniu, możemy przekonać się, że dno macicy, do ściany brzusznej przylega.

Co się tyczy wyciętych guzów, to po wydobyciu ich na zewnątrz i rozcięciu okazało się, że mamy do czynienia z torbielami dermoidalnymi. Prawy, wielkości pięści składa się z dwóch zrazów. Część przednia, o ścianach cienkich, przejrzystych, wypełniona była przezroczystym płynem galaretowatej konsystencji bursztynowego koloru, część tylna o ścianach grubych, skórzastego utkania, przedstawia na tylnej powierzchni otwór wielkości czterogroszówki, przez który wewnątrz torbiela łączyło się z jamą otrzewnej. Na wewnętrznej powierzchni tylnej części torbiela prawego znajdujemy wystające ku środkowi cztery zęby, symetrycznie ułożone, z każdej strony po jednym kle i jednym zębie trzonowym małym. Zębom tym odpowiada w ścianie torbiela nad niemi umieszczona blaszka kostna, eliptycznego kształtu długości 4-cm, szerokości 2-cm centymetrów. Lewy torbiel znacznie mniejszy zawiera zwitek cienkich włosów, tłuszcz i cholestearynę. Pod względem anatomo-patologicznym, preparat ten nie należy do zbyt rzadkich. Zęby stanowią zwykłą nieomal część składową torbielaków dermoidalnych, a ilość ich bywa niekiedy olbrzymia. Tak SCHNABEL w dermoidalnym torbielu u 13-letniej dziewczynki znalazł przeszło 100 zębów, a AUTENRIETH ¹⁾ u 22 letniej kobiety przeszło 300. Włosy znalezione w lewym torbielu są jasnej barwy, która się tu najczęściej napotyka, rude włosy bowiem w torbielach znajdowano rzadko, a ciemne należą do osobliwości, nawet u murzynek.

(d. n.)

Z kliniki lekarskiej Prof. D-ra Korezyńskiego w Krakowie.

VII.

O LECZENIU ŻÓŁTACZKI NIEŻYTOWEJ

(*Icterus catarrhalis*) sposobem Krulla.

Podał Dr. W. Antoni Gluziński.

Docent chorób wewn. i I asystent tejże kliniki.

Kto miał sposobność leczyć większą liczbę przypadków żółtaczki tak zwanej nieżytowej t. j. występującej w przebiegu samoistnego nieżyty dwunastnicy, a względnie przewodów żółciowych, przekonał się zapewne, jak nieraz opornie idzie zastosowane leczenie. Przechodząc kolejno, a bezskutecznie od

¹⁾ Patrz dzieło OLSHAUSEN'A o chorobach jajników.

środków przeczyszczających i alkalicznych do soli i wody karlsbadzkiej, od salicylanu sody do innych leków żółć pędzących stajemy nieraz nieporadni wobec takiego przypadku nie mówiąc tu nawet o przypadkach cięższej postaci żółtaczki.

Wypróbowaśy jeden z mniej znanych sposobów leczenia żółtaczki, który oddał mi nieraz dobre usługi, chcę go tu w krótkości opisać i polecić. Sposób ten podał jeszcze w r. 1877 KRULL ¹⁾ lekarz praktykujący w Meklemburgii. Według opisu jego, postępowanie jest następujące: „Choremu, u którego stwierdzono nieżytową postać żółtaczki (*icterus catarrhalis*), bez względu na to jak długo ona już trwa, wlewa się do odbytnicy raz dziennie zapomocą irygatora 1—2 litrów wody zimnej o ciepłocie 12° R. Chory powinien się starać wodę jak najdłużej zatrzymać”. W leczonych przez siebie przypadkach (11-tu) KRULL dochodził najwyżej do 7-miu wlewań, by otrzymać skutek wybitny. Przyczynę pomysłnych wyników upatruje KRULL w zwiększonym ruchu robaczkowym jelit, przez co i przeszkoda dla odpływu żółci łatwo usuniętą być może.

Na krótkie doniesienie KRULLA mało kto zwrócił uwagę i dopiero w 9 lat od czasu ogłoszenia znajdujemy rozprawkę LÖWENTHALA ²⁾ z polikliniki MAYERA w Berlinie przypominającą ten sposób leczenia jako zasługujący na szersze zastosowanie.

Już teoretycznie rzecz biorąc postępowanie to wydało mi się zupełnie racjonalnem. Wszak wiemy wśród jak małego parcia odpływa żółć do dwunastnicy i jak mała przeszkoda wystarcza do powstrzymania tego odpływu, a mianowicie obrzmienie nieżytowe błony śluzowej przewodu żółciowego lub obrzmienie jednego z fałdów *Kerkring*a zamykającego ujście przewodu tego do dwunastnicy. Wobec tego, zwiększony ruch robaczkowy jelit, jaki wywołujemy przez wlanie wody zimnej do jelit może mechanicznie przyczynić się do usunięcia małej a dla powstrzymania odpływu żółci już wystarczającej przeszkody. Z drugiej strony wiemy z doświadczeń przeprowadzonych przez ROERIGA i MOSLERA ³⁾ na psach z przetoką żółciową że po wstrzyknięciu do jelit wody wydzielanie żółci staje się obfitsze, a sama żółć więcej wodnista, podobnie jak to wykazał ZAWILSKI po wlaniu wody do żołądka. Żółć zatem obficie wydzielona podnosi parcie, a będąc równocześnie wodnistszą łatwiej może pokonać przeszkodę, którą już w części usunął wzmożony ruch robaczkowy jelit.

Opierając się na tej teoretycznej podstawie i na dwóch powyż przytoczonych doniesieniach zastosowałem sposób KRULLA w kilkunastu przypadkach, częścią korzystając z pozwolenia prof. KORCZYŃSKIEGO, na chorych kliniki lek., częścią w prywatnej praktyce. Wyniki otrzymałem bardzo dobre: W pierwszym rzędzie po 2 lub 3 wlewaniach ustępowały przykre dla chorego przypadłości jak gniecienie w dołku podsercowym, nudności, brak apetytu; stolec odbywał się prawidłowo, a co najważniejsza, że kał przybierał zabarwienie coraz więcej żółte jako dowód, że odpływ żółci został przywrócony. W przypadkach w ten

¹⁾ *Berl. klin. Wochen.* 1877. Nr. 12.

²⁾ *Berl. klin. Wochen.* 1886. Nr. 9.

³⁾ *Deut. med. Wochen.* 1882. Nr. 16.

sposób leczonych potrzebowałem najwyżej 8 wlewań, a zwykle 4—5 wystarczało, naturalnie nie żeby żółtaczkę z powłok zewnętrznych usunąć, ale by zniknęły przypadki podmiotowe i by powrócił odpływ swobodny żółci do jelit. Unikanie następnie błędów dyetetycznych, a w razie tła zimniczego podawanie chininy doprowadzały do zupełnego wyleczenia. Były to przypadki po większej części świeże, między niemi jednak dwa, które trwały przeszło 4 tygodnie, leczony były bezskutecznie wodą karlsbadzką, a wlewania wody w jednym przypadku po 4 a w drugim po 5 razach pożądaný skutek sprowadziły.

Najpraktyczniejszy sposób postępowania okazał się następujący: Przygotowawszy dwa litry wody na pierwszy raz o ciepłocie 12° R., zapomocą irygatora lub zwykłego lejka, poleciłem ją wlewać tak długo, póki nie występowało nieprzyjemne prężenie w jamie brzusznej i zatrzymywać wlaną wodę jak najdłużej. Zwykle całe 2 litry choroby znosili i dopiero po 1—2 kwadransach oddawali stolec. Następných dni postępowano tak samo z wodą codzien o 2° R. cieplejszą t. j. drugiego dnia o 14° R., trzeciego o 16° R., czwartego o 18° R. W razie potrzeby dalszych wlewań stosowałem wodę o tym samym stopniu (18° R.) ciepłoty wody. Wody coraz cieplejszej używa się dla tego, że dłuższe jej wlewanie o ciepłocie niższej (12° R.) sprowadzić może podrażnienie błony śluzowej jelit.

W końcu nadmienić mi wypada, że sposób KRULLA różni się od sposobu leczenia żółtaczki nieżytowej podanego przez MOSLERA ⁴⁾ tylko tem, że MOSLER używa wielkich ilości wody letniej, zaś KRULL ilości mniejszych wody zimnej. W pierwszym razie więcej działa głównie powiększenie się parcia w przewodach żółciowych skutkiem powiększenia się ilości żółci i jej rozrzedzenia przez wessanie wody z jelit, w drugim zaś przeważne działanie odnieść należy do przyspieszenia ruchu robaczkowego jelit wywołanego niską ciepłotą wody.

O LECZENIU PRZYMIOTU

ZA POMOCĄ GŁĘBOKICH PODSKÓRNYCH WSTRZYKIWAŃ ŻÓŁTEGO TLENKU RTĘCI.

Podał T. Trzciniński

ordynator szpitala Ś-go Łazarza w Warszawie.

(Dokończenie.—Zobacz Nr. 9).

Przypadek IV. Ch. F. Na skórze tułowia i dolnych kończyn wysypka rozsiana i dość rzadka, na skórze przedramion i na grzbiecie obu rąk zgrupowana groniasto. Po 3 zastrzyknięciach wysypka zniknęła, po 4 chorą wypisano.

Przypadek V. J. S. lat 20. Wysypka rozsiana, dość obfita, na skórze tułowia i kończyn, z wyjątkiem dłoni i podeszew. Kilka grudek na skórze czoła. Po 2 zastrzyknięciach wysypka zniknęła pozostawiwszy zabarwienie skóry, po 4 chorą wypisano.

Przypadek VI. G. S. lat 29. Wysypka grudkowa rozsiana na skórze tułowia i obojga ud. Na skórze goleni i okolicy łądzwiowej wielkie przestrze-

⁴⁾ Berl. klin. Wochen. 1873. Nr. 45.

nie skóry zajęte przez wysypkę bardzo gęsto zgrupowaną. Na skórze między łopatkami kilkanaście grudek ułożonych w kształcie dość regularnego okręgu koła. Nadzwyczaj obfita wysypka na skórze głowy pokrytej włosami, które z przodu mocno są przerzedzone. Na kończynach górnych, wysypka rozsiana, nieobfita. Chora przed 6 tygodniami wyszła ze szpitala niezupełnie wyleczona z wysypki prosówkowej, którą wtedy była dotknięta. Oprócz wstrzykiwań na miejsca pokryte bardzo gęsto grudkami stosowano plaster merkuryalny. Już po pierwszym zastrzyknięciu widzialne było stopniowe wsesanie się wysypki, ostatecznie jednak grudki zniknęły dopiero po 7 iniekcjach, pozostawiając szare zabarwienie skóry. W ostatnim przypadku, wysypka najdłużej opierała się leżeniu, co, ze względu na wielką jej obfitość i natężenie dziwić bynajmniej nie powinno.

Chorych z wysypką prosówkową było cztery.

Przypadek VII. K. S. lat 27. Wysypka prosówkowa zgrupowana na skórze okolicy łędźwiowej, również na skórze zgięcia lewego łokcia i na skórze prawego ramienia. Ograniczone zmętnienia nabłonka migdałów. Liczne i owrzodzone płaskie łepieże sromu. Po 3 zastrzyknięciach wysypka została wessaną i plamy na migdałach zniknęły, po 7 chorą wypisano.

Przypadek VIII. P. F. lat 22. Wysypka prosówkowa niezbyt obfita na skórze tułowia, obfitsza o wiele na skórze dolnych kończyn. Na szyi, około obojga kątów żuchwy wysypka zgrupowana w kształcie plam wielkości jaja kurzego. Na czole kilka grudek soczewicowatych. Po 2 zastrzyknięciu po wysypce zostało tylko zabarwienie skóry, które po 5 zastrzyknięciu zniknęło.

Przypadek IX. G. S. lat 19. Różyczka na skórze piersi i brzucha. Na skórze okolicy łędźwiowej, obu goleni, karku, czoła i na skórze głowy nadzwyczaj obfita wysypka prosówkowa, na goleniach i łędźwiach zgrupowana tak gęsto, że wskutek tego powstały obszerne, łuszczące się rozlane nacieczenia. Płaskie łepieże sromu i odbytu. Już po 2 zastrzyknięciach wysypka wessała się w znacznej części, po 6 zniknęła w zupełności.

Najbardziej zasługuje na uwagę.

Przypadek X. P. J. lat 21. Wysypka prosówkowa, pokrywająca całą skórę, z wyjątkiem rąk, stóp, twarzy i głowy. Wysypka na piersiach rozsiana i nieobfita, na skórze zaś pleców, łędźwi, obojga okolic pośladkowych, obojga ud i goleni obfitości i gęstości niesłychanej. Na pierwszy rzut oka skóra na plecach chorej sprawia wrażenie rozlanego, nieprzerwanego nacieczenia. Większa część oddzielnych grudek objawia wyraźną dążność do ropnego rozpadu. Chora bardzo wyniszczona, wieczorami nieco gorączkuje. Leczenie polegało z początku na podawaniu chininy, następnie jodku żelaza i tranu, po tygodniu zrobiono pierwsze zastrzyknięcie. Wysypka po 2 zastrzyknięciach zniknęła prawie zupełnie a ogólny stan chorej znacznie się poprawił, po 6 zastrzyknięciach chorą wypisano ze znacznie zmniejszonym zabarwieniem skóry. Przypadek ostatni należy już po części do tej kategorii objawów, w której wstrzykiwania żółtego tlenku rtęci największy przynoszą pożytek, t. j. do kategorii objawów przymiotowych wrzodziejących. Przy wysypkach wrzodziejących i przy większych owrzodzeniach skutek tych wstrzykiwań jest, zaiste, efektywny, o wie-

le pędzsy i widoczniejszy niż przy objawach zajmujących, że tak powiem, niższe stanowisko w patologicznej hierarchii objawów przymiotu, t. j. przy wysypce plamistej i grudkowej. U czterech chorych z *ecthyma syphiliticum* wystarczyło 4 do 5 zastrzyknięć do zupełnego zniknięcia objawów, u jednej zaś z pomiędzy tych chorych okazałe niesztowice w liczbie sześciu znikły doszczętnie po 2 iniekeyach.

Syphilis ulcerosa w statystyce mojej zajmuje, niestety, bardzo skromną pozycję, reprezentują go albowiem dwie tylko chore.

Przy p a d e k XI. A. Cz. lat 26. Obszerne i głębokie owrzodzenie sromu, zajmujące wewnętrzne powierzchnie warg większych i zewnętrzne mniejszych, całą powierzchnię krocza i przechodzące na znacznej przestrzeni na obie okolice pośladkowe. Brzegi owrzodzenia faliste, ostro odgraniczone od zdrowej skóry, bez śladu zapalnej otoczki, dno zaś tworzy ziarnina zlekka pokryta produktami rozpadu. Na skórze goleni, przedramion i dłoni ślady wessanej wysypki grudkowej. Chora, bardzo mało rozwinięta umysłowo, nie dostarczyła żadnych danych anamnestycznych, prócz tego, że urodziła pięcioro zdrowych dzieci, z których ostatnie przed 6 miesiącami. Po 3 zastrzyknięciach, przy jednoczesnem stosowaniu miejscowego leczenia, pozostała niezabliźnioną zaledwie trzecia część owrzodzenia, po 3 zaś dalszych iniekeyach zabliźnienie było doszczętnie.

Przy p a d e k XII. M. L. lat 20. Na przedniej powierzchni prawej goleni, w ośrodkowej tejże części, trzy owalne bujające owrzodzenia, każde wielkości dwóch groszy, ostro odgraniczone od zdrowej skóry, ze słabem zaczerwienieniem dookoła. Dno wrzodów, nad poziom otaczającej skóry wzniesione, tworzy atoniczna ziarnina, nie prawie nie wydzielająca. Chora w przeciągu dwóch miesięcy zażywała jodek potasu, owrzodzenia zaś opatrywane były w sposób najrozmaitszy, wielokrotnie głęboko przyżegane, wreszcie wyskrobane łyżeczką Volkman'a aż do powięzi—wszystko to bez żadnego skutku. Grzybowata, bujająca ziarnina odnawiała się po każdym zniszczeniu, jako lby hydry, odrastające po ucięciu, aż wreszcie ukróciły ją cztery zastrzyknięcia, po których utworzyły się trwale blizny na miejscach uprzednio owrzodzonych.

Wstrzykiwaniami leczono 5 kobiet z objawami przymiotu późnego.

Przy p a d e k XIII. M. A. lat 19. Olbrzymie przedziurawienie twardego podniebienia, przez które można wygodnie obejrzeć wewnątrz jamy nosowej. Część chrząstkowa przegrody nosa nie istnieje, jak również języczek. Brzegi przedziurawienia i ściany jamy nosowej rozległe owrzodzone. Po trzech zastrzyknięciach owrzodzenia się zabliźniły, po czterech chorą wypisano.

Przy p a d e k XIV. S. A. lat 33. Obfita wysypka guzkowa na skórze obojga ud i prawego przedramienia, istniejąca od lat kilku, znikła prawie zupełnie po dwóch zastrzyknięciach.

Przy p a d e k XV. M. M. lat 28, przybyła do szpitala z prawą górną kończyną unieruchomioną w stawie łokciowym w skutek rozległych owrzodzeń i nacieczenia skóry. Kończyna zgięta w łokciu pod kątem prostym, wyprostowanie bierne prawie niemożliwe. Skóra dolnej połowy ramienia i górnej trzeciej części przedramienia na całej wewnętrznej i tylnej powierzchni pokryta

wysypką guzkową, nacieczona i owrzodzona w wielu miejscach. Po 5 zastrzyknięciach owrzodzenia się zbliżyły, nacieczenie zmniejszyło o wiele a czynne wyprostowanie kończyny stało się zupełnie możliwem.

Przypadek XVI. A. J. lat 44, przybyła ze szpitala oftalmicznego z mieszaną formą przymiotu: jednocześnie z łepieżami *in crena ani* na lewej goleni istniały owrzodzenia z rozpadu gummatów powstałe a oprócz tego deformacja i nieruchomość prawej źrenicy wraz ze znacznem osłabieniem widzenia w prawem oku. Po 5 iniekeyach zniknęły łepieże i owrzodzenia goleni, po 7 nastąpiła znaczna poprawa w widzeniu.

U piątej chorej z powodu zapalenia dziąseł po drugim zastrzyknięciu dokończono leczenia za pomocą jodku potasu.

Z liczby 90 chorych 3 powrócili do szpitala z recydywami: po 7, 4 i 5 tygodniach. W pierwszym przypadku była to recydywa wysypki prosówkowej; w dwóch pozostałych—łepieży płaskich. Liczba ta nie wyczerpuje wszystkich powrotów choroby, gdyż prawdopodobnie nie wszystkie chore z recydywą zjawiały się w szpitalu. Czy powroty objawów przymiotowych występują po wstrzykiwaniach prędzej niż po wcieraniach szarej maści, jest to pytanie, którego tutaj dotykać nie mogę i które tylko obszerna statystyka, porównawcza, za przeciąg lat wielu zebrana, rozstrzygnąć potrafi, *a priori* jednak nie sądzę, aby porównanie na niekorzyść iniekeyi wypaść miało.

Dobiegam do końca niniejszych słów kilku. Stosowałem wielokrotnie wstrzykiwania żółtego tlenku rtęci w praktyce prywatnej, osiągając zawsze rezultaty, potwierdzające powyższe spostrzeżenia szpitalne. U żadnego z moich chorych nie wytworzył się ropień; u żadnego stwardnienie na miejscu zastrzyknięcia nie zmusiło do dłuższej przerwy w leczeniu; żaden chory nie żądał zaniechania wstrzykiwań z powodu ich bolesności; u żadnego nie widziałem silniejszego zapalenia dziąseł. Wielu natomiast chorych wyrażało żywe zadowolenie z metody leczenia nie absorbującej prawie zupełnie czasu, bardzo dla wielu pacjentów drogiego, oszczędzającej znużonej przy codziennych wcieraniach roboty, nie wywołującej żadnej zmiany w zwykłych życiowych zajęciach i pozwalającej na ukradkowe—*sit venia verbo*—przeprowadzenie kuracyi, co ze względów towarzyskich nie jest bez znaczenia.

Jeżeli zsumuję wrażenia swoje odnośnie do wstrzykiwań *hg. oxydati flavi*, robionych przezemnie tak w szpitalu, jako i w praktyce prywatnej i zechcę wydać sąd o ich wartości leczniczej, tedy zastosować mogę do nich w zupełności zdanie NEISSER'A i jego asystentów o iniekeyach kalomelowych z tem jednak ważnem nadmienieniem, że iniekeye żółtego tlenku są praktyczniejsze, jako nie wywołujące zupełnie ropni i silnego bólu. Ani kalomel ani żółty tlenek rtęci nie pozbawia szarej maści jej pierwszorzędnego stanowiska przy leczeniu przymiotu, pozostanie ona, jak dotąd była, jedyną wielu razach ucieczką, środkiem wartości wypróbowanej; jeżeli jednak stosowanie wcierań w jakimkolwiek przypadku przymiotu nie daje się skutecznie a wskazane jest leczenie rtęcią, natenczas wstrzykiwania *hg. oxyd. fl.* zastąpią nam frykeye bez żadnej dla chorego szkody. Preparat zalecony i wypróbowany po raz pierwszy przez doktora WATRASZEWSKIEGO wcierań z pola nie usunie, jak nie usunął

ich kalomel, ale jest bezwarunkowo cennym nabytkiem dla arsenału środków przeciwpriemiotowych i szczególnie nadaje się do leczenia szpitalnego, ponieważ prawdopodobieństwo ślinotoku i zapalenia błony śluzowej jamy ustnej jest o wiele mniejsze przy używaniu tego środka aniżeli przy wcieraniach i ponieważ przy stosowaniu wstrzykiwań leczenie nie zależy od dobrej wiary i dobrej woli chorych, którzy wcierają frykcyę bardzo często niedbale a często wprost je eskamotują.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

12. **Jodoform jako środek przeciwnilny** przez Chr. HEYNA i Thorkild ROVSINGA (*Fortsch. der Med.* Nr. 2, 1887 r.). Wszyscy chirurdzy uważają jodoform za środek przeciwnilny, jedni za silniejszy, drudzy za słabszy, nikt jednak o tych własnościach nie powątpiewał, a to tembardziej, że posiada on silny przenikający zapach i jest rzeczywiście środkiem odwanijającym. Autorzy sądzą, że przypisywane jodoformowi własności przeciwnilnych polega na fałszywych wynikach, jakie chirurdzy otrzymywali przy stosowaniu tego środka, stosowali go bowiem zawsze jednocześnie z innymi środkami przeciwnilnymi. Dwa są sposoby przekonania się o przeciwnilnej wartości jodoformu: 1) doświadczenia, t. j. badanie działania jodoformu na hodowlę bakterii chorobotwórczych i 2) kliniczny, t. j. wyłączone stosowanie jodoformu do oczyszczania i opatrunku ran przy rękoczynach chirurgicznych. Drugi sposób autorzy uważają za zbyt ryzykowny, co zaś do pierwszego, to wykonali szereg doświadczeń nad przeciwnilnym działaniem jodoformu. Według BINZA i HÖGYESA jodoform niszczy pasożyty nie jako taki, lecz przez wytworzenie wolnego jodu lub też soli jodowych. Jodoform rozpuszcza się w tłuszczach tkanek i oswoobodzony jod niszczy bakterye, lub też oddaje płynom surowiczym tkanek kwas jodowy i tworzy z nimi sole jodowe. Hypotezy te wykazują tylko przeciwnilne działanie jodu i soli jodowych, nie objaśniają nam jednak, czy i w jakich ilościach się one w ranie wytwarzają. Do doświadczeń autorzy używali roztworów jodoformu w oliwie i surowicy (z krwi cielęcej). Roztwór (4%) jodoformu w oliwie można otrzymać, wystawiając jodoform przez 24 na działanie oliwy, przy temperaturze 30°C. W surowicy rozpuszczają się bardzo małe ilości jodoformu. Według doświadczeń ZELLERA 0,212 grm, w 1000 grammach surowicy. Dla otrzymania cokolwiek mocniejszego roztworu, autorzy zostawiali duże ilości jodoformu pod płynną surowicą przez kilka tygodni, i ogrzewali mieszanicę do temperatury ciała. Taką jodoformową surowicę przesączali i wyjałowioną używali do doświadczeń. Oprócz tego przyrządzali mieszanicę jodoformu lub oliwy jodoformowej z surowicą, żelatyną i Agar-Agar. Badano wpływ tak przyrządzonego i czystego proszku jodoformowego na następujące pasożyty: 1) na szary grzybek pleśni z pracowni otrzymany; 2) na czystą hodowlę mikrokokków ropy ze szczura; 3) na hodowlę *staphylococcus pyogenes aureus*; 4) na hodowlę pneumokokków; 5) na hodowlę *bacillus subtilis*. Preparat jodoformu był zupełnie czysty, kwasu pikrynowego nie zawierał. Wyniki badań autorów są następujące: 1) jodoform niema żadnej wartości jako środek przeciwnilny w chirurgii; 2) jest środkiem niebezpiecznym, ponieważ już w preparacie jodoformu mogą się znajdować pasożyty chorobotwórcze; 3) nawet jak najdokładniejsze przechowanie jodoformu nie zabezpiecza od wnikania zarodków chorobotwórczych, znajdujących się w powietrzu, a ponieważ jodoform nie niszczy ich żywotności, więc mogą być z łatwością przenoszone do ran za pomocą penszli i rozpylaczy. Chociaż

więc jodoform nie posiada własności przeciwnilnych, to jednak mógł by być zastosowany do opatrunków, jest bowiem środkiem osuszającym i kojącym bóle, gdybyśmy byli pewni, że inne płyny używane do opatrunków przeciwnilnych, jodoform wyjąłowią. Wyniki otrzymane przez M. SCHEDEGO wykazują, że płyny przeciwnilne używane przed i po operacyi nie mają żadnego wpływu, i że przy użyciu jodoformu SCH. obserwował w przeciągu 5 ciał miesięcy 23 przypadki róży i ropnicy, SCHEDE zarzucił z tego względu jodoform, i zaczął używać sublimatu. Ponieważ doświadczenia autorów wykazały, że *staphylococcus aureus* w jodoformie miesiąc cały żyć może, nie może więc podlegać żadnej wątpliwości, że właśnie jodoform w przypadkach SCHEDEGO był zbiornikiem dla zarazków i jako taki szkodliwy wpływ wywierał. Zdaje się, że oblewania rany płynami przeciwnilnymi przed użyciem jodoformu nie są w stanie wstrzymać szkodliwego działania tego środka zawierającego pasożyty. Jodoform posiada własność tworzenia zbitych grudek w zetknięciu z płynami, wewnątrz tych mass mogą się gromadzić pasożyty, a głównie *staphylococcus aureus*. Po pewnym czasie płyny znajdujące się na powierzchni rany ulatniają się i działanie ich przeciwnilne słabnie, jodoform zasycha i jako proszek styka się z tkankami i przyczynia się do silniejszego rozwoju pasożytów. Jodoform zatem nie jest środkiem przeciwnilnym i jeżeli koniecznie go chcemy używać do opatrunków przeciwnilnych, to musi być jodoformem wyjąłowionym (jodoform wystawiony na działanie sublimatu). W końcu autorzy wspominają o artykule O. Johana Olsena „Powstawanie choroby skórnej przez grzybki pleśniowe znajdujące się w opatrunku Listera”. O. między innymi dowodzi, że jodoform nie działa na *aspergillus vigrescens* i na bakterye przy *osteomyelitis*. Te ostatnie szczepił na gotowanym kartoflu pod wyjąłowionym kloszem szklannym i pokrył grubą (1 milimetr) warstwą jodoformu. Bakterye doskonale się rozwiły pod i nad warstwą proszku jodoformowego.

(*Allgemeine med. centr. Zeitung* Nr. 7 i 8, 1887). Guranowski.

Nie uwłaczając bynajmniej znaczeniu, jakie w ostatnich czasach nabiera bakteriologia, zgodzić się jednak trzeba, że jest to nauka w początku rozwoju; sztuczne hodowle, pozbawione wpływu żywych tkanek, nie dają dokładnego pojęcia o znaczeniu bakteryi dla ustroju, dla tego też często spotykamy w bakteriologii poglądy zupełnie sprzeczne z faktami klinicznymi, za przykład służyć może powyżej streszczona praca HEYN'A i ROVSING'A, którzy na zasadzie swych doświadczeń bakteriologicznych odmawiają jodoformowi własności przeciwnilnych, przyznanych mu przez liczne spostrzeżenia klinicystów chirurgów. Mylą się autorzy, twierdząc, „że jodoform nie ma żadnej wartości jako środek przeciwnilny w chirurgii“, doświadczenia MIKULICZA i PANETH'A (*Wiener Klinik* 1882, 4. 1.) dowodzą, że jodoform domieszany do płynów ulegających gniciu, powstrzymuje to ostatnie, i chociaż działa słabo, lecz działanie to trwa dłużej, niż przy użyciu innych środków, które posiadają wprawdzie silne przeciwnilne własności, lecz w tej formie w jakiej zupełnie wstrzymują rozwój bakteryi nie mogą być użyte bez niebezpieczeństwa dla organizmu, zaś użyte w rozcieńczeniu nie zabezpieczają rany od zakażenia, drażnią ją silnie, działanie wkrótce przechodzi, a sprawa gnicia i zakażenia rozwija się w całej sile. Chociaż pod opatrunkiem jodoformowym znajdują się bakterye, lecz są one nie szkodliwe, np. bakterye (*staphylococci*) znajduwane w ranach gojących się *per primam*, możemy przypuszczać, że powstające pod wpływem żywych tkanek z jodoformu *jod in statu nascenti* i jego sole nie pozwalają na wytworzenie się w ranie pod wpływem bakteryj ptomainów, i dzięki temu pod jodoformowym opatrunkiem zakażenie rany miejscowe i zakażenie ogólne organizmu jest bardzo rzadkie. Widzimy więc, że jodoform ma ważne zalety jako środek przeciwnilny, powyższe teoretyczne dowodzenia łatwo potwierdzić można przytoczeniem spostrzeżeń, które codziennie widzimy w klinice, np. tampon jodoformowy pozo-

stawiamy w ranie kilka dni, tydzień i dłużej, a przebieg gojenia się odbywa się bez powikłań, przy skąpej, nie cuchnącej wydzielinie, bez objawów zapalnych zakaźnych w otoczeniu rany, gdy tymczasem użyty w analogicznym przypadku, przy zwykłym przestrzeganiu aseptyki podczas operacji, tampon z jakiegokolwiek innej przeciwnilnej gazy wkrótce bywa przesiąknięty cuchnącą wydzieliną, w ranie występują objawy gnicia, powstaje zakażenie miejscowe i ogólne, jednym słowem przebieg jest niepomysłny, pełny niebezpiecznych powikłań. Dalej, na przykład przy leczeniu jodoformem (tamponami z gazy jodoformowej) ran łączących się z jamami i otworami ciała (SCHRAMM, Gazeta Lekarska 1885, Nr. 4—8) przebieg jest jaknajlepszy, płyny pozostające w zetknięciu z jodoformową gazą nie rozkładają się, tampon pozostawić można 7 do 10 dni, zatem przez czas wystarczający, aby rana pokryła się bujną ziarniną, chroniącą nadal ranę od zakażenia; przy użyciu innych nie jodoformowych tamponów przebieg bywa najeźściej o wiele gorszy. Przeciwdrugiemu i trzeciemu wnioskowi H. i R., że jodoform jest środkiem niebezpiecznym, ponieważ w preparacie jodoformu mogą znajdować się pasożyty chorobotwórcze, które mogą być przeniesione na ranę, przytoczyć można, że przecież i wszelki inny materiał opatrunkowy również może nie być w zupełności aseptycznym, bo nie zabija bakterii wnikających z powietrza, zresztą jodoform w proszku mało się używa, a przygotowanie gazy jodoformowej odbywa się podług ogólnie przyjętych zasad antyseptyki. Słusznym jest tylko pogład autorów, żeby, dla większej pewności, używać jodoformu wyjałowionego sublimatem.

Tomasz Sobnan.

13. W. KIRCHNER. Przyczynek do etiologii czyraka w uchu (*Monat. für Ohrenh.* etc. Nr. 1. 1887). KIRCHNER ogłasza wyniki nowych swych poszukiwań bakteriologicznych, posilując się przytem metodą przez KOCHA stosowaną. K. przedcina czyraki w okresie nacieczenia, zanim się w nich wytworzyła ropa. Przed nacięciem przestrykuje przewód słuchowy letnim roztworem 0,1% sublimatu, i wysusza go watą sublimatowo-solną Maassa. Przecięcie wykonywa nożem, oczyszczonym w płynie sublimatowym, zanurza następnie w ranie wypalony drut platynowy i szczepi na wyjałowionej żelatynie. Po kilku dniach rozwijają się charakterystyczne białe nieprzezroczyste pokłady (*plaques*) grzybka *staphylococcus pyogenes albus*. Do badań drobnowidzowych barwi hodowlę metodą Gramm'a lub też zwyczajnym roztworem fuksyny. Drugiego grzybka ropy t. j. *Staphylococcus pyogenes aureus* autor przy swoich badaniach wcześniej przedsiębranych nie znalazł. Szczepienia czystej hodowli *staphylococci albi* i świeżej ropy czyraków u królików nie udawały się, u białych myszy występowały objawy zapalne w miejscu nakłócia po zastrzyknięciu hodowii. Jeżeli przyjmujemy, że powstawanie czyraków powodzie słuchowym zależy od wnikania pasożytów, to nasuwa się konieczność przeciwnilnego leczenia tej choroby. LÖWENBERG zaleca kwas borny w stężonym, roztworze wyskokowym, WEBER-LIEL sublimat z wyskokiem, autor widział dobre skutki, stosując roztwór octanu glinu. Ponieważ najdzielniejszym środkiem przeciwpasożytniczym jest sublimat, przeto autor lekowi temu daje pierwszeństwo. Zaleca on przemywanie przewodu słuchowego 0,1% letnim roztworem sublimatu przed przecięciem czyraka, następnie 3—4 razy penszować ranę tym samym roztworem. Ucho zatykać radzi watą sublimatową lub też sublimatowo-solną Maassa dla osłony przed wniknięciem pasożytów z zewnątrz. U osób usposobionych do czyraków radzi autor zapobiegawczo penszować przewód słuchowy takimże roztworem sublimatu z dodatkiem gliceryny (*Sublimati* 0,05, *Aq. destil.* 30,0, *Glycerini* 20,0). Ważnem jest usunięcie przyszczyki przewodu słuchowego zewnętrznego, powstające bowiem przy drapaniu zranienia naskórka ułatwiają wnikanie pasożytów. W końcu przytacza autor spostrzegany przez siebie przypadek zarażenia się czyrakiem żony od męża przez użycie tejże samej gabeczki do wycierania ucha. S. M.

Wiadomości bieżące krajowe i zagraniczne.

Krajowe. Z powodu poruszonej przez pisma lekarskie kwestyi wydawania przez apteki lekarstw za receptami felcerów i t. p., pojawił się w Nr. 4 *Wiadomości Farmaceutycznych* obszerny artykuł p. t. *Kilka słów w obronie zawodu*, w którym autor przytacza artykuły prawa, dowodząc że wszelkie środki i lekarstwa złożone nieszkodliwe mogą być wydawane z aptek na żądanie osób prywatnych bez recept lekarzy. Autor wzywa pisma lekarskie, aby przez poważniejsze roztrząsanie kwestyj, odnoszących się w ogóle do poprawy złego we wszystkich działach lecznictwa wspólnie z redakcją *Wiadomości* podjęły usiłowania, mające na celu wyjaśnienie rozmaitych pytań i wątpliwości, jakie się w tym względzie nasuwają. Autor sądzi, że „drogą silniejszego zacieśnienia stosunków między lekarzem i aptekarzem, wyrozumiałości i wzajemnego poparcia interesów bez krzywdy dla ogółu, dałoby się złe zmniejszyć, aptekarz zrzekłby się chętnie swobód, jakie mu daje zacytowane prawo, a *mniej* interesowanie się lekarzy składami materiałów aptecznych na korzyść aptek odbije się zapewne w dopomaganiu lekarzom w sprawie konkurencyi felcerskiej“.

Żałujemy bardzo, że brak miejsca nie pozwala nam pytań tych rozbiierać szczegółowo, chcemy tylko zwrócić uwagę na kwestyę, na którą autor, zdaje się, główny nacisk kładzie, mianowicie interesowanie się lekarzy składami aptecznymi ze szkodą aptek. Nie przypuszczamy, aby *Wiadomości Farmaceutyczne* miały tu na myśli jakieś protegowanie składów aptecznych, bo w tem chybaby lekarze interesu mieć nie mogli. Publiczność sama jest dziś o tyle doświadczoną, że pewne środki lekarskie kupuje w składach aptecznych. Ma to wszakże miejsce tylko przy braniu większych ilości niektórych środków, jak tranu, kwasu karbolowego, kwasu bornego i w ogóle środków opatrunkowych i używanych przeważnie zewnątrz. Ze środków wewnętrznych, o ile nam wiadomo, tylko jedną chininę nabywa publiczność w składach aptecznych, ale przy użyciu znacznych ilości tego środka, dosyć łatwem dozowaniu i nie małej różnicy w cenie składowej jest to łatwem do wytłomaczenia. Natomiast o braniu gotowych lekarstw, albo jakichkolwiek środków złożonych w składach aptecznych, a tem bardziej o zalecaniu tego przez lekarzy nigdyśmy nie słyszeli. Gdzież więc *Wiadomości Farmaceutyczne* widzą interesowanie się lekarzy składami aptecznymi ze szkodą aptek?

Przechodząc do kwestyi wydawania lekarstw za receptami nie lekarzy, a przedewszystkiem felcerów, zwrócić musimy uwagę Szanownej Redakcyi *Wiadomości Farmaceutycznych* na to, że z aptek wydają się środki bynajmniej nie obojętne, a zapewne oznaczone w *taksie krzyżykiem*, których wydanie zatem bez recepty lekarskiej nie jest dozwolone, jako to kalomel, roztwór siarczanu miedzi, emetyk w dawce wymiotnej, morfina do wstrzykiwań podskórnych, chloral i t. p. Te wszelkie środki wydają się zwykle bez sygnatury. Redakcja *Wiadomości* zapewnia, że pod pewnemi warunkami aptekarz chętnie by się zrzekł swobód, jakie mu daje zacytowane prawo (wydawania lekarstw bez recept lekarzy), wolelibyśmy wszakże, aby pp. aptekarze, nie zrekając się tych swobód (do czego zresztą nie wiemy, czy mają prawo), wydawali jedynie środki dozwolone, aby zawsze wypisywali wyraźnie, jaki środek i w jakiej ilości wydany został, aby sygnatury lekarskie, na których wyraźnie napisane jest „z przepisu W-go D-ra“, rzeczywiście tylko dla recept lekarskich służyły. W końcu zwrócimy uwagę na to, że są jednakże apteki, które nie korzystając z praw cytowanych przez *Wiadomości Farmaceutyczne* i nigdy żadnych lekarstw bez recepty lekarza nie wydają.

— Posiedzenie kliniczne Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego odbędzie się we Wtorek d. 8 Marca 1887 r.

I. Dr. SZTEYNER. O zeszytciu żołądka.

II. Dr. JAKOWSKI. Odczytanie protokółów posiedzeń Komitetu higieny publicznej.

Zagraniczne. W miejsce zmarłego SCHROEDERA wymieniają dwóch kandydatów na katedrę Akuszeryi w Berlinie: OLSHAUSEN z Halli i WINCKEL z Monachium.

— Szósty kongres medycyny wewnętrznej odbędzie się w Wiesbaden pod przewodnictwem prof. Leydena w dniach od 13 do 16 Kwietnia r. b.

— Tegoroczny kongres niemieckiego Towarzystwa chirurgicznego odbędzie się w Berlinie w dniach od 13 do 16 Kwietnia.

Zmarli. D. 7 Lutego b. r. dokonał życia w Berlinie Dr. Karol. SCHROEDER przeżywszy lat 49. Zmarły był jednym z wybitniejszych przedstawicieli swojego fachu, a tak akuszerya, jak ginekologia zawdzięczają jemu znakomite postępy. Pierwsza jego monografia p. t. „*Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett*” zapowiadała dużo a ostatnie przez niego napisane dzieło p. t. „*Der schwangere und kreisende Uterus*” dowodzi jak wiele zmarły w krótkim życiu swoim zdziałał. Schroeder był też znakomitym praktykiem; sława jego daleko poza Niemcy sięgała. Talent professorski miał niepospolity, a strata jego uczyniła w świecie naukowym szczerbę, która niełatwo da się zapełnić.

W Paryżu umarł J. BÉCLARD znany profesor fizyologii.

Michał WOLFF lekarz z Międzyrzecza umarł w Mentonie przeżywszy 74 lat.

Stanisław Idzik lekarz w Różanach w gubernii Grodzieńskiej umarł w 25 roku życia.

Wykaz prac oryginalnych w czasopismach lekarskich polskich zamieszczonych.

W Przeglądzie lekarskim: w N-rze 4. *Korczyński*. Zator tętnicy wieńcowej serca za życia rozpoznany (c. d.). *Barącz*. Z kazuistyki chirurgicznej. *Obaliński*. Prosty sposób leczenia lekkich zniekształceń u dzieci. *Jaworski*. Metoda mierzenia zdolności wydzielniczej pepsyny jakoteż sposób otrzymania naturalnego soku żołądkowego ze żołądka ludzkiego. *Schaitter*. W sprawie wymiaru należytości za czynności sądowo-lekarskie. W N-rze 5. *Rydygier*. Przyczynok do sposobu operowania trudniejszych przypadków przetok pęcherzowo-pochwowych. *Korczyński*. Zator tętnicy wieńcowej serca etc. (dok.). *Zaleski*. Przyczynek do nauki o wydzielaniu się żelaza z ustroju zwierzęcego i do nauki o ilości tego metalu u głodzonych zwierząt (dok.). W N-rze 6. *Finger*. Przyczynek do nauki o kiłowej wysypce barwikowej (*Leucoderma syphiliticum*). *Barącz*. Z kazuistyki chirurgicznej. W N-rze 7. *Finger*. Przyczynek do nauki o kiłowej wysypce barwikowej (dok.). *Barącz*. Z kazuistyki chirurgicznej. *Paczkowski*. Leczenie zapalenia płuc włóknikowego. W N-rze 8: *Górski*. O resekcji kiszki stołcowej z powodu jej wypadnięcia. *Solecki*. Nerwoból twarzy w obwodzie III gałęzi n. troistego; wycięcie całej trzeciej gałęzi n. troistego tuż przy otworze jajowatym sposobem Krönleina. *Kulczyński*. Przyczynek do kazuistyki duru brzuszego i powikłań. W Przewodniku gimnastycznym w N-rze 1. Nowy rok. Wspomnienie Jana Dobrzańskiego (c. d.). Sprawy Towarzystw gimnastycznych polskich. W Wiadomościach lekarskich. W Zeszycie 7: *Stachiewicz*. Antifebrin (Phenil-Acetaneid) przeciw gorączce w gruźlicy płuc. W Gazecie lekarskiej. W N-rze 5. *Reichman*. O sokotoku żołądkowym (*Gastrosuccorrhoea*). Przyczynek do patologii żołądka. *R. Trzebicki*. Przyczynek do wycięcia jelit. W N-rze 6: *Drobnik*. O podwiązaniu tętnicy udowej dolnej. *M. Reichman*. O sokotoku żołądkowym etc. (c. d.). Notatki lekarskie. *J. Serwiński*. Przypadek ostrej złośliwej bąblicy. W N-rze 7: *St. Szcz. Zaleski*. Żelazo i hemoglobina w wolnym od krwi mięśniu. *Szadek*. Krótkie sprawozdanie z 70 przypadków róży, spotrzeganych na oddziale skórny wojskowego szpitala w Kijowie w roku 1885. *M. Reichman*. O sokotoku żołądkowym etc. (c. d.). *Z. Kramsztyk*. O pewności w leczeniu (w odcinku). W N-rze 8. *M. Zweigbaum*. Przypadek owrzodzenia gruźliczego sromu, pochwy i części pochwowej macicy. *L. Nencki* i *A. Fabian*. O przetworach fermentowanych z mleka a mianowicie o kumysie i kefirze (c. d.). *M. Reichman*. O sokotoku żołądkowym etc. (dok.). *Z. Kramsztyk*. O pewności w leczeniu (w odcinku) (c. d.). W Kronice lekarskiej w N-rze 2. *J. Funk*. Obecny stan leczenia syfilisu. W Zdrowiu w N-rze 2: *B. Danielewicz*. Graficzne obrazy stosunków ludnościowych m. Warszawy. *Abramowicz*. Kowieńska gubernia i powiatowe miasto Szawle. *Karliński*. Stosunki klimatyczne Krakowa. *Lesser*. Nabiał Warszawski i wpływ jego na zdrowotność mieszkańców. Działalność Zakładów dobroczynnych w Królestwie Polskiem w r. 1884.

Sprostowanie. W N-rze 9 na str. 138 w wierszu 23 od dołu po nawiasie czytać należy i MICHAŁISA.

REDAKTOR I WYDAWCA, DR. G. FRITSCHE Adres Redakcyi: Al. Jerozolimska N. 80 nowy.

Дозволено Цензурою. Варшава, 19 Февраля 1887 г.—Чтеонками Михаила Зиемкiewiczа
Krak.-Przedm. Nr. 17. Cena numeru pojedynczego kop. 15 (złp. 1).

Capsulae contra taeniam. Z pomiędzy wielu środków przeciworobaczych *Extr. filicis mar. aeth.* jest najstarszym i bez zaprzeczenia najdzielniejszym w skutkach — przytem zasługuje na pierwszeństwo przed innymi, które w większej części drażnią i obciążają przyrząd trawienia.

Korzeń paproci zawiera w sobie olejki eteryczne, żywicę, kwas garbnikowy i kwas filicilowy, od ilości zaś i składowych części zależy skuteczność wyciągu. — Różne obserwacje w tym kierunku robione dowiodły, że cała skuteczność zawisła: 1) od warunków klimatycznych paproci (rosnąca na Alpach bogatszą jest w kwas filicilowy), 2) od czasu zbioru korzenia (Wrzesień najodpowiedniejszy), 3) od sposobu przygotowania wyciągu; — dodać jeszcze winniem, że świeżość i odpowiednie zabezpieczenie, od wpływu światła i powietrza, najważniejszą odgrywa tu rolę. Wielokrotne doświadczenia przekonały mnie, że *Extr. filicis mar.*, wystawiony na działanie powietrza, traci znaczną ilość olejków, jednocześnie mętnieje i osadza kwas filicilowy — gdy tymczasem w naczyniu zabezpieczonem od przystępu powietrza, światła, w chłodnym miejscu i rok może pozostać bez zmiany. Celem uchronienia go od utraty tak cennych części składowych, najodpowiedniejsze są kapsułki gelatinowe; forma ta łączy i drugą niezmiernie ważną dogodność, a tą jest przyjemniejsze użycie tak przykrego lekarstwa.

W ciągu ostatnich lat miałem sposobność sprawdzić rzeczywistą skuteczność wyciągu z korzenia Alpejskiej paproci w kapsułkach, których sztuk 12 po 10 gran zadawane były dorosłym, a dzieciom w połowie powyższej ilości.

Sposób użycia kapsułek z wyciągu korzenia paproci Alpejskiej.

Dla dorosłych osób 12 sztuk kapsułek, dla dzieci sztuk 6. Chory dwa dni przed użyciem kapsułek powinien zachować o ile można ścisłą dietę, a to celem odkrycia całego ciała solitera. Rano, na czczo, co kwadrans po 3 kapsułki używać, popijając herbatą z cytryną — chory powinien spokojnie leżeć, a w razie nudności kawałki lodu łykać, lub też trzymać w ustach plasterki cytryny. Zwykle w pół godziny po ostatnim użyciu kapsułek, tasiemiec kłębem wychodzi ze stolcem wodnistym, a jeżeli w przeciągu 2 godzin nie pokaże się, należy użyć 2 łyżki oleju rycynowego, ażeby wydalili martwego tasiemca.

M. Mutniański.

Pilulae ferri oxydulati. Pilulae ferri oxydulati cum chinino sulphurico. Liczne poszukiwania tak dawniejszych jako i współczesnych klinicyстів oraz farmakologów wykazały, iż nie wszystkie przetwory żelaza zarówno są skuteczne, i że pomimo podawania jednakowych ilości tego pierwiastku zawartego w rozmaitych związkach, rezultaty lecznicze bywają jednakże różne (Blaud, Niemeyer, Vallet, Husemann, Binz i wielu innych). Przyczyny tego faktu szukać należy w tem, że nie wszystkie przetwory żelaza z równą łatwością są przez organizm przyswajane, oraz, że gdy jedno nawet w znaczniejszych ilościach mogą być zadawane, inne, drażnią przewód pokarmowy i już w niedługim czasie muszą być zaniechane. Ze wszystkich dotąd wypróbowanych przetworów najbardziej odpowiada celowi *wodan tlenku żelaza*, gdyż się najłatwiej przyswaja i wybornie, nawet przez słabe żołądki znosi. W obec tych jego szacownych własności, przygotowywanie wszelkich form farmaceutycznych z powyższego przetworu, ma jak sądzę, wszelką rację bytu i pierwszeństwo przed innymi. Mając to na uwadze, już od dawna zająłem się wyrobem pigułek zawierających już to czysty *per se* przetwór o którym mowa jako: *pilule ferri oxydulati*, już też z dodatkiem chininy jako *pilulae ferri oxydulati cum chinino sulphurico*. Każda pigułka zawiera około pół grana bezwodnego tlenku żelaza (ściśle biorąc nieco więcej bo 0,6 grana). Ilość chininy (w pigułkach drugiego rodzaju) wynosi $\frac{1}{3}$ grana na sztukę.

Kilkoletnie badania nad działaniem powyższych pigułek, dokonane z najlepszym skutkiem w warszawskich szpitalach, jak o tem przekonywają wydane mi przez powagi lekarskie świadectwa, pedantyczna dokładność w przygotowaniu, tak nieodbita potrzebna jak wiadomo, aby dany przetwór nie ulegał rozkładowi, a wreszcie, dostępność ceny, dają jak mi niemam zupełne prawo do konkurencji z podobnymi wyrobami zagranicznymi, które zawierają przetwory niezawsze wytrzymujące krytykę ze stanowiska farmakologicznego, oraz będąc w stosunku do swej rzeczywistej wartości nieproporcjonalnie drogiemi, daleko stoją niżej od swojskiego, krajowego wyrobu.

M. Mutniański.