

GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Cena w Warszawie: rocznie 5 rs., na prowincyi, w Cesarstwie i za granicą: rocznie 6 rs. Cena ogłoszeń: Trzy pierwsze po kop. 15 za wiersz drobnem pismem, lub za jego miejsce, następne po kop. 10; ogłoszenia zagraniczne po kop. 18 za wiersz drobnem pismem lub jego miejsce.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. Gajkiewicz Władysław. Wydawca: Dr. Kondratowicz Stanisław

Adres Redaktora. Marszałkowska Nr. 115. Adres Wydawcy: Marszałkowska Nr. 119.

Treść: I. JAN SĘDZIAK. Intubacja krtani [metoda O'Dwyer'a. — II. BR. SAWICKI. O ranach przepony [Dalszy ciąg]. — III. AL. FABIAN. Kilka uwag nad przymiotem układu nerwowego [Dokończenie]. — *Dział sprawozdawczy.* 52. DIEULAFOY. Przymiot płuc i opłucnej. — Towarzystwo Lekarskie Warszawskie. — *Wiadomości terapeutyczne.* — Ogłoszenia.

OGŁOSZENIA.

Pilulae ferri oxydulati. Pilulae ferri oxydulati cum chinino sulphurico.

Liczne poszukiwania tak dawniejszych jako i współczesnych klinicystów 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 jedne 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 najłatwiej ulega przyswojeniu i wybornie nawet słabe żołądki go znoszą. W obec tych jego szacownych własności, przygotowanie wszelkich form farmaceutycznych z powyższego przetworu ma, jak sądzę, wszelką racyję bytu i pierwszeństwo przed innymi. Mając to na uwadze, już oddawna zająłem się wyrobem pigułek zawierających już to czysty *per se* przetwór o którym mowa jako: *pilulae 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 1/2 grana na sztukę.

Kilkakrotne 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 nieodbitcie potrzebna jak wiadomo, aby dany przetwór nie ulegał rozkładowi, a wreszcie, dostępność ceny: dają mi jak mi niemam zupełne prawo do konkurencyi z podobnemi wyrobami zagranicznymi, które zawierając 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. 0—23

APTEKA SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH,

WPROST ZE ŹRÓDEŁ SPROWADZANYCH,
pod firmą

D-R T. HEINRICH

w WARSZAWIE

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

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

52-45

Przetwory chemiczne i farmaceutyczne — Nowe środki lekarskie — Barwniki D-ra G. Grüblera z Lipska, oraz wszelkie przetwory, używane przy badaniach mikroskopowych
poleca

Apteka J. RUTKOWSKIEGO, dawniej E. Wenera,

w Warszawie, ul. Długa N. 16.

52-41

LIQUOR FERRI ALBUMINATI GRÜNING

(Natrium ferri albuminicum liquidum).

Wprowadzony przezemnie do handlu, właściwym sposobem otrzymany roztwór odznacza się doskonałymi własnościami terapeutycznymi. Nie psuje się, zawiera 0,5% tlenku żelaza i wyrównywa zupełnie własnościom roztworu białkanu żelaza Drees'a. **NB.** Z powodu istnienia licznych przetworów z białkanem żelaza, należy zapisywać:

LIQUOR FERRI ALBUMINATI GRÜNING

Skład główny na Królestwo w aptece Wendy i Wiorogórskiego, 43 Krakowskie-Przedmieście w Warszawie.

W. GRÜNING, Mag. farm. w Połędzie.

0-8

Oberbrunnen

Stosowane dla kuracy od r. 1601. Szczególniej skuteczne w cierpieniach narządów oddechowych i żółdka, przy żółtaczach, cierpieniach nerek i pęcherza, gościecu, hemoroidach i moczówce.

Wysyłka książęcych wód Mineralnych Ober-Salzbrunn
Furbach & Striebold.

Składy we wszystkich aptekach i składach wód Mineralnych.

Kurort-Salzbrunn-Szląsk

Sezon kuracyjny od 1 Maja do końca Września.

26-20

Nr. 45.
Tom IX.

Warszawa d. 9 Listopada 1889 r.

Seryja II.
Rok XXIV.

GAZETA LEKARSKA.

Dnia 4-go Listopada r. b.

zmarł w Zakopanem

D-R TYTUS CHAŁUBIŃSKI,

były profesor byłej Szkoły Głównej.

I. INTUBACYJA KRTANI

(METODA O'DWYER'A).

Napisał

Jan Sędziak,

b. asystent szpitala Ś-go Ducha w Warszawie.

Podczas mego pobytu w Londynie postanowiłem zająć się kwestyją intubacji krtani. Do wyboru powyższego tematu skłaniały mnie następujące powody: 1) brak zupełny w literaturze naszej pracy, powyższej kwestyi dotyczącej, co jest tem dziwniejsze, że pierwsze pomyslnie wyniki tej metody jeszcze przed 4-ma laty [w r. 1885] były przez O'DWYER'a z New-Yorku ogłoszone i że w ciągu tych lat czterech metoda ta zdołała wywalczyć sobie prawo obywatelstwa w Ameryce, wytwarzając tam obszerną literaturę; 2) niczem, zdaje się, nieuzasadniony sceptycyzm, jaki względem metody O'DWYER'a zauważyć się daje nietylko u nas, lecz i w całej Europie, czego dowodem są bardzo nieliczne prace, o intubacji krtani traktujące. Dziwnem mi się wydało to potępienie *a priori* nowej metody, nie oparte na pozytywnych danych, mianowicie na odpowiednich doświadczeniach. I dla tego do postanowiłem kwestyją tą bliżej się zająć, nie będąc ani zbyt uprzedzonym względem metody O'DWYER'a, ani też nie pokładając w niej zbyt wiele nadziei.

Chciałem się poprostu przekonać, w czem leży źródło zarówno entuzjazmu amerykańskich, jakoteż indyferentyzmu europejskich lekarzy, przypuszczając z góry, że oba poglądy są krańcowe i że prawda, jak wszędzie, tak i tu leży prawdopodobnie pośrodku. Dla gruntownego zbadania powyższej kwestyi rozpatrzyłem przedewszystkiem szczegółowo całą, nawiasowo mówiąc, olbrzymią literaturę [około 200 prac], tematu powyższego dotyczącą. Następnie postanowiłem przeprowadzić cały szereg doświadczeń na odpowiednich trupach, w końcu dopiero, posiadając dostateczną technikę, oraz gruntowną znajomość przedmiotu, przystąpić do właściwych doświadczeń na dzieciach, dotkniętych dławcem (*croup*).

Na nieszczęście nie znalazłem w Londynie, ku memu zdziwieniu, odpowiedniego materiału, t. j. dzieci, chorych na dławiec i błonicę: w specjalnych bowiem szpitalach, poświęconych chorobom gardła, do których przedewszystkiem uczęszczam, chorych powyższych zupełnie nie przyjmują; w szpitalach zaś dziecięcych, do których dzięki SIR MORELL MACKENZIE'mu miałem wstęp wolny, ilość chorych na krup i dyfteryt jest minimalną¹⁾. Musiałem więc z konieczności na teraz zaniechać ostatniej, najważniejszej części mych doświad-

¹⁾ I tak w „North Eastern Hospital for children“ Hackney Road — w r. 1888 na ogólną liczbę chorych 720 — na błonicę było 33 — z zajęciem zaś krtani tylko 5. W drugim szpitalu: „The Evelina Hospital for sick children“ Southwark Brigde Road — na 524 — z błonicą 14 — a z *laryngitis acuta* [?] 4.

czeń ¹⁾, odkładając je na później. Tymczasem ograniczam się na przedmiotowym wyczerpującem podaniu obecnego stanu kwestyi intubacji krtani, oraz wyników mych doświadczeń na odpowiednich trupach. Ten ostatni materyjał został mi łaskawie oddany do rozporządzenia przez miejscowego chirurga (*house surgeon*), D-ra BROCKE'a z *N. E. Hosp. f. Children*, który wspólnie z jednym z kolegów swych uprzejmie asystował mi w powyższych doświadczeniach.

Pod nazwą „intubacja krtani“ (*intubatio, catheterismus, Bougirung, tubage*) rozumiemy wprowadzanie specjalnych rur przez usta do krtani. Zanim przystąpię do opisu instrumentów, ich użycia w dławcu, oraz w innych chorobach, do opisu stron dodatnich i ujemnych metody O'DWYER'a i t. d., pozwolę sobie powiedzieć kilka słów parę o próbach, poprzedzających właściwą metodę O'DWYER'a.

Pierwszym, który, przypadkowo wprowadził, przekonał się, że intubacja — właściwie kateteryzacja krtani — jest możliwą do wykonania, był DESAULT (35) ²⁾. Autor ten w r. 1801 przypadkowo zamiast do przelyku wprowadził kateter do krtani, gdzie takowy pozostawał przez godzin kilka bez wywołania jakichś groźniejszych objawów. Dopiero, gdy po obfitem nakarmieniu chorego, oskrzela wypełniły się masami, przeznaczonemi do żołądka, nastąpiło zejście śmiertelne. BICHAT skorzystał z tego przypadku i przy ostrym obrzęku głośni zastosował z powodzeniem kateteryzację krtani.

TROUSSEAU (173) wspomina, że DIEFFENBACH w r. 1839 używał kateteryzacji, toż samo i LOISEAU. W r. 1854 HORACE GREEN doniósł, że przy pomocy rury zakrzywionej był w stanie wejść do oskrzeli i wstrzykiwać do jam gruźliczych mocny roztwór azotanu srebra. HACK w przypadku obrzęku głośni użył rozszerzadeł SCHROETTER'owskich; chory jego, w drodze do szpitala z rurą wyjętą, porwany nowym napadem duszności, sam wprowadził sobie do krtani rurę, czem ocalił się od zaduszenia. MC. EWEN w r. 1880 przekonał się, że rura, lub kateter, wprowadzony do krtani, może zastąpić tracheotomię. MONTI z Wiednia przez dłuższy czas używał rur twardych, których jeden koniec pozostawał w krtani [po 24 godzin i więcej], drugi zaś wystawał z ust. STOCKTON z Chicago używał przez pewien czas rur srebrnych, wkrótce ich jednak zaniechał.

WEINLECHNER stosował również kateteryzację krtani. W ostatnich czasach przez REICHERT'a i innych robione były próby kateteryzacji tchawicy i oskrzeli. LANDGRAF z Berlina (173) np. wprowadzał kilkanaście razy kateter do lewego oskrzela u 52-letniego mężczyzny. CHIARI (127) wyleczył zwężenie tchawicy [w 7 lat po błonicy] u 12-letniego chłopca przez metodyczne rozszerzanie za pomocą elastycznych kateterów [po kwadransie pozostawianych *in situ*]. Intubację krtani jednak we właściwym znaczeniu w dławcu zastosował po raz pierwszy we Francji BOUCHUT w r. 1858. Autor ten na posiedzeniu w „*Académie de Médecine de Paris*“ odczytał pracę „O nowej metodzie leczenia krupy przez intubację krtani“. Na 7 przypadków, tą metodą leczonych, w 2 nastąpiło wyleczenie, wprawdzie w nich następczo po intubacji tracheoto-

¹⁾ Tem więcej, że w danym razie wielką mi były przeszkodą szalone przestranie, oddzielające 2 powyższe szpitale od miejsca mego zamieszkania.

²⁾ Cytowany u HUBER'a (173), jako DESSANEN [?].

mija musiała być wykonaną. Autor, pomimo niefortunných ostatecznych wyników, był bardzo zadowolonym z nowej metody, której bezpośrednio następstwem była zawsze znaczna ulga w duszności. Wtedy już BOUCHUT uznawał wyższość intubacji nad tracheotomią. Oto, do jakich mniej więcej wniosków autor dochodził: 1) intubacja krtani jest operacją łatwą, wykonalną przy pomocy odpowiedniej rury, poniżej strun umieszczonej, 2) funkcja nagłośni przytem nie ulega zmianie, 3) duszność mniej lub więcej zupełnie ustępuje, 4) błony łatwo przez rurę mogą być wykrztuszone.

Metoda BOUCHUT'a została przez prezydującego wówczas TROUSSEAU potępioną, samo zaś wystąpienie jego przeciwko uświęconej tradycją tracheotomii, operacji *par excellence* francuzkiej, poczytano za czyn niepatryjotyczny (8). Nie wiedząc nic o swym poprzedniku, O'DWYER z New-Yorku od roku 1880 zaczął swe sumienne [przeprowadzone na trupach] doświadczenia nad nową przez siebie wynalezioną metodą leczenia dławca, t. j. nad intubacją krtani. Początkowo używał on zwykłych kateterów, wkrótce jednak wymyślił cały szereg instrumentów, specjalnie do intubacji służących. Godną zaznaczenia, jak to słuszenie zauważył STERN (35) na 9-tym zjeździe międzynarodowym w Waszyngtonie, jest skromność O'DWYER'a, który 5 lat zwlekał z ogłoszeniem wyników swych badań, dopóki rzeczywiście nie przekonał się o istotnej pożyteczności nowej metody. Doświadczenia autora, wygłoszone w r. 1885, odrazu znalazły odgłos w Ameryce i dały bodziec do całego szeregu prac i doświadczeń, po większej części stwierdzających doniosłość metody O'DWYER'a. Do liczby najgorliwszych zwolenników intubacji krtani należą: WAXHAM z Chicago, DILLON BROWN, NORTHROP i BLEYER z New-Yorku, HUBER, MONTGOMERY i t. d. Sam O'DWYER nie poprzestał pracować nad udoskonaleniem swej metody, wynikiem czego jest cały szereg prac, do ostatnich czasów przez niego ogłaszanych. Jeżeli w Ameryce — ojczyźnie O'DWYER'a — intubacja krtani zyskała sobie stanowczo prawo obywatelstwa, to z drugiej strony natrafiła ona w Europie na szczególną obojętność; gdyż tu ją [z małemi wyjątkami], na podstawie jedynie teoretycznych rozumowań, z góry potępiono. Wogóle można śmiało powiedzieć, że intubacja krtani należy do kwestyj, więcej niż jakakolwiek inna, traktowanych po macoszemu; dość powiedzieć, że w najnowszych podręcznikach do chorób gardła nie ma prawie o niej wzmianki. Oto, co np. pisze w tej kwestyi SCHROETTER w swych „*Vorlesungen ueber die Krankheiten des Kehlkopfes etc.*“ z r. 1887 na str. 90: „*die Einführung von Kathetern oder meinen Hartkautschukröhren kann Erleichterung bringen. Man darf sich aber nicht verhehlen, dass das Verfahren auch geradezu Gefahr bringen kann. Leicht werden nämlich in Abstossung begriffene Membranen nach unten gestossen und verlegen dort die Luftwege, auch kann der Reiz des Eingehens die Dyspnoe momentan hochgradig steigern, so dass ich das Verfahren nur anwende, wenn alles zur Laryngotomie, respective Tracheotomie bereit ist.*“

Ani słowa o właściwej metodzie O'DWYER'a!

Już to wogóle metoda powyższa szczególnie nie znalazła sympatyj wśród niemieckich lekarzy. Do rzędu nielicznych autorów, piszących w kwestyi intubacji krtani, należą: MICHAEL (173) i THOST (51) z Hamburga, THIERSCH

i REHN (166)—wszyscy przeciwni metodzie O'DWYER'a. Prócz powyższych, mniej lub więcej łaskawie wyrażają się o niej GRASER z Erlangen (125), oraz STOERK z Wiednia (11); wreszcie pisał o intubacji krtani SCHOETZ z Berlina (128).

We Francyi natomiast metoda O'DWYER'a wzbudziła dość żywe zainteresowanie się, być może dlatego, że z jej to łona wyszły pierwsze próby nad intubacją krtani. Pisali o niej BOUCHUT [kilkakrotnie], ISCH-WALL (87), JACQUES (1), LUC (15), DUBRUCIL (16), D'NEILLY (42), CERNÉ (110), RÉVILLONT (112), GALLET (114), wreszcie HENDRIN i HICQUET (131) — wszyscy mniej więcej korzystnie o metodzie O'DWYER'a się wyrażają. Jeden CHABANAT (26) jest przeciwnikiem intubacji krtani, GOUGUENHEIM (103) natomiast wstrzymuje się z wypowiedzeniem swojego poglądu.

Anglija zajmuje pośrednie miejsce między Niemcami i Francją. Jeden tylko GRIFFITHS (50) jest przeciwnikiem metody O'DWYER'a. Inni, jak OGSTON (3), WOLFENDEN (5), WALDS (44), SYMONDS (37) i GRANT (48) z Londynu, MAXWELL ROSS (122) oraz prof. ANNANDALE (160), obaj z Edinburga, mniej lub więcej są zwolennikami intubacji krtani. Ta stosunkowo niewielka ilość prac, w powyższej kwestyi ogłaszanych, tłumaczy się znanym konserwatywnym lekarzy angielskich, o czem miałem sposobność przekonać się na miejscu. Co się tyczy innych państw, to w Hiszpanii głównym propagatorem nowej metody jest prof. w Sewilli RAMON DE LA SOTA Y LASTRA, trzykrotnie w tej kwestyi zabierający głos [19, 39 i 43], oraz GOMEZ DE LA MATA z Madrytu (74).

W Szwajcaryi dwie znane mi są prace o intubacji krtani: MURALT'a z Zurichu (130) i THOMAS'a z Genewy (129). Ten ostatni nie jest zwolennikiem metody O'DWYER'a, natomiast JONQUIÈRE z Bernu (129) — jakkolwiek osobistego nie ma doświadczenia, przychylnie względem nowej metody się wyraża. Co się wreszcie naszej tyczy literatury, to jak wspomniałem we wstępie, ani jednej [o ile mi się zdaje] nie ma pracy, traktującej o intubacji krtani.

SREBRNY w swej monografii o błonicy i dławcu, ogłoszonej w roku bieżącym [1889] w Kronice Lekarskiej, której na nieszczęście nie mam pod ręką ¹⁾, o ile mi się zdaje, poświęca metodzie O'DWYER'a krótką zaledwie wzmiankę. Nie sądzi on, by intubacja krtani miała jakąś wartość.

Po tym krótkim rysie historycznym przechodzę do opisu narzędzi, oraz sposobu wykonania intubacji krtani.

Narzędzia, do intubacji krtani używane, są pomysłu O'DWYER'a. Składają się one z następujących części, stanowiących całość ²⁾:

- 1) rozwieracza ust (*gag*),
- 2) pięciu rur krtaniowych z taką ilością obturatorów,
- 3) tak zw. aplikatora, lub introduktora,
- 4) tak zw. ekstraktora, wreszcie
- 5) skali do mierzenia rur.

Co się tyczy 1-go, to jest on, mniej lub więcej, podobny do zwykle używanych przy chloroformowaniu. Zbytecznym on jest u dzieci, nie mających zębów

1) W Londynie nie ma ani jednego polskiego czasopisma lekarskiego.

2) Kosztuje około 70 rubli.

[DILLON BROWN (61)]; przytem niezbyt jest praktycznym [HUBER (28)]. Modyfikację rozwieracza ust podał WAXHAM (99).

2. Rury krtaniowe, w ilości pięciu, długości od $1\frac{3}{4}$ do $2\frac{1}{2}$ cali, w średnicy od $\frac{1}{4}$ do $\frac{1}{8}$ cala [w większych], oraz $\frac{1}{8}$ — $\frac{1}{16}$ cala [w mniejszych] mające.

[C. d. n.]

II. O RANACH PRZEPONY.

Podał

Bronisław Sawicki,

Asystent kliniki chirurgicznej szpitalnej.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 44].

Teraz z kolei przechodzę do własnych wniosków, jakie mi zebrana literatura, mój przypadek i poszukiwania na trupach nastęrczają. Do przepony możemy dostać się od strony opłucnej lub też otrzewnej. Pierwszy zachód niezmiernie nam utrudnia ciągły ruch przepony i płuca: choćbyśmy zdołali odprowadzić uwięźnięte trzewo, uniemożliwi on nam zeszybie brzegów rany. To-też za jedynie możebny środek uważam laparotomię. Tu jednakże znajdujemy niemalą przeszkodę z powodu znacznego wypuklania się przepony ku górze. Ażeby móżd manewrować igłą na przeponie, musimy uprzystępnic sobie pole operacyjne, ściągnąć przeponę możebnie jaknajwięcej na dół i ku przodowi, lub na bok, oraz zmniejszyć nieco jej napięcie. W tym celu zaleciłbym wykonać usunięcie paru przednich przyczepów przepony, oraz resekcję żeber. Postępowanie moje byłoby następujące: cięcie dla laparotomii prowadzi się na przestrzeni kilkunastu centymetrów wzdłuż dolnego brzegu łuku żeberowego. W razie potrzeby do tego można dodać jeszcze ukośne na klatce piersiowej. Następnie należy kolejno odluszczać opłucną i przyczepy przepony na X, IX i VIII żebrze, wycinając na każdym z nich kilka centymetrów chrząstki i kilka centymetrów kości. Usunięcie 3 przyczepów i wycięcie 3 lub 4 żeber wystarcza w zwykłych warunkach do uprzystępnienia nam operacyi na przednim, bocznym i środkowym odcinku przepony. Oddzielenie zbyt wielu przyczepów, powodując zbytne osłabienie mięśnia przeponowego, może być szkodliwym. W razie umiejscowienia otworu w tylnej części przepony, należałoby wykonać wycięcie żeber bardziej od tyłu, chociaż i to niezupełnie dostęp ułatwia.

Postępując w sposób, wyżej podany, 1) zyskujemy większe pole operacyjne i możność przyciągnięcia przepony ku sobie, 2) zmniejszamy napięcie mięśnia samej przepony, które to napięcie może spowodować rozejście się szwu, 3) sprzyjamy zbliżeniu się i zrośnięciu obu listków opłucnej ponad przeponą, wreszcie 9) zmniejszamy pojemność odpowiedniej strony klatki piersiowej, a co za tem idzie, ciśnienie ujemne w opłucnej.

Niemniej przeto projektowany przezemnie sposób może napotkać poważne zarzuty. Najważniejsze z nich są: 1) możność otworzenia opłucnej przy oddzielaniu żeber i 2) osłabienie przepony wskutek odluszczenia jej przyczepów, co usposabia ją do wytworzenia przepukliny przeponowej prawdziwej.

Nie ulega kwestyi, że odłuszczenie okostnej, a głównie ochrząstnej łatwo może spowodować otworzenie opłucnej. Sądzę jednakże, iż powikłaniu temu nie trzeba przypisywać nazbyt wielką wagę. Wszak i przy każdym innym postępowaniu nie można tego podczas operacji unikać, ażeby się powietrze nie dostało do opłucnej przez otwór w przeponie. RIEDINGER (47) w swej pracy przytacza kilka przypadków jednoczesnego otwarcia obu jam, przy usuwaniu złośliwych nowotworów. LEISRINK z powodu mięsaka wycinał trzy żebra z kawałkiem przepony. Przy otwarciu opłucnej wystąpiła zapaść, którą usunięto eterem i drażnieniem *n. phrenici*. Ranę przepony zaszyto, opłucną przemyto kwasem salicylowym i przedrenowano. Śmierć nastąpiła wskutek *bronchitidis capillarum*. MAAS z tego powodu robi uwagę, iż w podobnych przypadkach należy unikać oziębiania płuca i drażnienia płynami antyseptycznymi. HUMBERT w przypadku mięsaka wyciął na znacznej przestrzeni VII, VIII i IX żebro, a nadto wyciął część przepony i otrzewnej. Ranę przepony zamknęto 5 ściegami z kat-gutu. Nastąpiło na razie szybkie wyzdrowienie, choć o dalszym losie chorego nie wspomniano.

U nas także wykonywano kilkakrotnie podobną operację. Prof. Kosiński z powodu złośliwego nowotworu żeber (*chondrosarcoma*) wyciął IX, X i XI prawe żebro, usunął część opłucnej i otrzewnej. Pozbawioną przyczepów przeponę przyszył do części miękkich, zamknął oddzielnie jamę opłucnej i jamę otrzewnej, poczem nałożył szew na części miękkie, założywszy w jednym kącie rany gazą jodoformową. Opłucnej specjalnie nie przemywał. Chory dobrze znosił chloroform. Tylko po otwarciu opłucnej oddech był nieco szybszy i cięższy. W ciągu pierwszych dni po operacji wystąpiło niewielkie zapalenie prawej opłucnej z wysiękiem i umiarkowanym podniesieniem ciepłoty. Po upływie dni 9 rozeszło się ono i ciepłota spadła do normy. Chory umarł w 3 miesiące po operacji wskutek wznowienia się choroby i charłactwa.

Zupełnie podobną operację wykonał D-r KRAJEWSKI, z powodu *myxosarcomatis* klatki piersiowej. Przytem wyciął część VIII, IX i X prawego żebra, usunął na znacznej przestrzeni miękkie części ściany brzusznej z wyjątkiem skóry, wyciął trójkąt w przeponie. Dostęp do ostatniej po wycięciu żeber był bardzo łatwy. Ranę przepony operujący zeszył i samą przeponę przytwierdził do XI żebra i do skóry, poczem na ranę zewnętrzną szwy nałożył. W ciągu pierwszych 5 dni stan zadawalający, bezgorączkowy. 5-go dnia szwy zdjęto; 6-go chory sam wstał i zaczął chodzić, przyczem rana pękła, kiszki wypadły i tak pod opatrunkiem przez noc do rana przeleżały. *Pleuritis* i *peritonitis suppurativa*. *Mors.* Sekcja wykazała, że szew, łączący brzegi rany przeponowej, trzymał bardzo dobrze.

Na mniejszej przestrzeni otworzył opłucną i otrzewną D-r BUKOWSKI, przy wyluszczeniu także złośliwego nowotworu klatki piersiowej. Nie miało to jednakże wpływu na przebieg operacji i późniejszego leczenia [chora zmarła w parę miesięcy potem].

Powyżej przytoczone przypadki świadczą, że samo otworzenie jednocześnie opłucnej i otrzewnej nie stanowi jeszcze tak ważnego zarzutu, by unikać wycięcia żeber przy zaszywaniu ran przepony.

Ważniejszym przedstawia się nam drugi zarzut, dotyczący osłabienia przepony wskutek odłuszczenia jej przyczepów i wycięcia żeber. OBTUŁOWICZ opisał przypadek, w którym po usunięciu na znacznej przestrzeni żeber wytworzyła się *hernia vera*. 27-letni mężczyzna przed 4 laty został postrzelony kulą karabinową, która weszła około lewej brodawki sutkowej, strzaskała kilka żeber i wyszła pod kątem łopatki. W ciągu kilkomiesięcznej choroby trzykrotnie usuwano kawałki żeber; wreszcie rany zamknęły się, lecz w dolnej części lewej połowy klatki piersiowej wytworzył się obrzęk, objętość którego wynosiła połowę głowy dziecka. Brak w VI, VII, VIII i IX żebrze. Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego przypadek ten rozpatrywano drobniostkowo, przyczem wszyscy przyszli do wniosku, że w danym razie miano do czynienia z wypukleniem się przepony do opłucnej. Wypuklenie takie mogło być tu jednakże spowodowane nietyle odłuszczeniem przyczepów przepony, ile długotrwałą sprawą ropną, połączoną z uciskiem płuca, zrostami przepony z opłucną ścienną i t. d..

Niejakich danych pod tym względem może nam dostarczyć także operacja ESLANDER'a i SCHEDE'go przy ropnym otoku opłucnej. Wykonywano ją w Warszawie kilkakrotnie [trzy przypadki KRAJEWSKIEGO, jeden WASILIEWA i jeden LESZCZYŃSKIEGO]. Przepona prawie zawsze na odpowiedniej stronie unosiła się bardzo wysoko i niewiele przyjmowała udziału w ruchach oddechowych. Trzeba jednakże mieć tu na względzie stan płuca, który i bez wycięcia żeber sprzyjał takiemu wypukleniu. Przesunięcie takie przepony ku górze specjalnych dolegliwości chorym nie sprawiało.

Teoretycznie sądząc, możnaby przypuścić, że wykonane przy zdrowem płuciu wycięcie żeber, a co zatem idzie, zmniejszenie ujemnego ciśnienia w opłucnej powinnyby zmniejszyć usposobienie do przepukliny prawdziwej, wytworzone odłuszczeniem przyczepów przepony. Być może, iż doświadczenia na zwierzętach będą nam mogły choć nieco daną kwestyję wyjaśnić.

Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, na którym choroego swego w d. 5 Lutego r. b. przedstawiałem, D-r MATLAKOWSKI podał inny sposób, mający na celu ułatwienie przystępu do przepony. Radzi on cięciem ukośnem przeciąć części miękkie na klatce piersiowej, przeciąć następnie sposobem podokostnym kilka żeber i wówczas, uchwyciwszy mocnym hakiem łuk żebrowy, odciągnąć dolną część klatki piersiowej ku przodowi i ku górze. W ten sposób niejako odłamujemy i odchylamy część przedniej ściany klatki piersiowej, zasłaniającą nam dostęp do przepony. Sposób ten, bardzo prosty i mniej obrażający od podanego przezemnie, starałem się wypróbować na trupach. Z tego wyprowadziłem wniosek, że nadawałby on się zwłaszcza przy ranach, leżących w pobliżu przedniej części łuku żebrowego. Ujemną stronę jego stanowi to, iż nie zmniejsza napięcia brzegów rany, a w czasie zszywania nawet znacznie je powiększa. Wobec tego można się obawiać o wytrzymałość szwu, który łatwo może się rozejść wobec znacznego napięcia brzegów, które powiększa jeszcze ujemne ciśnienie w opłucnej. Zresztą praktyka tylko i poniekąd doświadczenia na zwierzętach mogą nam dostarczyć więcej danych w omawianej kwestyi.

Spis przypadków, nie objętych statystyką Lacher'a.

Numer bież.	Nazwisko autora.	Płeć, zajęcie i wiek.	Wywiady.	O b j a y.	Leczenie i zejście.	Badanie pośmier- tne.	Uwagi.
1	BAR DEN- HEVER.	Męż- czyzna lat 32.	Przed 7 laty postrzał pod lewą łopatkę. Częste zaburzenia w trawieniu.	Objawy uwięźnięcia wewnętrznego.	Laparotomija, odbył sztuczny, ponieważ miejsca zaciśniętego nie znaleziono. Śmierć.	W lewej połowie przepony otwór, przepuszczający palec. W lewej opłucnej sieć i <i>flexura coli sin.</i>	
2	THIRIAR.	Męż- czyzna lat 39.	Spadł przed 1 1/2 rokiem, łamiąc sobie 4 i 5 lewe żebro. Odtąd częste bóle w lewej połowie piersi.		Śmierć z <i>delirium tremens.</i>	W lewej połowie przepony 12 ctm. długa szczelina; w lewej opłucnej: żołądek, część kiszki grubej i cienkiej.	
3	SCALZI.	Męż- czyzna lat 35.	Uraz.	Złamanie 8 i 9 lewego żebra, powikłane 5 ctm. długą raną zewnętrzną i wypadnięciem trzew.	Ranę rozszerzono, trzewa z opłucnej odprowadzono do otrzewnej, nałożono szew. <i>Pleuritis.</i> Po 2 miesiącach wyzdrowienie z wytworzeniem przepukliny pomiędzy zrośniętymi niedokładnie odłamami żeber.		W ośm lat po obrażeniu wystająca nad powierzchnią klatki piersiowej przepuklina miała długości 8 c., szerokości 4 ctm.. Pracować choremu nie przeszkadzała.
4	JÖSSEL.	Kapral.	Przebitý bagnetem.	Rana w 5 lewym międzyżebżu, duszność, sinica. Od 3 przestrzeni międzyżebrowej odgłos bębny, szmer oddechowy zniesiony, dźwięk metaliczny; przesunięcie serca.	W 11 dni po zranieniu śmierć.	Cała lewa połowa przepony oderwana; od tyłu tylko pozostały małe strzępki. Z <i>centrum tend.</i> pozostał środek i część prawa, w lewej opłucnej: sieć, część <i>coli trans. et descend.</i>	Przepuklina była widocznie oddawna nabyta. Przyczyna jej nie wiadoma.
5	DIETZ.	Ogrodnik lat 60.	Spadł z drzewa przed 14 laty i stłukł prawe biodro. Na drugi dzień ból w lewej połowie klatki piersiowej, który potem ustąpił. W 3 lata potem przewrócony przez krowę zламаł prawe przedudzie. Przed 6 laty pierwsze wymioty, które odtąd występowały często. Od 4 lat nie pracuje z powodu klócia i bólu w lewej połowie piersi. Zaburzenia w trawieniu.	Objawy raka wątroby.	Śmierć z wyniszczenia.	Obok raka wątroby 7 ctm. długi otwór w lewym listku ośrodką ścięgniętego. W lewej opłucnej: sieć, żołądek, pętlica poprzeczniwy i kiszki cienkiej. Sieć i <i>cardia</i> przyrośnięte do brzo-gów otworu.	

Numer bież.	Nazwisko autora.	Płeć, zajęcie i wiek.	Wywiady.	O b j a w y.	Leczenie i zejście.	Badanie pośmier- tne.	Uwagi.
6	DIETZ.	Murarz lat 41.	Przysypany przez obwalającą się ziemię, przyczem upadł lewym bokiem na belkę.	Złamanie żebra po lewej stronie, duszność, krwioplucie, ściskanie i kłócie w lewej połowie piersi, odgłos bębniasty, drżenie zniesione, oddech dzbanowy, szmer wstrząsania, kruczenie. Objawy to zmniejszały się, to powiększały.		Wyzdrowienie.	Chory pracował pomimo niestających objawów przepukliny przeponowej.
7	HJELT i LINDAU.	Mężczyzna lat 21.	Spadł z wysokości 50 stóp na nogi. Od-tąd stałe zaparcia. W 7 miesięcy po spadnięciu, po gwałtownem poruszeniu z wysiłkiem, wystąpiły objawy uwięźnięcia.	Objawy uwięźnięcia.	Po 2 dniach śmierć.	Rozszerzenie <i>foraminis oesoph.</i> w kształcie półksięży-cowego otworu; w lewej opłucnej: żołądek część <i>duodeni</i> i <i>ilei</i> , sieć. W okolicach otworu podbiegnięcia.	
8	BEALE.	Młody człowiek.	Przejechany przez prawą połowę brzucha.	Ból w prawej części brzucha, <i>respiratio costalis</i> . <i>Peritonitis chronica</i> . Nacieczenie prawego płuca, rozszerzenie prawej połowy klatki piersiowej. Krwawa, potem ropna płwocina, oddech oskrzelowy, czkawka, roz-wolnienie.	Śmierć z wyniszczenia w 2 1/2 miesiące po obrażeniu.	Ropień pomiędzy wątrobą i przeponą, zawierający dwa kawałki zmartwiałego płuca. Przepona, zrośnięta z płucem, miała pęknięcie. <i>Peritonitis chron.</i> , przedziurawienie kiszki cienkiej i ropień kałowy w małej miednicy.	Autor przypuszcza, że przez pęknięcie wypadła część prawego płuca, uwięzła, zmartwiała i spowodowała ropień.
9	LLOYD.	Kobieta.	Spadła ze schodów i tu ją znaleziono martwą.		Śmierć.	Pęknięcie w lewej połowie przepony. W lewej opłucnej: żołądek, śledziona.	
10	BRANCA-CCIO.	Mężczyzna lat 51.	Przed 17 laty otrzymał 13 pchnięć nożem. Przed 3 laty znowu 3 pchnięcia do jamy brzusznej i opłucnej, poczem we 3 miesiące spadł z wysokości 2 metrów. Od tego czasu boleści w nadpępczu.	Rozszerzenie lewej połowy klatki piersiowej, zmniejszenie jej ruchomości, odgłos bębniasty, szmer oddechowy zniesiony.	Śmierć wskutek apopleksyi w szpitalu.	Otwór w <i>centrum tend.</i> o średnicy 5 1/2 ctm.. W lewej opłucnej: żołądek i część <i>duodeni</i> .	
11	WEED.	Mężczyzna lat 40.	Spadł przed 5 laty.	Objawy niedrożności Wlewania wywołały stolec.	Śmierć po 11 dniach z wyczerpania.	W lewej połowie przepony otwór. W lewej opłucnej: żołądek, <i>colo trans.</i> i część <i>desc.</i> . Przedziurawienie <i>coli</i> .	

Numer bież.	Nazwisko autora.	Płeć, wiek i zajęcie.	Wywiady.	O b j a y.	Leczenie i zejście.	Badanie pośmier- tne.	Uwagi.
12	HUBER.	Mężczyzna	Pchnięcie w plecy.	Rana pod dolnym kątem łopatki lewej; rozszerzenie lewej połowy klatki piersiowej; duszność, odgłos bębniasty, metaliczny, polykanie trudne, zwracanie pokarmów.	Śmierć we 12 godzin.	Rana lewego płuca i lewej połowy przepony. W opłucnej żołądek.	
13	GLEESON.	Robotnik.	Spadł z wozu i uległ złamaniu żeber.	Duszność, objawy niedrożności.	Śmierć we 4 dni po obrażeniu.	Rozerwanie lewej połowy przepony. W lewej opłucnej: sieć, <i>jejunum</i> , <i>c. trans.</i>	
14	BRINTON.	Mężczyzna lat 32.	Uderzony spadającymi częściami maszyny.	Złamanie żuchwy, nadezłość w okolicy dolnych lewych żeber bez ich złamania, duszność, rozszerzenie lewej połowy klatki piersiowej. Zmniejszenie jej ruchów, odgłos bębniasty, szmer oddechowy przytłumiony z odcieniem dzbanowym, serce przesunięte, brzuch zapadnięty.	Śmierć.	Dwa pęknięcia przepony. Jedno niewielkie w prawej części przepony prowadziło poza prawą nerkę. Drugie, 8 cm. długie, poczyniło się przy <i>foramen oesoph.</i> i biegło do lewych żeber rzekomych. Przez ostatnie do lewej opłucnej wypadły: żołądek, sieć, <i>c. tran.</i> , <i>ileum</i> , śledziona.	
15	HOROCH.	Rzeźnik lat 48.	Pchnięty nożem w plecy.	Rana w lewym 8 międzyżebżu, duszność, sinica, ból w lewej połowie piersi, niemożność leżenia na lewym boku, odgłos bębniasty, szmer oddechowy zniesiony, wymioty.	Śmierć we dwa dni po obrażeniu.	Szczelina w lewej połowie części ściąg., 8 ctm. długa, z ostrymi brzegami. W lewej opłucnej część żołądka. Żołądek i płuco zranione.	
16	ALBERT.	Mężczyzna.	Przed 16 laty postrzał w lewą połowę piersi. Po zagojeniu zauważył małe obrzmienie na 4 palce poniżej <i>mammillae sin.</i> , które powiększało się pomalutko bez szczególniej- szych dolegliwości		Hernijotomija z powodu uwieżnionej przepukliny pachwinowej, odbył sztuczny, w kilka tygodni potem szew kiszkowy; po upływie 5 dni śmierć.	W lewej połowie przepony, tuż przy ścianie klatki piersiowej, otwór 9 ctm. długi i 5 ctm. szeroki. W lewej opłucnej: sieć, dno żołądka, pętlice <i>jejuni</i> , <i>flexura coli sin.</i> ; jelito odprowadzalne, reszta przyrosła. Wypadnięte kiszki zrosnięte były ze sobą i otoczone delikatną błoną, która tworzyła worek, zrosnięty od przodu ze ścianą klatki piersiowej, od tyłu z płucem.	

Numer bież.	Nazwisko autora.	Płeć, wiek i zajęcie.	Wywiady.	O b j a w y.	Leczenie i zejście.	Badanie pośmier- tne.	Uwagi.
17	KORT- RIGHT.	Męż- czyzna lat 54.	Spadł z 3 piętra.		W pół godziny śmierć.	W lewej połowie mięśnia przepony szczelina 3 cale dłu- ga, o pół cala odle- gła od <i>centrum tend.</i> W lewej opłucnej: żołądek, <i>col. trans.</i> , sieć; serce przesu- nięte na prawo i u- stawione pionowo.	
18	SICK.	Robot- nik lat 26.	Uraz na długo przed śmiercią.			Przypadkiem na sek- cyi znaleziono otwór w tylnej części le- wej połowy przepony (pomiędzy <i>pars lumb. i cost.</i>). W o- tworze leżała lewa nerka z nadnerczem oraz bryła tkanki tłuszcz. Wszystko to od góry otoczone błoną, wytworzoną prawdopodobnie z o- płucnej. Szczelina 11 ctm. długa w le- wej tylnej części przepony, poczynają- jąca się w odległo- ści 2 ctm. od <i>fora- min. oesoph.</i> i prze- biegająca do XI żeb.	
19	KAUF- MANN.	Mu- rarz.	Spadł z 1 piętra, uderzając lewym bo- kiem o belkę.	Leżyć może tylko na prawym boku. Zła- manie 5, 6 i 7 lewe- go żebra. Następne- go dnia pogorszenie. ból w lewej połowie piersi, duszność. Przesunięcie serca na prawo. Odgłos bę- bnisty z metalowym odcieniem, szmer od- dechowy dzbanowy, szmer plukania.	Śmierć.	W lewej opłucnej: żołądek i sieć.	
20	KIR- SCHEN.	Dziew- czyna lat 20.	Wstrząśnienie wsku- tek obsypania się ziemi.	Rana krocza.	Śmierć we 3 godzi- ny.	Rozerwana ścięgni- sta część przepony. W lewej opłucnej: żołądek, <i>col.</i> , <i>ileum.</i>	

III. KILKA UWAG NAD PRZYMIOTEM UKŁADU NERWOWEGO.

[Rzecz, czytana na posiedzeniach Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego].

Skreślił

Aleksander Fabian.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 44].

Krótko tylko przychodzi mi wspomnieć o cierpieniach nerwów obwodowych przymiotowego pochodzenia. Stwierdzenie, że istotnie w danym przypadku mamy do czynienia z nerwicą, nerwobólem, lub porażeniem przymiotowym, opierać się musi na tych ogólnych danych rozpoznawczych, o których mówiliśmy już przy przymiocie mózgu. Wykrycie śladów, lub udowodnienie, że dany osobnik przebywał, lub przynajmniej mógł przebywać przymiot i tu, oczywiście, należy do logicznych wymagań rozpoznawczych, gdyż samo nerwowe cierpienie, jako takie, niczem się może nie różnić od podobnych cierpień, powstałych z przyczyn odmiennych, chyba samym sposobem pojawiania się i przebiegu, oraz, jak to już zresztą mówiliśmy, pewnem upodobaniem w częstszym nagabywaniu jednych nerwów, niżeli drugich i t. p..

Pod tym względem nadmienić wypada, że np. z pomiędzy nerwobólów [pomiijając nerwobóle trzewowe] i przy przymiocie najczęściej spotykamy się z pośród czaszkowych z neuralgią nerwu trójdzielnego, z pośród zaś nerwów tułowia najczęściej z neuralgią kulszową, wogóle najczęstszym z nerwobólów w późniejszych okresach przymiotu, chociaż i nerwobóle w zakresie splotu szyjowego i barkowego zdarzają się przy przymiocie, lecz niewątpliwie o bardzo wiele rzadziej. Jedną z cech klinicznie ważnych dla przymiotowego charakteru nerwobólów stanowi [obok anamnezy i współczesnego istnienia odosobnionych porażen i t. p.] uporeczywość nawrotów cierpienia przy najrozmaitszem leczeniu [dopóki nie zastosujemy kuracyi swoistej], oraz napadowe pojawianie się z bardzo wyraźnemi nasileniami nocnemi.

Nie jest to oczywiście znamię patognomoniczne, bo i innego pochodzenia nerwobóle wzmagają się nocą — lecz zdaje się, że jednakowoż przy przymiotowych zdarza się to najczęściej i zawsze budzić powinno podejrzenie w tym kierunku.

Co do nerwów czaszkowych ruchowych, jakoteż zmysłowych, to mówiliśmy już o nich, kładąc nacisk na pojawianie się ich cierpień w pewien właściwy sposób, jako porażenia odosobnione i t. p., oraz na przeważny ich udział przy cierpieniach przymiotowych w ośrodkach nerwowych, do rozpoznawania których wielokrotnie posłużyć mogą. Co zaś do nerwów ruchowych tułowia i kończyn, to mogą one również ulegać cierpieniom przymiotowym, zarówno bezpośrednio, jakoteż wskutek spraw przymiotowych, odbywających się w ich sąsiedztwie. Podobnie jak w ośrodkach, tak i w nerwach obwodowych,

cierpienie przymiotowe bierze początek w częściach łącznotkankowych, a więc w onerwnej i w pochwach nerwowych.

Na zakończenie słów parę o ogólnem r o k o w a n i u w cierpieniach przymiotowych układu nerwowego. Dotykaliśmy go już cokolwiek, przy roztrząsaniu charakteru zmian anatomicznych w mózgowiu, przez przymiot wywoływanych, tu jeszcze kilka szczegółów klinicznych i praktycznych dodać nam wypada. Oczywiście i one również opierają się na większej lub mniejszej trwałości wytworów przymiotowych, na ich większej lub mniejszej doniosłości dla życia całego ustroju lub pewnych jego części.

Ostatniemi czasy, kwestyję rokowania przy przymiocie nerwowym opracował bardzo szczegółowo NAUNYN ⁴⁶⁾, na zasadzie ścisłych porównań statystycznych. Przedewszystkiem wypadł z nich ten fakt osobliwy, poprzednio mało uwzględniany i uznawany, że cierpienia układu nerwowego wcale nie należą przeważnie do późnych objawów przymiotu, lecz przeciwnie, często występują już w ciągu pierwszego roku po zakażeniu. [Niezawodnie, choć o tem NAUNYN nie wspomina wyraźnie, mieści się wśród nich znaczna liczba owych zwiastunnych zjawisk nerwowych ogólnych, o których była mowa powyżej]. Wynika z nich dalej, że: 1-o, wiek chorego w chwili wystąpienia objawów nerwowych wpływa znacznie na rokowanie. Do 40-go roku życia mniej więcej jednakie, po 40-tym pogarsza się nieco.

2-o. Zależnie od tego, czy objawy nerwowe wystąpiły wcześniej lub później po pierwotnem zakażeniu, zdaje się, nie ma wielkiej różnicy, o ile nie wystąpiły później, niżeli w lat dziesięć. Te bardzo spóźnione przypadki zdają się mieć rokowanie mniej pomyślne.

3-o. Co do tego, ile czasu upłynęło między ostatniemi innego rodzaju objawami przymiotu, a wystąpieniem objawów nerwowych, to nie widać różnicy, chyba że czas ten przekracza lat 10, po którym to czasie rokowanie staje się gorszem.

4-o. Co do zależności od tego, czy wcześniej lub później od pierwszych objawów nerwowych rozpoczęto leczenie swoiste, okazało się, iż rokowanie jest stanowczo lepszem, gdy bezpośrednio po wystąpieniu cierpienia przystąpiono do kuracji swoistej, gdy zaś już pierwsze cztery tygodnie upłyną bez leczenia, to potem już wszystko jest jedno, czy krócej lub dłużej z rozpoczęciem leczenia poczekamy — rokowanie nie pogarsza się już nawet przez czekanie cały rok!!

5-o. Najważniejszą jest zależność rokowania od postaci chorobowej, pod jaką cierpienie przymiotowe występuje. Pod tym względem NAUNYN wyróżnia siedm grup chorobowych: a) padaczkę właściwą, b) przypadki podrażnienia mózgu z bólami głowy, zawrotem, wymiotami, objawami podniecenia, lecz bez objawów ogniskowych, c) cierpienia neurytyczne, do których należą nietylko nerwobóle, lecz także porażenia nerwów czaszkowych podstawowych, a więc oftalmoplegije oraz porażenia nerwu twarzowego, które m o g ą polegać na

⁴⁶⁾ NAUNYN. „Zur Prognose und Therapie der syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems“ w Mittheilungen aus der medicinischen Klinik in Königsberg. Leipzig. 1888.

cierpieniu pni nerwowych, d) monoplegije i hemiplegije, e) paraplegije i wreszcie f) postaci mieszane z różnych objawów grupy c—e, oraz g) ciężkie postaci rozlane. Z pomiędzy wymienionych grup najlepsze rokowanie dają przypadki trzech pierwszych kategorii, a zwłaszcza epilepsja, cierpienia neurytyczne, oraz podrażnienie mózgowe, najgorsze—postacie mieszane i postać rozlana bez wyraźnych objawów ogniskowych, a więc postacie, objawiające się ogólną niemocą lub niedomogą mięśniową, wraz z porażeniami różnorodnych dziedzin nerwowych, lub też podobne do obrazu *dementiae paralyticae*, czyli tak zwana przez FOURNIER'a *pseudoparalysis generalis*.

Co do leczenia, to stosować się ono musi do wskazań ogólnych. Rtgę, jod, kąpiele siarczane i t. p., ze względu na swoistość cierpienia stosować należy energicznie, wytrwale i przez czas długi, powtarzając leczenie w pewnych odstępach czasu, a nie zaniedbując przytem, oczywiście, i leczenia nanerwnego, przy którym elektryczność w rozmaitej postaci i tutaj na pierwszym miejscu postawić wypada.

L I T E R A T U R A .

Oprócz wymienionych w tekście, porównać należy następujące prace:

- 1) BARDUZZI. La Sifilide ereditaria tardiva, w Collezione italiana di letture sulla Medicina. 1881. — 2) LECHNER KARL. Zur Pathogenese der Gehirnblutungen der luetischen Frühformen. Wien. 1881. Jahrbücher für Psychiatrie. — 3) SIEMERLING. Zur Lehre von der congenitalen Hirn- und Rückenmarkssyphilis. Arch. f. Psychiatrie. Bd. XX. 1888. — 4) JÜRGENS. Ueber Syphilis des Rückenmarks und seiner Häute. Charité-Annalen. Jahrg. 10. — 5) JARISCH. Ueber Syphilis congenita. Vierteljahresschr. f. Dermat. und Syphilis. 1881. — 6) LAUFENAUER K., Adatok az agybugajakór gyógykezeléséhez. [Przyczynę do cierpień umysłowych w przebiegu przymiotu], w peszteńskim piśmie lekarskiem „Orvosi hetilap“. Peszt. 1879. — 7) FÜRTH LUDW. Die Pathologie und Therapie der hereditären Syphilis. Wien. 1879. — 8) MAYAND. Syphilis secondaire et tertiaire du système nerveux. Paris. 1873. — 9) BUZZARD. Clinical aspects of syphilitic nervous affections. London. 1874. — 10) BRAUS O. Die Hirnsyphilis. Berlin. 1873. — 11) DOWSE TH. ST., The brain and its diseases. Vol. I. Syphilis of the brain. London. 1879. — 12) CAIZERGUES Z. Des myélites syphilitiques. Montpellier. 1878. — 13) MAURIAC. Mémoire sur les affections syphilitiques précoces des centres nerveux. Paris. 1879. — 14) CHAUVET CH. Influence de la syphilis sur les maladies du système nerveux. Paris. 1880. — 15) KEYES. E. L., Syphilis of the nervous system. New-York. 1870. — 16) LJUNGRÉN ALRIK. Ueber Syphilis des Gehirns und Nervensystems 1872 [osobne odbicie z Arch. f. Dermatol.]. — 17) VIARD J. S. De l'épilepsie d'origine syphilitique. Paris. 1878. — 18) HANOT. De la syphilis cérébrale. 1877. — 19) BEHREND GUSTAW. Ueber Syphilis haemorrhagica. 1878. Deutsch. Zeitsch. für prakt. Medicin. Nr. 25. — 20) ERLENMEYER A. Die luetischen Psychosen. Neuwied. 1876. — 21) SCHÜLE. Hirnsyphilis und Dementia paralytica. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 28. 1872. — 22) MANSSUROW N. Die tertiäre Syphilis. Wien. 1877. — 23) ZIEMSEN HUGO. Die Syphilis der Nervensystems. Leipzig. 1888. — 24) TOUTON. Neuere Arbeiten über die Contagion der Syphilis. SCHMIDT's Jahrb. 1886. Bd. 210. — 25) ROSENTHAL MOR. Ueber Hirnsyphilis und deren Localisation. Deutsch. Arch. f. klin. Medicin. 1886. Bd. 38. — 26) LUYSS. Les syphilomes de l'encephale. L'Encephale. Tome VI. 1886. — 27) HIRSCHBERG. Ueber specifische Netzhautentzündung. Berlin. klin. Wochenschr. 1888. Nr. 46. — 28) RIEGER. Statistische Untersuchungen über den Zusammenhang zwischen progressiver Paralyse u. Syphilis. SCHMIDT's Jahrb. 1886. [Rozebrano tu prace: MENDEL'a, SNELL'a, OBERSTEINER'a, LANGE'go, ROHMELL'a, EICHHOLT'a, GOLDSTEIN'a i NASSE'go]. — 29) GERHARDT. Ueber Hirnsyphilis. Berlin. klin. Wochenschr. 1886. — 30) BIANCHI. La patogenesi della tabe, con speciale riguardo alla syfilide. Messina. 1886. — 31) ANDRONICO CARMELO. La relatione de la syfilide e lo tabes 1886. — 32) KAHLER. Die multiple syphilitische Wurzelneuritis. Zeitschr. für Heilkunde. 1886. — 33) LEUDET R. Des. hémiatrophies de

la langue d'origine syphilitique. Annales des maladies de l'oreille. 1886.—34) BUTTERSACK. Zur Lehre von den syphilit. Erkrankungen des Nervensyst. nebst Bemerkungen über Polyurie und Polydipsie. Arch. f. Psychiatrie. Bd. XVII. — 35) GRANDICHIER. [Thèse de Paris. 1886]. De la syphilis cérébrale précoce. — 36) HALLOPEAU. Angine de poitrine d'origine syphilitique. Ann. de Dermat. et Syphils. 1887.—37) JACCOUD. Anévrysmes de l'aorte d'origine syphilitique. Semaine médic. 1887.—38) MILLI. Poliomyelitis and multiple neuritis of syphilit. origin. New-York med. Journ. 1887. — 39) SUCKLING C. W. On the diagnosis of the syphilis of the brain and spinal cord. London. 1887. — 40) DA COSTA. Clinical lectures on a case of cerebral syphilis with glycosuria. Philadelph. med. Journ. 1887. — 41) SANDOZ G. Contribution à l'étude de l'hydrocéphale interne dans la syphilis héréditaire. Revue méd. de la Suisse. 1887. — 42) BUSS O. Ein Fall von acuter disseminirter. Myelitis Bulbi nebst Encephalitis bei einer Syphilitischen. Arch. f. Klin. Med. 1887. Bd. 41. — 43) CHOTZEN. Ueber Streptococci bei hereditärer Syphills. Arch. f. Dermat. Bd. XIV. 1837. — 44) FOURNIER. Cas de syphilis héréditaire survenue à l'âge de trente ans. Gazette hebdomad. 1886. — 45) MURRI. La diagnosi delle lesion. sifilitiche dell cervello. Bologna. 1886. — 46) PEPPER and STARR. A system of practical Medicine by American Authors. Vol. I. Pathology and general diseases. New-York. 1885. — 47) JASTROWITZ. Ueber einen Fall von Lues universalis insbesondere des Nervensystems. Berlin. klin. Wochenschr. 1887. — 48) ALTHAUS. Das syphilitische Coma. Berlin. klin. Wochenschr. 1887. Nr. 5. — 49) THIERSCH. Zur Casuistik der Hirnsyphilis. Münchener med. Wochenschr. 1887. Nr. 24—25. — 50) SPILLMANN. Contribution à l'étude des anévrysmes des artères cérébrales d'origine syphilitique. Ann. de Dermat. 1886.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

52. Dieulafoy. Przymiot płuc i opłucnej.

W ostatnich czasach prof. DIEULAFOY w Paryżu miał odczyty o tym przedmiocie, które zostały ogłoszone drukiem w *Gazette hebdomadaire*, a następnie przeszły do *Wiener med. Presse*. Nr. 29 i *Med. Neuig*. Nr. 31.

Anatomicznie przymiot płuc może występować w trojakiiej formie: pod postacią gumatów, pod postacią rozsianych ognisk bliznowatych [bujanie tkanki łącznej, *sclerosis*], nakoniec w formie mieszanej obu tych postaci jedno-cześnie. Kliniczny obraz choroby zależy od zmian anatomicznych tkanki płucnej; do zmian tych zwykle przyłączają się analogiczne zmiany w oskrzelach i opłucnej. Dla łatwiejszego oryjentowania się DIEULAFOY załącza następujący podział kliniczny: 1) Typ ostry gruźliczego zapalenia oskrzeli i płuc (*broncho-pneumonia*). 2) Typ zwykłej gruźlicy płuc. 3) Zapalenie opłucnej natury swoistej współcześnie z bliznowatemi stwardnieniami w tkance płuc. 4) Kombinacja gruźlicy z przymiotem płuc. 5) Wrodzony przymiot płuc.

Co do 1-go. W niektórych przypadkach przymiot płuc występuje pod kliniczną postacią ostrej gruźlicy i wyróżnia się skutkami leczenia, jeżeli natura choroby została rozpoznana. Tak np. jedna chora przy zapisaniu się do szpitala, przy badaniu okazała silne podniesienie ciepłoty, trwające już od dni ośmiu, stępienie ze strony lewej i z tyłu klatki piersiowej, powiększenie drżenia głosowego, oddech oskrzelowy z wilgotnemi rżenieniami. W następnych dniach stan chorej stopniowo się pogarszał, wystąpiła krwawo zabarwiona plwocina, poty, osłabienie; trwało to przez cztery tygodnie. Prof. DIEULAFOY, biorąc na uwagę znaczne powiększenie gruczołów pachowych i barkowych, wypadanie włosów i owrządzenia na tylnej ścianie pochwy, podobne do rozpadłego gumatu, zalecił leczenie swoiste. Po sześciu tygodniach chora ze znaczną poprawą opuściła szpital; od tego czasu upłynęło lat siedm, a zdrowie chorej jest w należytem stanie.

Inny chory w wieku lat 30 zachorował od dni pięciu: silne dreszcze, kaszel, gorączka, brak tehu, krwawa plwocina, ból głowy od dwóch tygodni; przy bada-

niu wykryć można było z tyłu i w górnych częściach klatki piersiowej tępość i oddech oskrzelowy. Ponieważ w płwocinie brakło laseczników gruźliczych, a chory sam przyznawał się, że przechodził przymiot, przeto zalecono leczenie swoiste, po którym nastąpiło szybkie polepszenie.

Inny znowu chory po okresie przekrwienia płuc, duszności, gorączki zaczął szybko chudnąć; choroba występowała pod postacią gruźlicy płuc. Jednocześnie chory cierpiał od dni kilku na obrzmieniu lewego jądra; okoliczność ta skierowała podejrzenie na przymiot; chory przyznał się, a zastosowane leczenie swoiste spowodowało wyzdrowienie.

Inny chory przy objawach stępienia w środkowych częściach prawego płuca, wilgotnych rżeniach i ciężkich objawach ogólnych życie zakończył. Ostrej gruźlicy przy sekcji nie znaleziono, natomiast znaleziono gumat wielkości orzecha, składający się z oddzielnych małych guzików w różnych okresach rozpadu.

Na zasadzie badań drobnowidzowych DIEULAFOY uważa za prawdopodobne, że ostry przymiot płuc występuje pod postacią zapalenia oskrzeli i płuc (*bronchopneumonia*), które w końcu doprowadza do zwyrodnienia serowatego. Objawy fizykalne są takie same, jak przy gruźlicy płuc. Siedliskiem choroby bywają zwykle środkowe części prawego płuca w 3 i 4 międzyżebżu. Duszność występuje bardzo silna i nie znajduje się w prostym stosunku do zmian fizykalnych w płucach. Obecność zmian natury przymiotowej na kościach, lub inne jakiegokolwiek współczesne objawy przymiotu, bez obecności laseczników gruźliczych, skłaniają do rozpoznania przymiotu.

Co do 2-go. Najczęściej przymiot płuc występuje pod postacią gruźlicy, jak to miało miejsce w następującym przypadku: Przed czterema laty DIEULAFOY został wezwany do chorego na gruźlicę z zapytaniem, czy te kilka tygodni życia, które choremu prawdopodobnie jeszcze pozostają, nie dobrze byłoby przepędzić gdziekolwiek na południu. DIEULAFOY poznał w chorym syfilityka, który nie dawno zasięgał jego porady względem owrzodzeń przymiotowych na barku. Przy badaniu chorego wykryto dużą jamę pod prawą łopatką. Zalecono użycie wcierań szaruchy i jodek potasu. Po trzech tygodniach leczenia, chory, skazany przedtem na śmierć niechybną, wyjechał w dobrym stanie zdrowia na południe.

Tak zwane suchoty syfilityczne o przewlekłym przebiegu powstają według DIEULAFOY z rozpadu gumatów. Początek choroby występuje pod postacią zapalenia oskrzeli, bólu w piersiach i duszności, często do tych objawów dołącza się nieznaczne krwioplucie. Zmiany w płucach występują zwykle w środku prawego płuca, na wysokości grzebienia łopatki z tyłu, z przodu zaś w III lub IV międzyżebżu. Do choroby w dalszym ciągu dołącza się płwocina kłębkowata, podniesienie ciepłoty, nocne poty. Jeżeli w tym czasie nie będzie przedsięwzięte leczenie swoiste, chory z wyniszczenia umiera. Podniesienie ciepłoty i ogólne wyniszczenie przypisuje autor wtórnemu zakażeniu z rozpadu płuc; przymiot bowiem bywa powodem powstawania jam rozpadowych, do których następnie przenikają bakteryje, te, mnożąc się tu w wielkiej ilości, spowodują ropienie i częściowe obumarcie tkanek.

Co do 3-go. Postać ta charakteryzuje się przerostem tkanki łącznej płuc. Przebieg kliniczny odpowiada przewlekłemu włóknistemu zapaleniu płuc (*bronchopneumonia fibrosa chronica*); zmiany anatomo-patologiczne występują pod postacią twardego szaro-różowego guzika, otoczonego rozszerzonymi oskrzelami (*bronchiectases sacciformes*) i pokrytego ze strony oplucnej znacznym zgrubieniem. Miąż płuc często przebiegają pasma zbitej tkanki łącznej; tak więc forma ta występować może albo jako niepowikłana marskość (*sclerosis*), albo jako marskość z dołączeniem gumatów, ale nakoniec występuje pod postacią, która u dzieci nosi miano: *pneumonia alba*.

Rozpoznanie kliniczne tej formy jest bardzo utrudnione, bo chociaż można rozpoznawać: *bronchopneumonia*, *pneumonia fibrosa* i *bronchiectases*, lecz przyczyna

choroby zwykle pozostaje nieznaną, jeżeli jakieś inne współczesne cierpienie syfilitycznej natury nie ułatwi rozpoznania. I tutaj też specyficzne leczenie daje dobre wyniki.

Przymiot płucnej występuje albo jako pierwotne cierpienie, albo dołącza się do cierpienia płuc, przy znacznym wysięku w jamie płucnej. Wypuszczenie wysięku mało wpływa na zmniejszenie duszności, natomiast swoiste leczenie daje dobre wyniki.

Co do 4-go. Połączenie przymiotu z gruźlicą występuje w dwojakiej formie. Przymiot płuc dołącza się do gruźlicy, albo gruźlica kombinuje się z przymiotem. W pierwszym wypadku przymiot powiększa bezkrwistość i osłabienie. Wtórna gruźlica dołącza się przy tak zwanych objawach trzeciorzędnych; u zdrowego syfilityka podczas pierwszego i drugiego okresu przymiotu, rozwój trzeciorzędnych objawów w płucach nierzadko daje pochop do rozwoju gruźlicy. To nam wyjaśnia, dlaczego, jak to często bywa, u syfilityka z chorobą płuc długo poszukuje się bez skutku laseczników gruźliczych i dopiero w dalszym ciągu choroby znajduje się je.

Co do 5-go. Przymiot dziedziczny płuc bywa wrodzony, albo też późny. Pierwszy ma tylko znaczenie anatomo-patologiczne i znajduje się albo u płodów martwych z przymiotem dziedzicznym, albo też u ssawców, zmarłych podczas pierwszych miesięcy życia i znajduje się przy sekcji.

Tak zwana *pneumonia alba* występuje pod postacią zgrubień ścianek najdrobniejszych oskrzeli i pęcherzyków powietrznych i tak zwanego nabłonkowego zapalenia płuc (*pneumonia desquamativa*).

Późny dziedziczny przymiot płuc jest o wiele rzadszym. DIEULAFOY przytacza w tym względzie następujący przypadek. W 1884 roku został wezwany do 15 miesięcznego chorego dziecka, ojca którego leczył na przymiot. Dziecko było chore na oczy, wypływ ropny z ucha, zapalenie okostnej na kościach przedramienia. W dwa lata potem znalazł u tegoż dziecka jamę w środku prawego płuca i ogólny obraz gruźlicy. Ponieważ przymiot ojca był mu dobrze znanym, postawił rozpoznanie przymiotu i zalecił kurację swoistą, uwieńczoną pomyślnym skutkiem. Gdyby dziecko to było leczone przez lekarza, któremu przymiot ojca nie był znanym, postawionoby rozpoznanie gruźlicy płuc, co by dziecko przypłaciło życiem.

Syphilis pulmonum hereditaria tarda rozpoznaje się *ex juvantibus*; u dzieci należy się go często spodziewać, ponieważ zdarza się częściej, niż to ogólnie przyjmują. Wielka bowiem ilość dzieci, które są uważane za skrofuliczne, są poprostu dziedzicznymi syfilitykami.

Śmierć z powodu przymiotu płuc występuje albo z wyniszczenia, albo wskutek gruźlicy.

Chociaż gruźlica płuc częściej się zdarza, niż przymiot, DIEULAFOY poleca w każdym przypadku zbadać przeszłość chorego względem przymiotu i w razie uzasadnionego podejrzenia natychmiast zalecić swoiste leczenie.

Przy leczeniu zaleca użycie wcierań szaruchy na dawkę 3—5—6 gramów z współczesnem użyciem jodku potasu 5—12 gramów na dobę.

(*Medicinishe Neuigkeiten N. 31*)

Wł. Kopytowski.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Na posiedzeniu klinicznym d. 1. X. r. b. kol. BURWID mówił o wynikach badań bakteriologicznych mleka warszawskiego. Mleko, według badań kol. B., zawiera przeciętnie w 1 litrze od 50 tysięcy do 2 milionów bakterij [powietrze atmosferyczne Warszawy zawiera ich 30, prze-

strzenie mieszkalne 150, woda filtrowana 25, niefiltrowana 400 w jednym litrze]. Bakteryje te nie należą do chorobotwórczych, ani szkodliwych dla zdrowia, czego dowiodły próby szczepień różnych gatunków mleka do jamy otrzewnej królików, dokonane przez kol. GRODECKIEGO. Raz tylko, gdy w mleku był *staph. pyog. aureus* i *albus* oraz *bacill. pyog. foetid*, zwierzę zdechło wskutek ropnia podskórnego. W mleku kol. B. spotykał zwykle ogromną ilość *oidium lactis*. Jedną z mleczarni warszawskich według wskazówek kol. B. sterylizuje mleko w taki sposób, że mleko w szczelnie zamkniętem, dobrze wymytem naczyniu poddaje ciepłocie 100° C. przez 10 minut; w lecie takie ogrzewanie powtarzano dwukrotnie. Mleko takie po 24 godz. stania zawiera tylko nieznaczne ilości bakteryj.

W dyskusji kol. REJCHMAN robi uwagę, że najlepiej chyba jest gotować mleko, gdyż to zapobiega rozwojowi bakteryj, a przytem mleko gotowane trawi się lepiej od surowego.

Prezes BRODOWSKI zaznacza, że jednorazowe 10 minutowe ogrzanie nie może wystarczać do sterylizacji: mogą zginąć formy wegetacyjne, lecz zarodniki pozostaną, a z nich następnie rozwiną się nowe formy wegetacyjne. Gdyby chodziło o zabicie w mleku saprofitów, taka sterylizacja byłaby wystarczającą, ale nigdy nie jest ona dostateczną dla zniszczenia zarodników, drobnoustrojów chorobotwórczych, o co nam głównie chodzić powinno.

Kol. BUJWID odpowiada, że w pierwszych chwilach po dojeniu są tylko formy wegetacyjne, dla zniszczenia których jednorazowe ogrzanie wystarcza.

Kol. KRYSIŃSKI nie zgadza się na to, aby znaczna większość drobnoustrojów w mleku kwaśnem składała się z *oidium lactis*. To, co podciągają pod tę nazwę, składa się z różnych postaci bakteryj, czy też pleśniowców.

Prezes BRODOWSKI dodaje, że *oidium lactis* należy przecie do pleśniowców i nie gra żadnej roli przy kwaśnieniu mleka, występując dopiero przy jego gniciu. Kol. BUJWID odpowiada, że w jego badaniach większość grzybków bezwarunkowo należy do rodzaju *oidium lactis*. Następnie vice-prezes PRZEWOSKI okazał preparat i mówił obszernie o torbielach zaotrzewnowych [retroperitonealnych].

W dyskusji kol. MATLAKOWSKI zaznacza, że termin „*cystis retroperitonealis*“ nie jest ścisły, ściślejszy byłby „*cystis mesenterialis*“. Co do pochodzenia takich torbieli, to, jakkolwiek pociągającym jest objaśnienie prelegenta, nie jest ono wyczerpującem. Podobne objawy można otrzymać przy wynaczynieniu dróg limfatycznych i przy *peritonitis saccata*.

Kol. SZTEYNER również jest zdania kol. M., wszyscy opisują takie torbiele, jako krezkowe. Prof. KOŚCIŃSKI opisał 2 operowane przez się przypadki: raz była to torbiel *mesocoli*, drugi raz — *cystis chylosa* z krezki kiszki cienkiej.

Vice-prezes PRZEWOSKI odpowiada, że gdyby *mesocolon* można zaliczyć do *mesenterium*, to możnaby się zgodzić na taką nazwę; lecz tutaj rozumieją wszelkie torbiele, powstałe w tkankach poza otrzewną i że, podając taką nazwę, P. miał na celu wzgląd teoretyczny i praktyczny, chcąc wskazać miejsce, z kąd torbiel wzięła początek.

Prezes BRODOWSKI do kazuistyki torbieli dodaje przypadek KOBLENZ'a — *cystis retroperitonealis praevertebralis paradoxa*. Autor ten nie mógł sobie wytlómaczyć, z kąd wzmiankowana torbiel wzięła początek: nie przypuszczał, żeby z ciała WOLFF'a, gdyż umiejscowienie torbieli nie odpowiadało miejscu tworów szczątkowych. W przypadku, opisanym przez kol. P., gdyby początek dały przewody MUELLER'a, byłyby zachowane resztki nabłonka rżęskowego. Prawdopodobnie niezawsze narządy szczątkowe dają początek torbielom.

Kol. MATLAKOWSKI, zwracając się do strony klinicznej opisanego przypadku, robi uwagę, że chociaż guz był duży, ale nie było dużych zrostów — a więc przypadek nadawał się do operacji. W takich przypadkach należy

przedsięwziąć operację, o ile rozpoznanie jest ścisłe. W danym przypadku kwestya, czy płyn w brzuchu pochodził z przesieku, czy zawierał się w torbieli, mogła być rozstrzygnięta przez opukiwanie brzucha w różnych położeniach.

Kol. SZTEYNER nadmienia, że według zdania autorów wyłuszczenie takich torbieli wogóle jest rzeczą trudną.

Kol. HEWELKE obserwował za życia wyżej opisany przypadek. Przy położeniu na boku trudno było ocenić, czy to był przesiek; po wypuszczeniu 13000 ctm. sześć. płynu z jamy brzusznej, brzuch nie wiele się zmniejszył, a płyn przestał sam wypływać.

Wiadomości terapeutyczne.

25. Leczenie chorób rdzenia za pomocą odpowiednich gorsetów. Na jednym z posiedzeń ostatniego zjazdu naturalistów i lekarzy niemieckich w Heidelbergu przedmiotem ożywionej dyskusyi był — mechaniczny sposób leczenia wjadu rdzenia. Pominawszy część rozpraw, tyżącą się metody MOCZUTKOWSKIEGO-CHARCOT'a [przez zawieszanie], zwróćmy tylko uwagę na inny sposób mechanicznego leczenia wjadu, t. j. na metodę, stosowaną już od kilkunastu lat w zakładzie ortopedycznym HESSING'a w Augsburgu.

Przy chorobach rdzenia HESSING nakłada gorset z cienkimi szynami stalowymi w ten sposób, aby nastąpiło do pewnego stopnia wyciągnięcie kolumny kręgowej i aby ta ostatnia została oswobodzoną od ciężaru. Taki gorset nosi chorey całemi latami. Wyciąganie kolumny kręgowej za pomocą owego gorsetu nie uskutecznia się gwałtownie od razu, ale stopniowo coraz więcej. Przed nałożeniem gorsetu zawieszają chorego lekko pod ramiona, a następnie dopiero nakładają ściśle gorset na klatkę piersiową. Gorset ma podpory w jamach pachowych i na miednicy, przez co kolumna kręgowa zostaje oswobodzoną od ciężaru i stale zostaje wyciągnięta. Jeżeli i część szyjowa rdzenia kręgowego uległa cierpieniu, to i ciężar głowy trzeba przenieść z kolumny kręgowej na miednicę przez dodanie do gorsetu odpowiednich podpór.

JÜRGENSEN, który właśnie mówił na zjeździe o wzmiankowanym sposobie leczniczym (*Wiener Klin. Wochenschr.* N. 40, 1889), sam zna sześciu chorych z wjadem rdzenia, w ten sposób leczonych. U wszystkich tych chorych można było zauważyć pod wpływem tego leczenia znaczną poprawę, a mianowicie: zaburzenia pęcherzowe i odbytnicowe ustępowały; bóle strzelające znikły; chorzy zaczęli spokojniej sypiać; objaw ROMBERG'owski zniknął, a chód stawał się możliwym i bardziej prawidłowym; w jednym nawet przypadku i odruchy ścięgna powróciły w słabym stopniu.

Rozumie się, że i metoda HESSING'a nie jest w stanie doszczętnie wyleczyć chorego z wjadu rdzenia, ale, bądź co bądź, może ona sprowadzić wielką poprawę, a więc „względnie leczyć“.

Dodać tu należy, że HESSING przy stosowaniu wzmiankowanej metody wymaga od chorego, aby pozostawał przynajmniej rok w zakładzie pod ciągłą obserwacją.

Zdaje się, że względna skuteczność tego sposobu leczenia zależy od stałego oswobodzenia kolumny kręgowej od ciężaru, przez co warunki krążenia w całym rdzeniu i kanale kręgowym znacznie się poprawiają i odżywianie się wzmacnia, a wskutek tego i sprawa zapalna przycicha i powoli ustępuje.

ERB, który dawniej był wogóle przeciwnym leczeniu przez zawieszanie, cofnął na tym zjeździe swój dawny pogląd; sam bowiem się przekonał, że w niektórych przypadkach istotnie następuje poprawa po systematycznym zawieszaniu. Co się zaś tyczy wzmiankowanej metody HESSING'a, to dotąd widział dwa przypadki (*sclerosis multilocularis, myelitis transversa*), w których rzeczywiście po stosowaniu tego leczenia nastąpiła znaczna poprawa podmiotowa.

NAUNYN wzmiankuje, że u kilku chorych, leczonych metodą HESSING'a z dużą poprawą, w tej chwili następowało pogorszenie, skoro tylko gorset zdejmowano.

Przy tej sposobności dodać mi wypada, że kol. GAJKIEWICZ na swoim oddziale w Szpitalu Starozakonnym, oprócz zawieszania metodą MOCZUTKOWSKIEGO-CHARCOT'a, od pewnego czasu zaczął stosować dłuższe trwające wyciąganie kolumny kręgowej. Metoda ta polega na tem, że chorego sadowi się na krzesło albo na łóżko i w takiej pozycyi zawieszają; pomiędzy łóżkiem albo krzesłem i posładkami w pierwszej chwili pozostaje tyle swobodnego miejsca, iż można rękę przesunąć; następnie jednak chorey ciężarem swoim na tyle się opuszcza, że prawie siedzi, a przez to kolumna kręgowa zostaje wyciągnięta. Tego rodzaju zawieszenie, a raczej wyciąganie kolumny kręgowej, trwa z początku pół godziny, następnym dni zaś coraz dłużej, do kilku godzin.

Wiktor Grostern.

Wyszedł z druku.

ROCZNIK LEKARSKI

na rok 1890.

WYDAWNICTWO „MEDYCyny“

i zawiera

1) Krótki zarys badania drobnowidzowego najważniejszych bakterii chorobotwórczych. Przez D-ra M. Jakowskiego. 2) Badanie nerwów. Skreślił A. Fabian. 3) Śmierć pozorna, ożywienie oraz pierwsza pomoc przy nagłych wypadkach. Przez Prof. Alb. Guttstadt'a. 4) Najwyższe dawki środków lekarskich. 5) Dawkowanie ważniejszych środków dla dzieci. 6) Środki do podskórnych zastrzykiwań i ich zastosowanie. Przez prof. O. Liebreich'a. 7) Dawkowanie najbardziej używanych środków do wdechania, penzlowania i wdmuchiwania. 8) Wskazówki do rozbioru mózgu. Skreślił dr. W. Mayzel. 9) Tabela rozpuszczalności przetworów chemicznych w wodzie, wyskoku i eterze przy $+15^{\circ}$. 10) Tabela wagi uncyjowej i grammowej. 11) Ilość kropeł rozmaitych płynów zawartych w skrupule i gramie. 12) Waga kropeł, zawartości łyżki i t. d. 13) Tabela nasyceń alkali i kwasów. 14) Tabela porównawcza skali 3-eh ciepłomierzów. 15) Taksa lekarska. 16) Pierwsza pomoc w otruciach ostrych. 17) Ważniejsze źródła lecznicze. 18) Najbardziej używane kąpiele lecznicze. 19) Nowe leki i dawniej znanych nowe zastosowanie. 20) Dokładne adresa lekarzy praktykujących i urzędujących w Warszawie i na prowincyi. 21) Dziennik z kalendarzem na r. 1890. 22) Tabela do zapisywania i obliczania daty spodziewanego porodu. 23) Ogłoszenia.

Cena Rocznika oprawionego w płótno angielskie 1 rs. 20 kop. Z przesyłką pocztową 1 rs. 40 kop. Życzący sobie otrzymać Rocznik zechcą zażądać go na załączonej do N-ru dzisiejszego karcie lub na karcie pocztowej zaznaczając: czy pieniądze nadesłać czy też (co jest najdogodniej) Administracya Medycyny ma go wysłać za zaliczeniem pocztowem, przyczem nabywający żadnych kosztów więcej nie ponosi.

8—3

Wyszły z druku:

Tablice poglądowe działania niektórych środków lekarskich.

Nabywać można po kop. 40, z przesyłką po kop. 50

6—3

w księgarni W-go Wende i S-ki jakoteż i w Administracyi Kroniki Lekarskiej Marszałkowska 116 i we wszystkich księgarniach.

D-r M. Jakowski b. asyst. kliniki dyjagnostycznej dokonuje wszelkich mikroskopowych głównie bakteryjologicznych rozbiorów wydzielin chorobowych. Ul. Wspólna № 26. ⁰⁻⁷

W pracowni O. BUJWIDA

wykonywane są rozbiory mikroskopowo-chemiczne z dziedziny dyjagnostyki i higieny.

Bednarska 24.

0—3

WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ

Wyszło z druku

dzieło pod tytułem:

TERAPIJA OGÓLNA

przez prof. Hoffmanna.

Cena dzieła wynosi Rs. 4, z przesyłką 4.50 a zatem jest tańszą od oryginału niemieckiego. Nabywać można u Wydawcy Gazety Lekarskiej, Marszałkowska 119, oraz we wszystkich Księgarniach.

0—10

Orzeczenia lekarskie o Wodzie gorzkiej

FRANCISZKA JÓZEFA

D-ra Józefa Rose w Warszawie:

„Wodę ze źródła Franciszka Józefa przepisuje często, jako środek zlekką a niezawodnie działający“.

D-ra Apte w Warszawie:

„Jest bardzo dobrze skutkującym i zarazem chłodzącym środkiem rozwalniającym“.

D-ra Józefa Stummer w Warszawie:

„Wodę gorzką Franciszka Józefa w praktyce stosuję bardzo często, jako środek łagodnie czyszczący z niezawodnym skutkiem“.

D-ra Leopolda Weitzenbluta w Warszawie:

„Ze wszystkich źródeł gorzkich Franz Joseph-Quelle, okazała się jako najbardziej skuteczna i może być używaną dłuższy czas nie drażniąc żołądka“.

D-ra Władysława Kryże w Warszawie:

„Wody gorzkiej ze źródła Franciszka Józefa, jako środka czyszczącego, używam szczególnie przy potrzebie użycia jej przez czas dłuższy“.

D-ra Maksymiljana Hertz w Warszawie:

„Woda gorzka Franciszka Józefa, w małych nawet ilościach okazała się bardzo skuteczną“.

8—1

Dyrekcja rozsyłki wody gorzkiej Franciszka Józefa w Budapeszcie.

ARCO

Zimowy zakład leczniczy i stacja klimatyczna dla chorych na płuca i nerwy.

(Tyrol południowy)

St. dr. żel. MORI.

Dr. H. Wollensach

Praktykuje także w obecnym sezonie od 15 Października, jako lekarz miejscowy i zarządzający zakładem leczniczym (Modne urządzenie do rozpylania soli i inhalacyj igłami sosnowymi w osobnych gabinetach, stacja hydrotyczna) i udziela chętnie wszelkich dotyczących zakładu objaśnień.

4—2

D-r TYMOWSKI

praktykuje w tym roku, podobnie jak i lat poprzednich

W SAN REMO.

6—3

WYDAWNICTWO GAZETY LEKARSKIEJ.

Wyszło z druku dzieło p. t.

NAUKA O CHOROBACH NARZĄDU TRAWIENIA

(Semijotyka),

przez D-ra Mikołaja Rejchmana.

0—3

Dzieło opatrzone pięcioma drzeworytami. Cena rs. 1 (z przesyłką rs. 1 k. 20).

Nabywać można w Administracyi Gazety Lekarskiej (Marszałkowska 119).

Доводено Цензурою, Варшава, 27 Октября 1889 г.

Druk K. Kowalewskiego, Królewska 29.