

# KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

## O DORAŻNEJ POMOCY PRZY ZATRZYMANIU MOCZU.

Napisał

W. H. KRAJEWSKI

Ordynator szpitala Dzieciątka Jezus.

(Dalszy ciąg).

Dobre narzędzie do badania cewki powinno pozwolić na badanie małych odcinków cewki naraz, umożliwić wprowadzającej ręce otrzymywanie wrzeń tylko z badanego odcinka cewki i ochronić od dołączania się wrzeń postronnych, bez względu na głębokość badanego odcinka cewki. Ideal ten realizuje w najwyższym stopniu:

3) Świeczka z oliwką Guyon'a (fig. XV).

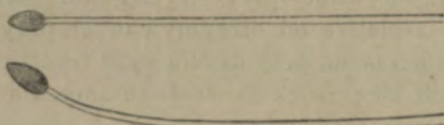


Fig. XV.

Świeczka ta jest zbudowana z takiego samego materiału jak cewniki elastyczne francuzkie <sup>1)</sup>, składa się z cienkiego elastycznego trzonu (o średnicy odpowiadającej nr. 5 skali francuzkiej), opatrzonego na końcu pęcherzowym, znacznie grubszą od niego stożkową oliwką. Trzon powinien być giętki, aby się zastosowywał do krzywizn cewki, powinien jednak posiadać pewną sprężystość, aby można było wy-

<sup>1)</sup> Pierwiastkowo używał Guyon eksploratora, którego trzon tylko był elastyczny, oliwka zaś metalowa, różnej grubości stosownie do potrzeby, nakręcała się na jego pęcherzowy koniec; cała seryja takich oliwek nakręconych na płytkę metalową z dodatkiem jednego lub 2-ch trzonów elastycznych stanowi przyrząd eksploracyjny, którego rysunek znajduje się jeszcze w najnowszych katalogach Collin'a (1890 r., str. 109), ponieważ jednak taka przykręcona oliwka może się oderwać, szczególnie podczas wyciągania świeczki, więc też obecnie te składały świeczki wyszły z użycia i zastąpiono je całkowitemi.

wrząc za jego pośrednictwem pewien nacisk na oliwkę; ta ostatnia winna być znacznie grubszą, stożkową i dość ra-  
pownie przechodzić w cienki trzon, t. j. najgrubszą część  
oliwki nie powinna leżeć w jej środku, lecz tuż przy przej-  
ściu w trzon; grubość nadawana oliwce bywa różną (od  
n-ru 6 do 24 skali Charrière'a) trzon pozostaje zawsze je-  
dnakowo cienkim. Obecnie robią świecek eksploracyjne,  
opatrzone na obu końcach oliwkami różniąciami się pod  
względem grubości, jest to wygodne, gdyż można posiadać  
2 razy mniejszą ilość świeczek.

Korzyści z zastosowania do badania cewki świeczek  
Guyon'a są rozliczne: 1) W skutek znacznej różnicy pomię-  
dzy trzonem i oliwką, tylko ta ostatnia rozpycha ściany  
cewki, ona też jedynie zbiera po drodze wrażenia i komu-  
nikuje takowe wprowadzającej ręce, ponieważ zaś oliwka  
jest niewielka, odbieramy więc na raz wrażenia z bardzo  
ograniczonego odcinka cewki, w ten sposób unikamy po-  
myłek co do umiejscowienia zmian, w cewce napotykanych.  
2) Oliwkę łatwo wymacać od zewnątrz a więc dokładnie  
się oryentować co do głębokości do jakiej została wpro-  
wadzona. 3) Z powodu różnicy w kalibrze oliwki i trzonu  
sensacje otrzymywane przy wyciąganiu świeczki, są kto-  
wie, czy nie jaśniejsze od otrzymywanych przy wprowadza-  
niu wgląd, tymczasem, przy użyciu cylindrycznych świeczek,  
wyciąganie ich nie powiększa wcale summy wiadomości, zdo-  
bytych przy wprowadzaniu.

Wobec tych niewątpliwych zalet, jakie posiadają świecz-  
ki oliwkowe Guyon'a, radziłbym posługiwać się wyłącznie  
niemi przy badaniu cewki. Chcąc być dobrze uprowido-  
wanym, należy mieć wszystkie numery od n-ru 6 do 24-go,  
ponieważ zaś na jednym trzonie mamy 2 oliwki, potrzeba  
więc mieć 9 sztuk świeczek Guyon'a <sup>1)</sup>.

Jednem z niezbędnych narzędzi dla lekarza, udzielają-  
cego pomoc przy zatrzymaniu moczu, jest, oprócz wyżej  
wyliczonych, s z p r y c a—dobra, trwała, aseptyczna szpry-  
ca; niezbędną jest dla przestrzyknięcia cewników przed za-  
stosowaniem, dla uwolnienia ich światła od zatykających  
skrzepów, dla przemycia cewki lub pęcherza, jeśli się tego  
okaże potrzeba; jednem słowem jest konieczną składową  
częścią omawianego w niniejszym rozdziale arsenału. Je-

<sup>1)</sup> Tuzin takich świeczek kosztuje u Vergne'a rs. 6.

żeli Czytelniku przez jaki miesiąc nie zaglądał do wnętrza Twojej kauczukowej lub metalowej szprycy, opatrzonej skórzanym tłokiem, tłuszczem nasmarowanym, to uczyni to, wydobądz tłok i zajrzyj co się dzieje w jej wnętrzu, z pewnością ogarnie cię przerażenie, tyle tam znajdziesz brudu, a jednak posługiwałaś się tą szprycą dla wlewania różnych płynów do rozmaitych jam ciała, a koncentracja tych płynów, przypuszczając, że były antyseptyczne, nie zawsze była dostateczną do zanihilowania zgubnego wpływu nieczystości wepchniętych wraz z nimi do opłukiwanej jamy.

Z chwilą rozprzestrzenienia się między lekarzami pojęć o aseptyce, zwrócono uwagę na braki szpryc, powszechnie używanych, i próbowano zaradzić im w różny sposób. Próby każdorazowego wmywania i wygotowywania tłoka, oraz smarowania tłuszczem, zawierającym jakiś środek antyseptyczny, nie dały pożądanego rezultatu, tłok bowiem taki szybko się bardzo psuje, a w dodatku częste wyjmowanie tłoka sprawia, iż chodzi on nierówno, co stanowi wielki brak w szprycy. Ta trudność w aseptycznym utrzymaniu szpryc z tłokiem, skłoniła nawet niektórych klinicystów do zupełnego usunięcia ich z użycia i zastąpienia, czy to irrygatorami, czy też szprycami gruszkowatemi z wulkanizowanego kauczuku, opatrzonemi szklanym końcem. Wkrótce jednak zauważono, iż oba te narzędzia posiadają braki, które nie pozwalają na zastąpienie nimi szprycy, przynajmniej w chorobach organów moczowych; tak naprzykład przy użyciu irrygatora nie jesteśmy w stanie szybko i z precyzją zmienić ciśnienie, pod którym płyn się do jamy dostaje, a oba instrumenty nie dają nam żadnych wskazówek co do reakcyi, jaką wywołuje wlanie większej lub mniejszej ilości płynu do danej jamy. Przy wlewaniu płynów do pęcherza, organu tak kurczliwego i wrażliwego, wiadomość, jak się zachowują ściany, czy się kurczą i z jaką siłą, jest niezbędną, a osiągnąć ją możemy tylko przy użyciu szprycy z tłokiem, palcami chirurga poruszonym, gdyż tylko wtedy odczuwamy minimalne różnice w ciśnieniu, często pierwej nim się chory sam zoryjentuje, że potrzebuje oddać moc. Ta ważna przewaga szprycy zmusiła do przeproszenia się z jej wadami i powrotu do jej zastosowania.

Nie zaprzestano jednak badań w kierunku sterylizacyi i uproszczenia budowy tych przyrządów. Przedewszystkiem dr Albarran <sup>41)</sup> stwierdził eksperymentalnie przez liczne ho-

downie, iż wszystkie szpryce, zwyczajnym sposobem zbudowane, jeśli tylko służyły do wstrzykiwania silniejszych rozczyńców azotanu srebra, pozostają aseptycznymi przez czas dłuższy, nawet jeśli je pozostawiono bez użytku. Ten dobroczynny wpływ rozczyńców azotanu srebra na szpryce jest rzeczą bardzo ważną i powinien skłonić do częstszego stosowania przemywań azotanem srebra, czy to pęcherza, czy cewki, tembardziej, iż poszukiwania Guyon'a <sup>51)</sup> wykazały znakomite własności antyseptyczne nawet słabych rozczyńców (1:2000). Przekonałem się wielokrotnie, iż przepłukiwanie pęcherza i cewki roztworem tej koncentracji w większości przypadków wcale nie jest bolesnem i dla tego radziłbym uciekać się do używania takich rozczyńców azotanu srebra, zamiast powszechnie używanych płukań kwasem bornym lub rozczyńcami innych antyseptyków. Jeśli się do powyższej zasady zastosujemy, to będziemy mogli posługiwać się zwykłą szprycą, pod warunkiem, iż nie będzie metalową, lecz z hartkauczuku i że jej do żadnych innych celów używać nie będziemy.

Niestety, czasami zdarzają się przypadki, w których nawet słabe rozczyńcy azotanu srebra prowadzą tak silny ból, iż musimy zaniechać stosowania tego środka, nadto narzędzia, szczególnie metalowe nie posrebrzone, psują się od użycia lapisu, jako środka dezinfekcyjnego; to też ważną jest rzeczą posiadać szprycę, któraby pozostawała aseptyczną, bez względu na rodzaj zastrzykiwanego płynu, której czystość możnaby zawsze skontrolować, a w razie potrzeby z łatwością oczyścić. W ostatnich czasach zjawilo się kilka nowych pomysłów mających powyższe potrzeby na względzie. I tak: dr. Desnos <sup>40)</sup> polecił zbudować P. Aubry szprycę, do której, oprócz tłoku funkcjonującego w szprycy, dodano drugi tłok zapasowy, pogrążony stale w hermetycznie zamkniętem naczyniu napełnionem oliwą karbolową (60/0), gdy potrzebujemy użyć szprycy, rozbieramy ją, wygotowujemy trzon szprycy, a dawny tłok zastępujemy nowym, wyjętym z kąpieli karbolowej, do której pogrążamy po dokładnem obtarciu tłok, poprzednio funkcjonujący w szprycy.

Dr. Albarran <sup>41)</sup> podaje opis szprycy Collin'a, używanej obecnie na klinice prof. Guyon'a, składającej się ze szklanego cylindra z metalową posrebrzaną oprawą, której tłok nie dochodzi do dna cylindra, w skutek czego pozostaje na dnie

zawsze trochę płynu antyseptycznego (5<sup>o</sup>/<sub>o</sub> karbolu), którym się szprycę po użyciu przemywa; na kankę szprycy nakłada się rodzaj naparstka metalowego, chroniącego od wylewania się pozostawionego w szprycy płynu.

Obu wyżej opisanym szprycom można zrobić ten zarzut, iż tłoki są skórzane a więc bardzo łatwo nasiąkają różnemi nieczystościami; nadto użycie ich jest dość kłopotliwe i koszt bardzo znaczny <sup>1)</sup>. To też za wielką zasługę poczytać należy fabrykantowi berlińskiemu Windlerowi wprowadzenie do użytku szprycy, która, mojem zdaniem, zupełnie odpowiada naszym nowoczesnym wymaganiom. Szprycza ta (fig. XVI) składa się ze szklanego cylindra (a)

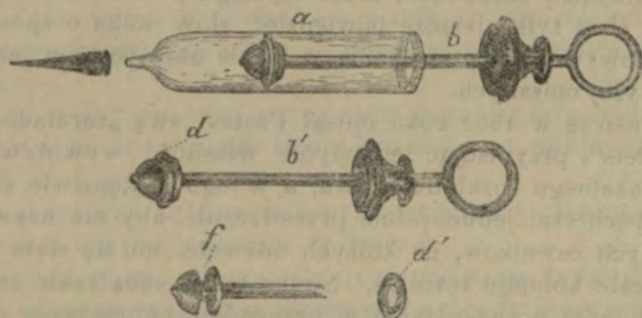


Fig. XVI.

lejkowato się zwężającego i kończącego się krótką rurką, na którą nakłada się kanka szprycy zrobiona z twardego kauczuku. Przeciwny koniec cylindra jest równo obcięty, opatrzone, w szkło naciętymi, skrętami śruby, do których doskonale pasuje kauczukowa pokrywka, przez środek której przechodzi tłok szprycy (b). Tłok ten (b') ku końcowi opatrzone jest dwoma zgrubieniami, pomiędzy którymi znajduje się rowek (f) wypełniony pierścieniem z wulkanizowanego kauczuku (d'). Zgrubienia na końcu tłoka są cieńsze od cylindra, tak, iż dopiero po nałożeniu pierścienia (d) tłok wypełnia całe światło cylindra i szczelnie do ścian przystaje. Przed użyciem za każdym razem należy pierścień d wysmarować karbolową gliceryną (5<sup>o</sup>/<sub>o</sub>) nie zaś tłuszczem.

Główną zaletą tej szprycy jest dokładność i łatwość, z jaką się daje dezynfekować, można ją szybko rozebrać, a każda ze składowych części może być obmywaną i po-grążoną na długo do rozczywnu, sublimatu naprzykład, bez

<sup>1)</sup> Szprycza Collin'a kosztuje 38 franków, t. j. obecnie przeszło 15 rs.

żadnej szkody. Pierścień kauczukowy, stanowiący tłok, jest bardzo trwały, a nadto można mieć kilka zapasowych pierścieni na wypadek zniszczenia. Tylko trzeba zawsze przed użyciem tłok posmarować gliceryną, gdyż inaczej ciężko chodzi w cylindrze. Używam takiej szprycy od pół roku z najlepszym skutkiem (nawet od rozczynów lapisu tłok nie kruszeje, nabiera tylko czarnej barwy) i dla tego śmiało ją praktycznym lekarzom polecić mogę <sup>1)</sup>.

Na tem kończę uwagi ogólne o instrumentach niezbędnych lekarzowi przy zatrzymaniu moczu. Jak to już wyżej powiedziałem, narzędzia specjalne uwzględnione będą przy odpowiednich chorobach, które wymagają ich zastosowania. Tutaj chcę tylko jeszcze powiedzieć słów kilka o sposobie przechowywania i utrzymania w stanie aseptycznym narzędzi, wyżej opisanych.

Jeszcze w 1860 roku opisał Pasteur swą „torulacée en chapelets“, przypisując jej jedynie własność wywoływania amoniakalnego rozkładu moczu, a w jego następstwie zapalenia pęcherza; jednocześnie przestrzegał, aby nie używano brudnych cewników, na których udawało mu się stale wykryć całe kolonije torullae. Nauka ta w 1864 roku znalazła kliniczne potwierdzenie w przypadku, ogłoszonym przez Traube'go, w którym czysty mocz chorego stał się mętnym, amoniakalnym, wkrótce po rozpoczęciu metodycznej kateteryzacji; niezadługo Niemeyer przyłączył się do Traube'go i Pasteur'a, tak, iż teoretyczne wywody tego ostatniego zdawały się stwierdzać w praktyce. Pomimo to klinicyści i w dodatku najbardziej kompetentni w dziale chorób dróg moczowych zachowywali się bardzo odpornie wobec teorii Pasteur'a; w rozprawach, które się odbywały nad tą kwestyją w Akademii paryzkiej w 1875 roku Gosselin, Blot i Ricord przytoczyli cały szereg obserwacyj, w których chorzy mieli zapalenie pęcherza i mocz alkaliczny, pomimo, iż nikt im nigdy instrumentów do pęcherza nie wprowadzał, dalej pospyły się obserwacje dowodzące, iż pomimo najsumieniejszego dezynfekowania instrumentów zdarzały się przypadki podobne do opisanego przez Traube'go. Gdy nadto przekonano się, iż torulla Pasteur'a jest w stanie rozwijać się tylko w obecności wolnego tlenu (aërob), a tymczasem poszukiwania Planer'a i Pfüger'a wykazały brak wolnego

<sup>1)</sup> Cena takiej szprycy wynosi w Berlinie 3 rs. 50 kop.

tlenu w pęcherzu, teoryja Pasteur'a zaczęła tracić grunt pod nogami. To też Thompson w 1883 a Guyon jeszcze w 1885 roku nie przypisują mikrobom znaczenia w powstawaniu zapalenia pęcherza i amoniakalnego rozkładu moczu.

Dopiero liczne badania dokonane w ostatnich czasach przez Lepine'a i Roux <sup>30)</sup>, Lustgarten'a i Mannaberg'a <sup>31)</sup>, E. Petit'a i Melville Wassermann'a <sup>41)</sup>, Schnitzler'a <sup>51)</sup> a głównie przez Rovsinga <sup>30)</sup> rzuciły niejaki światło na etylogiję zapalenia pęcherza i amoniakalnego rozkładu moczu, jako też na rolę, jaką często odgrywa tu ręka lekarza uzbrojona cewnikiem. Poszukiwania te wykazały:

1) że w normalnym pęcherzu mikroorganizmów nie ma.  
2) że cewka w normalnym stanie roi się od bakteryi, które wepchnięte do pęcherza mogą w nim wywołać zapalenie.

3) że istnieje cały szereg mikroorganizmów, mogących się rozwijać bez dostępu tlenu (anaërob), a rozkładających mocz.

4) że przy każdym zapaleniu pęcherza można wykazać obecność mikroorganizmów w moczu.

5) że zdrowa błona śluzowa pęcherza zachowuje się dość odpornie względem wprowadzonych do jamy pęcherza bakteryj, lecz patologicznie zmieniona (przekrwienie naprzekład) traci tę odporność i wtedy wprowadzone mikroorganizmy łatwo zapalenie wywołać mogą.

6) że mikroorganizmy mogą się dostać do pęcherza czterema rozmaitemi drogami: a) z cewki, b) z sąsiedztwa, przez rozszerzenie się zapalenia na ścianę pęcherza, c) z nerek, jeśli te są w stanie zapalnym, d) z krwi, przez osiadanie w samej tkance błony śluzowej pęcherza <sup>1)</sup>.

---

<sup>1)</sup> Nie mogę tu szczegółowo rozbiierać kwestyi etylogii zapalenia pęcherza, przekraczałoby to bowiem o wiele ramy niniejszej pracy; ponieważ jednak podział zapaleń pęcherza na oddzielne grupy, w najnowszych nawet podręcznikach, moono szwankuje, gdyż się częściowo tylko na etylogii opiera (Guyon w 1888 r. odróżnia jeszcze: cystite blenorhagique, tuberculeuse—różnice etylogiczne; cystite douloureuse, membraneuse—różnice symptomatologiczne; cystite des rétrécis, des prostatiques etc. — różnice w towarzyszącej innej chorobie) pozwałam sobie przytoczyć tu zapatrywania Rovsing'a <sup>30)</sup> (str. 101), oparte na licznych poszukiwaniach bakteriologicznych, a dające się, mojem zdaniem, zupełnie pogodzić z obserwacją kliniczną. R. dzieli bakteryje wywołujące zapalenie pęcherza na 2 wielkie działy: I. Mikroorganizmy nie wywołujące ropienia (nicht-pyogen) i II. Mikroorganizmy wywołujące ropienie (pyogen). W tym ostatnim dziale od-

Prawdy te godzą niewyjaśnione dotąd różnice, jakie zachodziły między badaniami Pasteura i obserwacją Traubego z jednej, a twierdzeniami Gosselin'a i Ricord'a z drugiej strony. Jeśli bakteryje mogą przeniknąć do pęcherza różnemi drogami, cóż więc dziwnego, że zapalenie pęcherza zjawia się u ludzi, którym nigdy nie wprowadzano cewnika; jeśli normalna cewka zawiera liczne bakteryje nie powinno nas dziwić, że wprowadzenie nawet zupełnie aseptycznego kateteru może wywołać zapalenie pęcherza; na koniec, ponieważ zdrowa błona śluzowa pęcherza bardzo jest odporna, więc sobie łatwo możemy wytłómaczyć względną niewinność katetyzacyi nawet brudnemi cewnikami u zdrowych ludzi.

Dla nas praktyków, z powyższych prawd wypływają następujące ważne wskazówki:

1) Ponieważ przy każdym zatrzymaniu moczu, błona śluzowa jest przekrwiona, stanowi więc dobry grunt dla rozwoju bakteryj i dla tego powinniśmy się starać możliwie mało bakteryj wprowadzić do pęcherza podczas katetyzacyi.

2) Dwie są przyczyny zakażenia podczas wprowadzania instrumentów do pęcherza: albo sam instrument był nie czysty, lub też czysty instrument wpełznął do pęcherza bakteryje znajdujące się w cewce. Pierwszą z tych przyczyn usunąć możemy i powinniśmy przez używanie do wypuszczania moczu li tylko wysterylizowanych instrumentów. Usunąć drugiej przyczyny zakażenia, t. j. wysterylizować cewki, jak to wykazały badania panów Petit i Wassermann'a <sup>44)</sup>, nie możemy i dla tego musimy uważać wprowadzanie nawet wysterylizowanych instrumentów do pęcherza jako zło konieczne, nigdy bez wyraźnych wskazań tego nie robić, zwłaszcza tam, gdzie mamy podejrzenie, iż błona śluzowa pęcherza nie jest zupełnie zdrowa.

Niektórzy autorowie, jak Rovsing <sup>30)</sup> (str. 129) i Schimmelbusch <sup>55)</sup> (str. 130), tak bardzo się boją zakażenia przez

---

różnia dwie grupy: a) mikroorganizmy wywołujące ropienie i jednocześnie rozkładające mocznik i b) mikroorganizmy wywołujące ropienie, lecz nie rozkładające mocznika (*bacilli tuberculosi*). Zależnie od tego, jakie mikroorganizmy wywołują zapalenie pęcherza, odróżnia R.:

I. Cystitis catarrhalis.

II. Cystitis suppurativa { a) ammoniacalis  
b) acida v. tuberculosa.



wprowadzenie do pęcherza bakteryj, gnieźdzących się w cewce, że doradzają w tych przypadkach, w których chodzi o jednorazowe wypuszczenie moczu, zamiast wprowadzać cewnik uciec się do kapilarnej punkcji pęcherza. Wprowadzie kapilarna punkcja pęcherza jest operacją niewinną; wątpię jednak, czy wejdzie do powszechniejszego użycia zamiast kateteryzacji, tembardziej, iż rzadko tylko spotkamy się z takim zatrzymaniem moczu, w którym będziemy mogli przewidzieć z góry, iż jednorazowe opróżnienie pęcherza wystarczy <sup>1)</sup>. Zresztą obserwacja kliniczna poucza nas, iż, pomimo licznych kolonii bakteryj w cewce, jeśli tylko wprowadzamy aseptyczny cewnik, możemy długo nie dopuścić do zapalenia pęcherza. Szczególniej pouczającym pod tym względem jest przypadek z kliniki prof. Guyon'a, ogłoszony przez d-ra Reblaud <sup>2)</sup>; w przypadku tym u osobnika, cierpiącego na niezupełne zatrzymanie moczu z rozciągnięciem pęcherza (następstwa przerostu gruczołu krokowego), codziennie wypuszczano mocz cewnikami aseptycznymi i przekonano się, iż pomimo licznych bakterji, znajdujących się w cewce, mocz pozostawał stale wolnym od bakterji. Tak więc, kateteryzacja pozostanie na zawsze najczęstszym rękoczynem do jakiego się uciekać będziemy; tylko, dzięki poszukiwaniom, wyjaśniającym etjologję zapalenia pęcherza, musimy się wystrzegać bezpotrzebnego jej stosowania, szczególnie zaś jej unikać przy obecności ropnego wypływu z cewki; a, przystępując do rękoczynu, starać się winniśmy usunąć przynajmniej te szkodliwości, których usunięcie znajduje się w naszej mocy, a więc w pierwszym rzędzie będziemy dokonywać kateteryzację tylko aseptycznymi cewnikami.

Sterylizacja cewników metalowych jest łatwa, polega bowiem na wygotowywaniu ich w jednoprocentowym roztworze sody z wyczajnej w ciągu 5 minut. Poszukiwania Schimmelbusch'a <sup>3)</sup> wykazały, iż cewniki po upływie

1) W tych przypadkach, w których z góry widzimy, że na jednorazowym wypuszczeniu moczu nie będziemy mogli poprzestać, R. powiada, iż trzeba wprowadzić cewnik, lecz po opróżnieniu pęcherza należy doń wstrzyknąć 5—10 gram dwuprocentowego roztworu azotanu srebra i pozostawić na 4—5 minut. Próby, dokonane w oddziale, przekonały mię, iż roztwór, proponowany przez Rovsing'a, jest zbyt mocny, wstrzykiwania takie wywołują silne bóle, a tymczasem cel zamierzony osiągałem zawsze wstrzykując, po opróżnieniu pęcherza, daleko słabszy roztwór (1:2000).

tego czasu, są zupełnie wyjałowione; rozumie się, że cewniki opatrzone prawidłami należy wyjaławiać rozłożywszy na składowe części. Po użyciu cewnika, należy go zawsze znów wygotować w sodzie, wytrzeć i wysuszyć zupełnie, a następnie dopiero włożyć prawidł, jeśli wogóle nie przekładamy przechowywać oddzielnie cewniki a oddzielnie prawidł. Gotowanie w sodzie daje daleko pewniejsze rezultaty, niż dotychczasowe moczenie w roztworach kwasu karbolenego, a dla instrumentów metalowych ma jeszcze tę wielką zaletę, iż chroni je od rdzewienia. Przechowywać najlepiej metalowe katatery w blaszanych niklowanych pudełkach z przegródkami, zresztą, ponieważ cewnik przed każdym użyciem będzie wygotowany, więc sposób przechowywania jest mniejszej wagi.

Inaczej rzecz się ma z cewnikami miękkimi, są one daleko mniej wytrzymałe od metalowych, dla tego też pod wpływem gorąca lub silnych środków przeciwnilnych szybko się psują, a jednak, tylko przy zastosowaniu jednego z tych dwóch czynników możemy dojść do należytego ich wyjałowienia. Ta trudność w wynalezieniu odpowiedniego sposobu wyjaławiania cewników miękkich jest powodem, iż w ostatnich czasach zjawił się cały szereg prac, obrabiających tę kwestyję, że tu wspomnę tylko prace: Albarran'a <sup>21)</sup>, Delagenière <sup>50)</sup>, prof. Poncet <sup>57)</sup>, dr. Denos <sup>58)</sup>, dr. Tuffier <sup>59)</sup>, dr. Alapy <sup>39)</sup> i wielu innych. W każdym z artykułów, wymienionych tu autorów, znajdujemy jakąś nową propozycję w celu udogodnienia i uprzyśpieszenia wyjaławiania cewników dla ogółu lekarzy. U nas zajął się tą kwestyją, na moją prośbę, kol. Jakowski i w niezadługim czasie zapewne ogłosi odpowiednie doświadczenia. Póki to nie nastąpi, podaję tu najprzystępniejsze, mojem zdaniem, sposoby wyjaławiania i przechowywania cewników miękkich, nie wdając się w poszczególne wyliczanie wszystkich proponowanych dotychczas metod.

Przedewszystkiem muszę zaznaczyć, że wszystkie proponowane metody sterylizowania, po pewnym przeciągu czasu, psują cewniki miękkie, nadto, niektóre metody są niemożliwe do przeprowadzenia w praktyce prowincjonalnej, z powodu, potrzebnych do tego, specjalnych przyrządów, ztąd wynika potrzeba podania różnych sposobów wyjaławiania i przechowywania cewników, zależnie od względnej częstotliwości ich zapotrzebowania.

Tam, gdzie się używa często i dużo cewników miękkich, jak w większych szpitalach i u specjalnych lekarzy chorób dróg moczowych, tam kwestyja wyjaławiania i przechowywania zlewają się ze sobą, należy, zawsze posiadać zapas cewników wyjałowionych należycie a raz użyte natychmiast wyjałować i przechować je w tym stanie, aż do następnego użycia. Dla szpitali też i lekarzy specjalistów podaję tu metodę sterylizacyi d-ra Alapy <sup>39)</sup>, która mi się wydaje najpraktyczniejszą: cewniki (czy to z wulkanizowanego kauczuku, czy elastyczne) należy starannie obmyć wodą i mydłem, a, po wyschnięciu, zawinąć je w bibułę (używaną w laboratoryjach do filtrowania), trzeba przytem uważać, aby każdy cewnik był oddzielony od następnego warstwą bibuły (1/2 arkusza wystarcza do obwinienia 4-ch cewników); przy zawijaniu należy załamać wystające po za cewniki, brzegi bibuły, tak, żeby były ze wszechstron ścielnie nią otoczone; na każdym pakieciku ołówkiem notuje się jego zawartość, dla uniknięcia niepotrzebnego rozwijania, następnie po kilka takich pakiecików umieszczamy w jednej grubej rurze szklanej, zatkanej z obu stron watą higroskopijną, rury tak napełnione umieszczamy w parowym sterylizatorze i pozostawiamy w nim przez pół godziny pod wpływem pary przy 100<sup>0</sup> ciepła. Po upływie tego czasu wyjmujemy rury ze sterylizatora, a z tych ostatnich pakieciki bibułą owinięte i możemy takowe zachowywać w pudełkach, stosunkowo bardzo długo, bez obawy, aby cewniki straciły cośkolwiek na swej jałowości. Alapy przekonał się, iż cewniki tak przechowane jeszcze po 18 miesiącach pozostały jałowemi. Cewniki mogą być sterylizowane w ten sposób kilkanaście razy bez poważnej dla nich szkody. Po każdym użyciu całą manipulacyję powtórzyć należy. Ponieważ obecnie wszystkie prawie większe szpitale zaprowadzają u siebie sterylizatory, podana więc wyżej metoda nie natrafi w nich prawdopodobnie na poważne przeszkody w zastosowaniu; co się zaś tycze lekarzy specjalistów, to nie obojętną dla nich będzie prawdopodobnie wiadomość, iż przenośny sterylizator Schimmelbusch'a <sup>35)</sup> kosztuje wszystkiego 55 marek, t. j. około 25 rubli <sup>1)</sup> — wydatek, który każdy lekarz specjalista ponieść może. — Lekarz specjalista

<sup>1)</sup> Przypuszczam, iż z chwilą rozpoczęcia fabrykacyi tych przyrządów u nas, cena ich znacznej jeszcze ulegnie niższej.

w godzinach przyjęcia powinien badać każdego chorego nowym wysterylizowanym instrumentem, a uprzednio użyty pogrążyć do roztworu sublimatu (1:1000), w którym instrumenta pozostają do końca przyjęcia. Następnie należy je wymyć wodą z mydłem i postąpić podług wskazówek d-ra Alapy.

Inaczej się rzecz ma z lekarzem praktykującym na prowincyi, zdobywszy się na zakupienie pewnego zapasu cewników miękkich, dbać on powinien przede wszystkim o to, aby je dochować w pożądanym stanie miękkości i elastyczności, aż do chwili, w której użycie ich będzie potrzebnem; nieraz przejdą miesiące w oczekiwaniu na taką chwilę, a tymczasem cewniki, przypuściwszy, że są nawet wysterylizowane i przechowane podług metody d-ra Alapy <sup>39)</sup> stwardnieją, staną się kruchemi i, pomimo iż są jałowe, nie będą mogły być zastosowane z obawy odłamania się końca takiego cewnika w cewce chorego. Dla tego to lekarze prowincjonalni powinni kwestyję przechowywania cewników miękkich oddzielić od kwestyi sterylizacji ich. Chodzić im powinno przede wszystkim o to, aby cewnik jak najdłużej zachował swe fizyczne własności i odpowiednio go przechowywać bez względu na to, czy taki cewnik jest jałowym, czy nie; gdy zaś nadejdzie chwila zastosowania cewnika, wtedy dopiero lekarz powinien się zająć wysterylizowaniem go *ex tempore*.

Co się tycze przechowywania, to inaczej należy przechowywać cewniki z wulkanizowanego kauczuku, a inaczej cewniki elastyczne.

Pierwsze należy po dokładnem wymyciu w ciepłej wodzie z mydłem, pogrążyć na kilka minut do czystej zimnej wody, następnie wytrzeć starannie, rozłożyć na kawałku czystej bibuły i pozostawić w suchym miejscu przez parę godzin, aby dokładnie wyschły, nakoniec obficie opudrować czystym ryżowym pudrem (Dittel <sup>5)</sup> str. 23) i przechowywać w tekturowem podłużnem pudełku <sup>1)</sup>. Co pewien przeciąg czasu należy do takiego pudełka zaglądać i próbować

<sup>1)</sup> Prof. Poncet <sup>37)</sup> zaleca wszystkie cewniki sterylizować na sucho i przechowywać je w mieszaninie wysterylizowanego proszkowanego kwasu bornego i talku. Metody tej sam nie wypróbowałem, sądzę jednak, iż do gorących cewników, szczególnie francuzkich, proszek będzie się mocno przyklepał i utrudni następne użycie takich cewników. W dodatku sucha sterylizacja bardzo prędko psuje cewniki miękkie.

cewniki na ich elastyczność przez rozciąganie, a jeśli znajdziemy egzemplarze, które zaczynają twardnieć, należy je wymoczyć najpierw w letniej wodzie i, podczas moczenia, każdy odcinek cewnika rozciągać palcami, następnie pogrążyć do zimnej wody, a wysuszywszy opudrować i włożyć do pudełka. W ten sposób można bardzo długo ochronić cewniki Nelaton'a od stwardnienia, o co przedewszystkiem chodzić powinno.

Głównym nieprzyjacielem cewników elastycznych jest gorąco; żywica, wchodząca w skład ich powłoki, mięknie, w skutek tego cewniki zlepiają się ze sobą, tracą gładkość, a powłoka ich pęka. Aby zapobiedz tej niedogodności Vergne zbudował pudełko blaszane, do którego wstawiają się oddzielne płaskie przegródki, każda przegródka ma dno rowkowane, tak, iż w każdym rowku mieści się jeden tylko cewnik elastyczny; otóż, mając takie pudełko, należy poukładać cewniki w rowkach, gdy już zapełnimy całą przegródkę nakryć ją z wierzchu kawałkiem cynfolii; gdy w ten sposób zapełnimy wszystkie przegródki, ulokować je w pudełku blaszanem i takowe szczelnie zamknąć. Rzeczywiście w takim pudełku cewniki elastyczne nawet podczas największych upałów nic się nie psują. Ktoby jednak nie chciał pomnażać sobie kosztów przez sporządzenie, opisanego wyżej pudełka, ten może się ograniczyć do obwinienia każdego cewnika cynfoliją; gdyż, jak to sprawdziłem, wystarcza to zupełnie do uchronienia ich od wpływu gorąca. Naturalnie przed obwinieniem należy cewniki pozbawić wilgoci.

Przystępując do użycia, tak przechowywanych, cewników, należy je wysterylizować. Jeśliby lekarz prowincjonalny posiadał sterylizator przenośny Schimmelbusch'a <sup>1)</sup>, kwestyja byłaby rozstrzygniętą, należałoby wybrane do użycia, cewniki poddać działaniu pary przez pół godziny, a następnie wprost ze sterylizatora brać je do użytku. Dopóki sterylizatory parowe bardziej się nie rozpowszechnią, lekarz prowincjonalny będzie musiał zadawałniać się innymi sposobami sterylizacyi.

Cewniki Nelaton'a dają się sterylizować łatwo i mało przy tem się psują, należy je przedewszystkiem dokładnie wymyć w ciepłej wodzie z mydłem, następnie pogrążyć do roztworu sublimatu (1:1000) na godzinę, w końcu nadmiar

<sup>1)</sup> Co z czasem stanie się koniecznością.

środka antyseptycznego usunąć z cewnika przez pogrążenie go we wrzącej wodzie i przystąpić do kateteryzacji.

Cewniki elastyczne podług doktora Albarran<sup>21)</sup> należy przed użyciem przestryknąć spirytusem (70<sup>o</sup>), następnie pogrążyć do roztworu sublimatu (1:1000) na godzinę, w końcu opłukać we wrzącej wodzie. Sam dr. Albarran przyznaje, iż metoda ta niszczy cewniki elastyczne, po kilkakrotnem zastosowaniu jest jednak jedną z najpewniejszych. Jeżeli nie możemy poświęcić godzinę czasu na sterylizację cewnika, natenczas należy się uciec do następującego sposobu podanego też przez d-ra Albarran: przestryknąć cewnik alkoholem (70<sup>o</sup>), następnie sublimatem (1:1000) i wygotować go przez 20 minut w wodzie. Nakoniec muszę tu dodać, iż Schimmelbusch przez liczne hodowle przekonał się, iż cewnik, który został energicznie (4—5 razy) przestryknięty roztworem sublimatu (1:1000), a następnie zewnętrzną jego powierzchnię dokładnie i przez czas dłuższy wytarto na sucho sterylizowanym tamponem z waty, jest jałowym, zamiast sterylizowanego tampona można w razie konieczności użyć kawałek płótna świeżo wygotowany we wrzącym roztworze sody (1:1000).

Lekarz, który nie chce, aby na nim ciążyła odpowiedzialność za złe następstwa po dokonanej kateteryzacji, musi koniecznie uciec się do wyjałowienia swych cewników podług jednego z podanych wyżej sposobów. Po wydobyciu cewnika z pęcherza, należy go zawsze przez godzinę wymoczyć w sublimacie zanim go się następnie przechowa w zwykły sposób.

Jeśli się powierza kateteryzację samemu choremu, należy go przekonać o konieczności należytego oczyszczania cewników, i polecać, jeśli ma stosować cewniki elastyczne, metodę Albarran'a; jeśli zaś ma używać cewników Nelaton'a, to najlepiej, aby taki cewnik stale przebywał w roztworze sublimatu (1:1000), przed samem użyciem należy go wypłukać we wrzącej wodzie a po użyciu wymyć wodą z mydłem i znów pogrążyć do sublimatu. Dr. Tuffier<sup>59)</sup> opisał cylindry, przeznaczone dla przechowywania cewników Nelaton'a w sublimacie; są to cienkie rurki, odpowiadające długością cewnikowi, zamknięte na jednym końcu a na drugim opatrzone korkiem, pod którym umocowana jest szklana pałeczka, na którą się nasadza zewnętrzny koniec cewnika. Cylindry takie nie wątpliwie bardzo są pożyteczne.

Pozostaje mi do omówienia jeszcze jedna kwestyja, mianowicie smarowanie cewników, przed samem ich wprowadzeniem, dla nadania im pożądaney ślizgości. W tym celu używano najróżnorodniejszych środków, że tu wymienię. biało jaja (Albucasis), łój, smalec, oliwę, olej rycynowy, olejek migdałowy, glicerynę, waselinę, lanolinę i t. d: W miarę rozprzestrzeniania się pojęć antyseptycznych zaczęto dodawać do tłuszczów różnych środków antyseptycznych i tak Geza v. Anthal <sup>9)</sup> używa waselinę karbolową lub borową; Guyon <sup>3)</sup> <sup>21)</sup> waselinę salolową (10%) lub oliwę karbolową (5%); Casper <sup>14)</sup>, opierając się na aseptycznych własnościach lanoliny <sup>1)</sup> używa mieszaniny lanoliny z waseliną po równych częściach i t. d. Wszystkie proponowane maści mają jednak tę wadę, iż albo zawarty w nich antyseptyczny środek jest zbyt słabym na to, aby nie dopuścił do rozwoju w nich mikroorganizmów, lub też jest silniejszy, a wtedy drażni cewkę. W niektórych klinikach niemieckich używają wysterylizowanej, przez ogrzewanie do wysokiej temperatury, waseliny, którą następnie utrzymują w aseptycznym stanie przez pokrycie jej powierzchni w stoju niewielką ilością roztworu sublimatu. Z chwilą jednak, gdy Rovsing <sup>30)</sup> (str. 130) przekonał się na sekcyi, że waselina, użyta do smarowania cewników, długo pozostaje w pęcherzu i opada na dno, że przy codziennem cewnikowaniu, mogą się nagromadzić w pęcherzu ogromne jej massy, tak, iż należy się obawiać zatkania ujść moczowodów, przez grubą warstwę waseliny, która w przypadku Rovsing'a zaściełała całe dno pęcherza od szyi aż do ujść moczowodów, należy być ostrożnym z użyciem waseliny do smarowania cewników, zwłaszcza tam, gdzie chodzi o metodyczne codzienne kategoryzowanie. Tak więc i obecnie jedynym i najlepszym tłuszczem do smarowania cewników pozostanie oliwa, z tą różnicą, iż nie będziemy się zadawali, podaną nam u pacjenta na brudnym spodku, starą oliwą, lecz będziemy ją wozić ze sobą w buteleczce szczelnie zamkniętej szklannym korkiem i opatrzonej kapslem kauczukowym. Oliwę przed tem wysterylizujemy przez doprowadzenie do wrzenia i zlejemy do buteleczki też wyjałowionej, czy to przez wygotowanie w wodzie, lub przez długotrwałe pogrążenie w sublimacie. Gdy zdarzy się potrzeba posmarowania cewnika,

1) Podług badań C. Fränkla i Gottsteina.

wymyjemy czysto małą miseczkę, wytrzymamy ją starannie tamponem zmoczonym w roztworze sublimatu i nalejemy na nią trochę oliwy do użycia, buteleczkę zaś zaraz szczelnie znów zatkamy. W ten sposób można bardzo długo zachować oliwę w buteleczce w pożądanym stanie jałowości.

*(Dalszy ciąg nastąpi).*

## Kilka uwag w kwestyi stosowania galwanokaustyki

W CHOROBACH GARDŁA, KRTANI, NOSA I USZÓW.

Napisał

**Dr. Jan Sędziak,**

b. asystent przy oddziale chorób gardłanych i płucnych  
w szpitalu Ś-go Ducha w Warszawie.

*(Dokończenie).*

### II. Galwanokaustyka w cierpieniach jamy nosogardzielowej.

Do cierpień tych ze względu na identyczny sposób operowania należą przedewszystkiem, jak to już wspomniałem, przerosty tylnych końców muszel dolnych, jako też średnich. Najczęściej przerost ten widzimy (naturalnie przy pomocy rhinoscopii tylnej) tam, gdzie i od przodu znajdują się również przerosty, gdzie więc mniej więcej cała muszla in toto dotkniętą jest sprawą przerostową. Spostrzegałem jednak i samodzielne przerosty tylnych końców muszel, które same były punktem wyjścia różnorodnych zaburzeń u chorych i jako takie podlegały interwencji chirurgicznej. I tu, podobnie, jak w muszlach z przerostem przednich odcinków można stosować zimną pętlę, jak to np. czyni Cholewa <sup>48)</sup> i Hartman, ze względu jednak na możliwe krwawienia i tu również metoda ta nie może się równać z użyciem galwanokaustyki. Mac-Donald również w tych razach przekłada gorącą pętlę nad zimną, którą poprzednio stosował. Tym sposobem nie ulega najmniejszej wątpliwości, że podobnie, jak w przypadkach przerostów przednich, tak i tylnych końców muszel jedynie galwanokaustyka ma racyję bytu. Jednak, o ile ja osobiście przy przednich przerostach, zwłaszcza znaczniejszych, najchętniej, jak to wspomniałem, stosuję pętlę gorącą—o tyle tu, gdy chodzi o usunięcie przerostu w tylnych odcin-



kach muszel średnich lub dolnych chętniej stosuję ostry kauter, jak pętlę, naturalnie tam, gdzie rękoczyn cały można wykonać pod kontrolą lusterka krtaniowego. Oстрыm kauterem po zakokainowaniu (20%) miejsc odpowiednich (najlepiej za pomocą spray'u przez jamę nosową i ustną) robię 1—3 bardzo głębokich wkłóc w przerosniętą tkankę. Rękoczyn to, jak o tem niejednokrotnie przekonać się mogłem, jest bardzo łatwo wykonalnym (wiele tu, naturalnie, zależy od tego, jak chory znosi całą manipulację; zwykle używam najmniejszego lusterka, które mi dostatecznie pozwala widzieć koniec wprowadzonego i odpowiednio zagiętego kauteru, a z drugiej strony zostawia jeszcze dosyć miejsca na wprowadzenie kauteru. Czasami rzadko to ma miejsce, np. przy bardzo wąskiej jamie nosogardzielowej w kierunku przednio tylnym, gdy miękkie podniebienie zasłania mi pole operacyjne, używam haka podniebiennego Schmidta lub Porchera. Język zwykle chory sam szpatlem uciska, można jednak i tu zastosować samotrzymający się szpatel Asch'a lub Schlesinger'a). Dalej jest rękoczyn ten doskonale—ten wyraz podkreślam—przez chorych (zarówno mężczyzn, jak i kobiet) znoszonym, bezbolesnym, niekrwawiącym, a przytem skutecznym. Zwykle następuje w pewien czas po operacji bliznowate ściągnięcie się tkanki przerosłej, przyczem permeabilitas choan się przywraca, gdyż przerosła część kurczy się o połowę i więcej. Czasami, w świeższych przypadkach, byłem w stanie bezpośrednio po operacji przekonać się o skutecznem działaniu tej metody, gdyż duży pierwotnie guz zmniejszył się o wiele. Rzadko kiedy wypadła po jakimś czasie rękoczyn powtórzyć, jeżeli retrakcja tkanki nie jest dostateczną. To jest więc jeden sposób operowania przerosłych tylnych końców muszel, sposób, który z powodzeniem zastosowałem w kilkunastu przypadkach tego cierpienia i który polecam uwadze specjalistów. Drugim sposobem, który również z powodzeniem przy tem cierpieniu stosujemy, jest pętla gorąca. Gdyby nie trudność jej stosowania i nieprzyjemna dla chorych manipulacja (zwłaszcza przy bimanualnem operowaniu), miałaby ona stanowczą wyższość nad poprzedzającą, gdyż działa szybko, energicznie. Metodę tę można stosować dwójako: 1) jeśli przewody nosowe są szerokie, jeżeli niema znaczniejszej przeszkody ze strony skrzywionej przegrody, wprowadzamy przez dolny przewód odpowiednio przygotowaną pętlę pod

kontrolą wziernika nosowego i opieramy rękojeść przyrządu o przegrodę nosa, przez co pętla kieruje się ku stronie zewnętrznej, umożliwiając wejście do niej przerostej części muszli, którą już w zwykły sposób, zaciskając pętlę i puszczając ostrożnie prąd, odcinamy, 2) drugi sposób tak zwany bimanualny, polega na tem, że palcem, wprowadzonym do jamy nosogardzielowej, staramy się jednocześnie naprowadzić pętlę (przez nos wprowadzoną) na wystającą część muszli. Jest to ta sama metoda, którą się posługujemy przy operacjach guzów (polipów) w jamie nosogardzielowej. Jak już wspomniałem, metoda ta jest bardzo przykrą dla chorych, trudno wogóle samo nakładanie się odbywa. W przypadkach niezbyt silnie rozrosłej muszli, pętla łatwo się ześlizguje, przyczem, albo nic lub częścię otrzymujemy zbyt mały odcinek. To ostatnie jeszcze więcej się tyczy pierwszego sposobu. Nie mniej jednak, zwłaszcza w przypadkach polipowatych przerostów tylnych końców muszel, pętla gorąca może dawać bardzo dobre rezultaty, jak o tem niejednokrotnie miałem sposobność się przekonać.

Guzy w jamie nosogardzielowej (czy to łagodne, polipy śluzowe, brodawczaki, włókniaki twarde, czy też złośliwe, włókniako-mięsaki fibrosarcomata, raki etc.), stanowią jedno z najczęstszych cierpień, przy których galwanokautyka znajduje obszerne zastosowanie. Z tem większość autorów (Jurasz, Cheatham <sup>49</sup>), Ingals <sup>50</sup>), Lincoln <sup>51</sup>), White <sup>52</sup>), Setterblad <sup>53</sup>), Felici etc.) <sup>54</sup>) się zgadza. Głównym powodem stosowania tej, a nie innej metody jest przedewszystkiem obawa krwawień znaczniejszych, jako też, przynajmniej dla niektórych guzów, typowych fibromata dura, obawa, że z powodu niezwykłej twardości i szerokiej zazwyczaj podstawy guza, zimną pętlą (nie mówię tu o kleszczach, które nawet w ostatnich czasach niektórzy, jak Hansberg <sup>104</sup>) (kleszcze Kuhnego) zalecają, a co ja stanowczo uważam za nieodpowiednie narzędzie) nie będziemy w stanie dokończyć operacji resp., odciąć guz.

Jak już wspomniałem powyżej metoda, jaką się posługujemy przy tem cierpieniu, jest analogiczną z tą, jaką opisałem przy przerostach tylnych końców muszel i tu mianowicie najodpowiedniejszą będzie metoda bimanualna. Ja podobnie jak Schech i wielu innych stosuję w tych razach tylko gorącą pętlę, inni jak już powiedziałem, zwłaszcza an-

gielscy lekarze, zimną, pod postacią najczęściej pętli Jarvis'a. Można jednak w razach wyjątkowych zastosować pętlę gorącą nie przez nos, lecz przez jamę ustną, mianowicie tam, gdzie guz widać od strony ust. Podobny przypadek obserwowałem i operowałem wspólnie z kol. Oltuszewskim. Bez żadnej trudności udało się odpowiednio uszykowaną pętlę nałożyć na guz, zwieszający się z jamy nosogardzielowej w postaci gruszki, którego podstawę doskonale widać było po otwarciu ust, palcem doprowadzić aż do przyczepu i wyjąć, puszczając strumień. Wyjęty guz, kolosalnych rozmiarów (5 ctm. dług., 3 szerok.,  $1\frac{1}{2}$  przy szy-pule), okazał się przeważnie złożonym ze zbitej tkanki łącznej (fibroma durum). Częściej jednak, niż pętlę, stosuję ostry lub płaski, jako też i główkowy kauter, mianowicie wszędzie tam, gdzie z powodu rozlanego charakteru guza lub z innego jakiegobądź powodu pętli gorącej nie jestem w stanie nałożyć. Jako ilustracja powyższego, mogą służyć dwa przypadki, z których w jednym u panny 20-letniej po niefortunnych próbach wyjęcia guza brodawkowatego, wychodzącego z tylnej części przegrody (vomer), udało mi się go drogą wielokrotnych przyłogań kauterami prawie deszczętnie zniszczyć, w przypadku tym operacja, dzięki szczególnej tolerancji chorej niezwykle łatwo dała się wykonać. W przypadku tym również, wspomnę tu nawiasowo, wystąpiły po pierwszym zakokainowaniu (20%) niezwykle alarmujące objawy intoksykacyjne, rodzaj ostrego obłąd-  
du. Drugi przypadek, w którym również tę samą zastosowałem metodę, był mniej pomyślnym, gdyż dalszych przyłogań ostrym kauterem zmuszony byłem zaniechać wskutek bardzo silnego krwotoku, jaki podczas jednego z nich wystąpił. Prawdopodobnie kauter natrafił na większe jakieś naczynie w niezwykle unaczynionym nowotworze.

Jak widzimy w jamie nosogardzielowej galwanokautyka często również bywa stosowaną, mianowicie w guzach tej okolicy (polipy, włókniaki, dalej złośliwe nowotwory—Lincoln).

Co się tyczy innych cierpień jamy nosogardzielowej, to pokrótce wspomnę tu wyrosła adenoidalne, przy których niektórzy (Voltolini, Michel, Mackenzie, Robinson <sup>55</sup>), Mulhall, White etc.) <sup>56</sup>) stosują żegadło galwaniczne, najczęściej pod postacią pętli. Słusznie jednak Moldenhauer gani tą metodę. Wobec innych daleko skuteczniejszych sposobów

operowania <sup>103</sup>) tego cierpienia (nóz Gottsteina etc.) jest ona zbyt rzadką i mało odpowiednią. Dalej przy cierpieniu *bursae pharyngealis* (Thornwaldt), a właściwie *recessus pharyngeus medius*—według najnowszych poglądów (Ganghofner, Schwabach, Kafemann etc.), stosują niektórzy galwanokaustyczne przypalania (Keimer <sup>57</sup>) przy *bursitis catarrhalis*. Z cierpień jam bocznych nosa, tylko Voltolini zastosował galwanokaustykę przy *empyema sinus frontalis*, Cozzolino zaś przy ropotoku zatoki Highmora. Obecnie przechodzimy do stosowania galwanokaustyki.

### III. W cierpieniach jamy ustnej i gardzielowej.

Najwięcej na rozprzestrzenienie zasługuje użycie galwanokaustyki w przypadkach przerostu migdałków podniebiennych (*Hypertrophia tonsillarum*). Już w innem miejscu <sup>58</sup>) o tem po części wspominałem. Mówiłem wtedy, że galwanokaustykę można stosować w tem cierpieniu w trojkiej formie: płaski, ostry kauter (Grazzi <sup>59</sup>), Potter <sup>60</sup>), Wright <sup>61</sup>), lub pętlę (Pinchon <sup>62</sup>), Knight <sup>63</sup>), Semon, Botey, Moure <sup>64</sup>), Roth, Garrison, Baginsky). W ostatnich czasach na zasadzie większej ilości obserwacji (około 20 przyp.) przyszedłem do przekonania, że wszędzie tam, gdzie tylko pętlę gorącą jesteśmy w możności zastosować (a więc u starszych osób a nawet u spokojniejszych dzieci, znakomite oddaje nam usługi, wiele przewyższając tonsillotomię. Tego samego zdania jest u nas Wróblewski i Heryng.

Pierwszą zaletą i to najważniejszą tej metody jest to, że unikamy niebezpieczeństwa znacznie większych krwawień bezpośrednio po operacji lub w czasie jakichś (wtórne krwotoki). Te ostatnie, zwłaszcza u dorosłych mogą być bardzo niebezpieczne, jak o tem świadczą dane z literatury (przyp. Luca, Thorner'a etc.). I tu jednak, jak w ogóle przy użyciu pętli gorącej, trzeba pamiętać o jednej kardynalnej rzeczy, t. j. nie zbyt silnie rozpalać drut, przeciwnie często otwierać i zamykać strumień, wtedy faktycznie wyjmujemy przerosłe części migdałów bez kropli krwi. Ból przytem, dzięki użyciu kokainy jest bardzo nieznaczny, albo go niema wcale. Dobrze jest dla uniknięcia wpadnięcia odciętej części migdałka do żołądka, jak to np. w jednym z moich przypadków (u 11 letniego chłopca) miało miejsce, co zresztą nie pociąga za sobą żadnych następstw—po założeniu pętli kleszczykami lub haczykiem przytrzymywać migdałek. Ab-

solutnie nie wytrzymują krytyki zarzuty, jakie niektórzy autorowie tej metodzie czynią. I tak Schech mówi, że otrzymujemy poszarpaną powierzchnię, Hobbes <sup>73)</sup>, że pozostają twarde blizny.

Wreszcie Jurasz, który dwa razy użył tej metody mówi, że jest ona niewygodna, bolesna i wskutek odoru (!) nieprzyjemna dla chorych. Jestem najmocniej przekonany, że każdy nieuprzedzony, kto choć parę razy zastosuje pętlę gorącą przy tem cierpieniu, będzie najzupełniej zadowolony i odtąd tylko tej metody trzymać się będzie. Ja przynajmniej, co poprzednio do każdej tonsillotomii, zwłaszcza u dorosłych przystępowałem z drzeniem, mając ciągle przed oczyma widmo krwotoku, obecnie, gdy mam zastosować pętlę galwanokaustyczną, najmniejszej nie czuję obawy. Ważnem jest tu leczenie pooperacyjne; bezpośrednio po operacji, którą wykonywam z najwyższą antyseptyką, każe chorým u siebie przepłukać gardło 4% roztworem zimnym kwasu bornego, przez co znosi się uczucie palenia, jakie czasami chorzy doznają. Dalej posypuję powierzchnie migdałów, które przedstawiają duży biały strup (nalot), mieszaninę proszków antyseptycznych (aristol, jodol, mentol, czasami z dodatkiem kokainy, gdy ból był nieco większy). Zalecam po operacji lody lub mleko kwaśne. Pokarmy tylko płynne zimne z początku, potem półstałe i ciepłe. Płukanie i zasypywanie w dalszym ciągu. Gruby nadzwyczaj nalot, mniej więcej po tygodniu się oddziela, pozostawiając powierzchnię granulującą. To samo, cośmy powiedzieli o operacji pętlą gorącą migdałków podniebiennych, odnosi się mutatis mutandis i do przerostów, jakim ulegają gruczoły torebkowate na podstawie języka (tonsilla quarta s. lingualis). I tu również stosuję, albo kauter, albo przy większych przerostach pętlę gorącą, podobnie postępują Wróblewski <sup>65)</sup>, Schech, Schoede <sup>66)</sup> i inni.

Drugim cierpieniem gardzieli, przy którym bardzo często stosujemy żegadło galwaniczne i to tylko pod postacią przyżęgań, jest t. zw. pharyngitis granulosa lateralis. Dziś chyba trudnoby było znaleźć laryngologa, któryby to cierpienie w inny leczył sposób. A jednak, rzecz dziwna, Voltolini, któremu galwanokaustyka tak wiele zawdzięcza, który ją stosował larga manu przy najróżnorodniejszych stanach chorobowych, przy tem cierpieniu odmawia jej prawa obywatelstwa. Dowodzi on, że przez przypalenie tworzą się

małe blizny, przez co wydzielenie śluzu staje się utrudnionem, błona śluzowa przyjmuje wygląd nierówny, chropawy. Zarzut ten jednak nie wytrzymuje krytyki. Żadną inną metodą leczniczą nie zdołamy uzyskać tego, co przez galwanokaustykę: szybko i doszczętnie usunąć granulacje.

W paru słowach wspomnimy o innych cierpieniach jamy ustnej i gardzielowej, przy których galwanokaustykę możemy z mniejszem lub większem zastosować powodzeniem. I tak przy *gingivitis blenorrhoeica* Federn<sup>67</sup>), przy *leucoplakia policzków i języka* Ingals<sup>68</sup>) z Chicago zachwalają żegadło galwaniczne. Dalej przy brodawczaku (*papilloma*), (Covernton)<sup>69</sup>), naczyńniaku (*angioma*), (Maglioni)<sup>70</sup>), jako też gruzlicy języka (Lennox-Brown)<sup>71</sup>). Dalej przy zrostach miękkiego podniebienia z tylną ścianką gardzieli (Beregszaszy<sup>72</sup>). Przy cierpieniach języczka, np. w jednym przyp. *elongatio uvulae* u mężczyzny 30 letniego, która była powodem wielu nieprzyjemnych objawów (zaślegmienie, kaszel etc.), z powodzeniem użyłem pętli gorącej, w drugim zaś przyp. u kobiety 40 letniej w tenże sposób usunąłem gruzliczo zwyrodniony języczek. Jakkolwiek w obu tych cierpieniach możnaby również użyć i innych metod, jako to zimnej pętli, nożyczek lub *uvulotomu* Mac Donalda, zdaje mi się jednak, że pętla gorąca i tu ma nad nimi wyższość. Toż samo da się powiedzieć i o tem częstem cierpieniu, jakie odkrywamy najczęściej przypadkowo, t. j. oguzach (przeważnie *papillomatach*) na łukach, rzadziej wtedy recydywują, dalej nie krwawią, co nie zawsze o ianych metodach da się powiedzieć, jak o tem przekonał mnie jeden przypadek u 20-letniego cukiernika, u którego silne krwawienie, powstałe bezpośrednio po operacyi (zimną pętlą), wstrzymałem dopiero przez przypalenie kauterem płaskim. Dalej Lennox Brown stosował galwanokaustykę przy przewlekłym uporczywym niezycie gardzieli. Przy *diverticula pharyngis* Mackenzie. Przy przymiocie migdałka (Moure), Stirling<sup>74</sup>), jako też i gruzlicy. Przy nowotworach chorobowych gardzieli, raku (Franks, Courrd<sup>75</sup>), mięsaku (Roe, Seilera Mackenzie<sup>76</sup>). Jeden taki przyp. *sarcoma tonsillae sin.* u kobiety lat około 40 u widziałem operowany pętlą gorącą. Wreszcie przy *pharyngomycosis benigna* niektórzy stosują, acz po większej części bez skutku (Jurasz) galwanokaustykę. W ostatnich czasach zaczęto próbować żegadło galwaniczne i przy dyfteryście gardzieli, cierpienia, przy którym

cały arsenał najróżnorodniejszych środków już zużyto. Bloebaum, Charlier, Tedeschi<sup>77)</sup>, Waitz, Hagedorn<sup>78)</sup>, Behrends<sup>79)</sup> bardzo zachwalają. Natomiast Lebrun, Aly, Liebert<sup>80)</sup> ganią tę metodę—również i Bayer<sup>82)</sup>, Goris<sup>81)</sup> przytacza 3 przypadki błonicy, w których po zastosowaniu galwanoakustyki, ciepłota już na drugi dzień spadła i nastąpiło w 5 dni wyleczenie.

#### IV. Galwanokaustyka w cierpieniach krtani.

O ile w cierpieniach nosa, jamy nosogardzielowej i gardzieli żegadło galwaniczne ma niezwykle szerokie zastosowanie, stanowiąc metodę, bez której absolutnie żaden specjalista obyć się nie może, o tyle w krtani dzielny ten środek, rzecz dziwna, stosunkowo rzadko się używa. Przyczynia się do tego przesadzona do pewnego stopnia obawa obrzęków zapalnych, jakie według niektórych autorów mają jakoby być następstwem stosowania galwanokaustyki.

Do kwestyi tej jeszcze raz powrócę. Obecnie zaś wspomnę pokrótce o tych stanach chorobowych krtani, przy których żegadło galwaniczne można z mniejszem lub większem stosować powodzeniem. Do nich przedewszystkiem zaliczyć należy guzy krtaniowe, zwłaszcza łagodne, czyli t. zw. polipy.

Już w r. 1854 Middeldorpf pierwszy jakoby usunął na drodze galwanokaustycznej polip, umiejscowiony na prawym więzie nagłośnio-nalewkowym. W ten sam sposób w r. 1864 zoperował Bruns dwa polipy krtani. Dalej Voltolini w r. 1865 zastosował pętlę gorącą w przypadku polipa krtaniowego. W r. 1866 i 1867 Mackenzie operował tą metodą kilka przypadków polipów krtani. Dalej używają żegadła galwanicznego przy tem cierpieniu Schaeffer<sup>83)</sup>, B. Fraenkel (w 6 przyp.), Coy<sup>84)</sup>, który jest gorącym zwolennikiem tej metody przy brodawczakach krtani; sądzi on, że działa ona skutecznie przeciw recydywom. Semon<sup>85)</sup> pętlą gorącą usunął brodawczak, wychodzący z lig. ary—epiglot. sin. W ostatnich czasach z powodzeniem użyłem gorącej pętli u 20-letniej żydówki, dla usunięcia guza (włókniaka<sup>1)</sup>, umiejscowionego na wolnym brzegu nagłośni, będącego powodem kaszlu i duszności. Gottstein sądzi, że pętla galwanokaustyczna jest zbyteczna, kautery jednak często są doskonałe dla zniszczenia rozlanych, płaskich narośli lub resztek polipów po operacyi (np. kleszczami), a to dla uprzedzenia

recydyw. Schroetter w ostatniem swem dziele na str. 311 (V-ty zeszyt), mówiąc o leczeniu łagodnych guzów, tak się wyraża: „galwanokaustyka w krtani nie jest niezbędną, lecz może być stanowczo bardzo pożyteczną”. Radzi on dla uniknięcia rozpalenia całego kauteru resp. oparzenia nagłośni i innych części krtani (zdrowych), zastosować pochewkę, aż do platynowego końca. W ten również sposób postępują w szpitalu na Golder Square w Londynie (dr. Wolfenden). Ostrożność tę jednak uważam za zbytę. W obecnych—przez Hirschman'a z Berlina wyrabianych kauterach, rozpalenie to jest minimalne, prawie żadne. Baumgarten, który jest w ogóle przeciwnikiem galwanokaustyki w krtani, utrzymuje, że za dużo wytwarza się ciepła, ztąd obawa pochodzi obrzęków—pogląd nie wytrzymujący krytyki. Podobnie, jak przy łagodnych, można galwanokaustykę stosować i przy guzach złośliwych krtani i to, albo w celach dyagnostycznych (wycięcie kawałka dla badań drobnowidzowych, choć lepszą w tych razach jest kiureta podwójna Krausego, którą z powodzeniem użyłem w ostatnich czasach w przypadku raka krtani u 52-letniej kobiety), albo też w celach leczniczych. I tak G. Stoker <sup>86)</sup> zastosował z wielkim powodzeniem pętlę gorącą w przypadku złośliwego guza na lewej strunie głosowej. Schnitzler <sup>87)</sup> opisał przypadek nabłoniaka (epithelioma) krtani (na strunie głosowej), wyleczonego (po 20 latach bez recydywy) za pomocą galwanokaustyki. Z innych cierpień krtani, Voltolini stosował żegadło galwaniczne przy laryngitis chr. subglottica. Elsberg przy przymiotowych zwężeniach (błonach) krtani, toż samo i Gottstein, ten ostatni zwłaszcza przy bardzo twardych bliznach zaleca galwanokauter. Schroetter woli je usuwać nożem, jakkolwiek i galwanokaustyce nie odmawia w tych razach zalet. Botey <sup>88)</sup> stosował powyższą metodę przy prolapsus ventriculi Morgagni. Michelson <sup>89)</sup> przy pachydermii krtani. W analogicznym przypadku, dotyczącym 50-letniego mężczyzny, również z powodzeniem użyłem płaskiego kauteru. Mackenzie i Juffinger <sup>90)</sup> stosowali żegadło galwaniczne dla usunięcia varices na plicae ary epiglotticae. Jak widzimy więc z powyższego galwanokaustyka nawet i w krtani przy różnorodnych sprawach chorobowych może być z korzyścią stosowaną. Jest jednak jeszcze jedno cierpienie krtani, przy którym metoda ta może i powinna znaleźć szerokie, zdaniem mojem, zasto-



sowanie. Mam tu na myśli gruźlicę krtani. W pracy mojej „o miejscowym leczeniu t. zw. suchot krtaniowych”, drukowanej przed paru laty <sup>91)</sup>, mówiąc o galwanokaustyce, jako o jednej z metod leczniczych, przy tem cierpieniu stosowanych, wyraziłem się w następujący sposób: „dziwić się należy, że galwanokaustyka nie zdołała sobie wywalczeć pierwszorzędnego miejsca w rzędzie środków, przy gruźlicy krtani stosowanych”. Dalsze moje doświadczenie w tym kierunku w niczem nie zmieniło poglądu mego na tę kwestyę. Gottstein np. przypuszcza, że metoda ta dla tego przy gruźlicy krtani nie znalazła wielkiego zastosowania, że przy powierzchownem użyciu nie niszczy wszystkiego, co chore, a przy głębokiem wywołuje zbyt wielkie podrażnienie z następczym obrzękiem.

Mniej więcej w ten sam sposób wyraża się w tej kwestyi i Schroetter. Z tem wszystkim, zwolenników galwanokaustyki przy gruźlicy krtani jest już grono pokaźne. Na pierwszym miejscu postawić tu należy Gouguenheima <sup>92)</sup>, który metodę tę często, zwłaszcza przy polipowatych naroślach stosuje. Nie widział on przytem nigdy objawów obrzękowych. Dalej Sokołowski, Schmiegelow <sup>93)</sup>, Cahn <sup>94)</sup>, Srebrny <sup>95)</sup>, Schaeffer, Lublinsky, Schwendt <sup>96)</sup>, który tą drogą usunął nasięk na strunie prawdziwej prawej, dalej Cuttner <sup>97)</sup>, który po laryngotomii użył w przyp. gruźlicy krtani kauteru, poczem nastąpiło wyleczenie. Co się mnie tyczy, to jak to już w powyższej mojej pracy zaznaczyłem, należę do gorących w ogóle zwolenników galwanokaustyki przy tem cierpieniu. Aczkolwiek nie stosowałem jej dotąd w bardzo wielu przypadkach, w każdym razie ilość ich jest już dość pokaźna. Nigdy przytem nie widziałem obrzęków i dla tego utrzymuję, że obawa ta, będąca główną zdaje się przyczyną zbyt małego stosowania łęgadła galwanicznego w krtani jest co najmniej przesadzoną. Stosowałem metodę tę pod różnemi postaciami, najczęściej jednak, jako płaski kauter, przedewszystkiem w tylnej ściance krtani (przy nasiękach, owrzodzeniach, naroślach polipowatych, te ostatnie, jeśli znaczne, to lepiej pętlą gorącą), jako też na strunach fałszywych, oraz nagłośni. Z rezultatów byłem zawsze mniej lub więcej zadowolony i jakkolwiek od metody tej, jak od każdej innej przy tem cierpieniu zalecanej, nie możemy się spodziewać nadzwyczajnie cudownych rezultatów, t. j. wyleczenia każdego przypadku gru-

żlicy krtani, to nie mniej w wielu przynajmniej razach metoda ta sama lub wespół z innymi (curettement, w ogóle chirurgiczne leczenie) może dać względnie pomyślne wyniki, resp. zabliznienie owrzodzeń, usunięcie nasięków, wogóle więc t. zw. wyleczenie sprawy miejscowej w krtani. Na zaznaczenie zasługuje zastosowanie galwanokaustyki przez Pieniążka <sup>98)</sup> w tchawicy dla zniszczenia guza przez otwór tracheotomijny, co się autorowi najzupelniej udało.

## V. Galwanokaustyka w chorobach uszów.

I w cierpieniach uszów, jakkolwiek niezbyt rozległe, ma jednak galwanokaustyka swoje zastosowanie i to oddawna. Już bowiem Middeldorpf używał z powodzeniem pętli gorącej dla usunięcia polipów usznych. Hartman jednak przekłada w tych razach zimną nad gorącą pętlę. Na to jednak możnaby odpowiedzieć temi samymi argumentami, jakie z okazji polipów nosowych już miałem sposobność przedstawić. Mianowicie, nie ulega najmniejszej wątpliwości, że jak tu, tak i tam, t. j. zarówno przy usznych, jak i nosowych polipach pętla gorąca dla tego ma wyższość nad zimną, że: 1) jednocześnie przypala się resztki polipa, a więc do pewnego stopnia nie dopuszcza się recydyw, 2) krwawienie przy tej metodzie jest stanowczo mniejsze i 3) ból przy stosowaniu pętli gorącej jest mniejszy. Samo się przez się rozumie, że i tu, podobnie jak w nosie, a nawet w większym jeszcze stopniu, ze względu na delikatniejszy narząd, bliższe sąsiedztwo z oponami mózgu, należy być bardzo ostrożnym przy stosowaniu galwanokaustyki. Nie sądzę jednak, by większem zagrażało choremu niebezpieczeństwem użycie w tych razach gorącej, niż zimnej pętli. Ja przynajmniej nie miałem dotąd ani jednego przypadku, któryby mnie zniechęcił mógł do galwanokaustyki, zarówno przy polipach usznych, jako też i przy drugim cierpieniu, przy którym metoda ta ma dość szerokie zastosowanie. Mam tu na myśli granulacje na błonie śluzowej jamy bębnekowej (przy przewlekłych ropieniach ucha średniego), jako też resztki polipów. W obu tych razach galwanokaustyka stanowi dzielną metodę i jako taka zyskała sobie powszechne uznanie. Tak np. Politzer, jak wiadomo, pierwszorzędna powaga w otyjatrii powiada na str. 175, że galwanokaustyka pod postacią kauterów, bądź ostrych, bądź główkowych, wreszcie płaskich, odpowiednio zagiętych (jak

to np. stosujemy przy pharyngitis granulosa) stanowczo jest w tych razach najlepszą metodą. Tego samego zdania jest Trautman <sup>99)</sup> a nawet Hartman, jak wiadomo, jeden z największych w ogóle przeciwników galwanokaustyki. I rzeczywiście metodą tą najszybciej i najskuteczniej doszczętnie usunąć możemy dane cierpienie, a więc czy to granulacje, czy też resztki polipów. Żadnych przytem następstw szkodliwych, jakiegoś większego odczynu zapalnego nigdy nie widziałem przy stosowaniu tej metody. Na klinice Moosa w Heidelbergu stosują niezwykle często galwanokaustykę w cierpieniach usznych bezkarnie, że się tak wyrażę, jak o tem niejednokrotnie naocznie przekonać się mogłem; prof. Kirchner <sup>105)</sup> z Würzburga, w 4-em wydaniu (z roku 1892) swego podręcznika chorób usznych na str. 166, tak się w tej kwestyi wyraża: „Sehr gute Dienste leistet ferner bei Granulations wucherungen der Paukenhöhle die Galvanokaustik, die vor allen Aetzmittel deswegen den Vorzug verdient, weil durch sie, wenn man die nöthige Technik beherrscht und vorsichtig operirt, keine Reactions erscheinungen nachtäglich verursacht werden. Die Schmerzen sind bei der Galvanokaustik unbedeutend und dauern gewöhnlich nicht länger an, als der glühende Platinbrenner mit den Wucherungen in Berührung bleibt”. Co się tyczy innych cierpień usznych, to Voltolini i Delstanche stosowali galwanokaustykę przy zwężeniach przewodu zewnętrznego słuchowego wskutek exostoses. Moos wyleczył jeden przypadek tego cierpienia przez kombinację galwanokaustyki i laminaria. Niektórzy, jak Hartman, zalecają czasami kauter dla utworzenia sztucznego otworu w błonie bębenkowej, co jednak według Politzera nie jest dobrem. Wreszcie w ogóle dla guzów (łagodnych i złośliwych) w przewodzie zewnętrznym słuchowym (Baumgarten, Charasac <sup>106)</sup> galwanokaustyka stanowi metodę bardzo odpowiednią.

Na zakończenie słów parę, jakich i jak używać aparatów galwanokaustycznych? Jest ich pokaźna liczba. Największem jednak i to zupełnie zasłużonem cieszy się powodzeniem aparat Bruns'a, wprowadzony do terapii rhino i laryngologicznej przez Schech'a. U nas również przez wszystkich, zdaje się, specjalistów jest używanym. Składa się on, jak wiadomo z węgla i cynków, oraz kwasu siarczanego, dwuchromianu potasu i nieco dwusiarku rtęci.

Ponieważ wspólną wadą wszystkich aparatów galwanokautycznych jest to, że szybko się psują, należy więc unikać wszystkiego tego, co temu sprzyjać może. Najważniejszym jest — i to należy postawić sobie za kardynalną zasadę, by po każdym użyciu bateryi, oplukać doskonale elementy w wodzie, ku czemu służyć mogą, specjalne kubły blaszane. Drugą niemniej ważną ostrożnością, o której pamiętać należy jest to, ażeby nie trzymać zbyt długo zanurzonych elementów w płynie: tyle tylko, ile dla danego przypalenia lub odcięcia jest niezbędnem. Do aparatu powyższego używane są obecnie rączki, pomysłu Kuttnera, asystenta prof. Krausego w Berlinie, wykonane przez znaną firmę Hirschmana (w Berlinie). Dobre są również i dawniejsze — pomysłu Schech'a. Jaki drut używać do pętli? Otóż Middeldorpf jeszcze, a obecnie Schech radzą tylko platynowy. Ma on jednak wiele wad, przedewszystkiem jest bardzo drogi, dalej gnie się łatwo, co utrudnia nałożenie go np. na muszlę lub polip. I dla tego to Voltolini, jako też większość lekarzy (Semon, Dunn <sup>100</sup>) etc.) go nie stosują. Natomiast, podobnie, jak i ja i inni, używają tylko drutu stalowego pod postacią zwykłych strun. Jest on rzeczywiście pod każdym względem najodpowiedniejszym.

Stosowanie galwanokautyki jest absolutnie nieboleśnym, dzięki naturalnie kokainie (20<sup>01</sup>o). Dalej jest to metoda najzupełniej niewinna, pomimo bardzo stosunkowo rozległego stosowania galwanokautyki, nie widziałem dotąd ani razu poważniejszych następstw. Raz tylko jeden u 20-to-kilko-letniej guwernantki po odcięciu pętłą gorącą prawego przerosłego migdała, oraz przypaleniu lewego, wystąpił lekki obrzęk zapalny języczka i łuku ze strony prawej, który po kilku dniach przy zwykłych środkach ustąpił.

W tym razie jednak powikłanie było uwarunkowane wyczerpywaniem się bateryi (płyn zbyt długo był używany), ztąd przypalenie było zbyt powierzchowne, co spowodowało podrażnienie z następczym obrzękiem. Quinlian <sup>101</sup>) jednak wspomina o przypadku, zakończonym śmiercią u 70-cio-letniego osobnika po słabem przypaleniu muszli średniej. Pojedynczy ten przypadek zresztą nie może żadną miarą wpłynąć na zdyskredytowanie danej metody, którą bądź co bądź jednak należy stosować z zachowaniem wszelkich ostrożności.

Jedną z najbardziej ujemnych stron galwanokaustyki, zwłaszcza pod postacią kauterów (w nosie—przy przeroście muszel) stosowanej, jest tworzenie się wysięku włóknikowego, pod postacią błon rzekomych grubych, mięsistych, po usunięciu których tworzą się nowe, mniej już grube zazwyczaj błony. Przedłużają one zazwyczaj okres pooperacyjny, wywołując często nieprzyjemne dla chorych objawy (jako to zatkanie nosa, katar etc.). Na fakt ten należy zwracać uwagę i chorego w pewnych zwłaszcza dniach po operacji pilnie obserwować, zwłaszcza w tych przypadkach, gdzie z powodu wąkości miejsca (np. przy operacjach na muszlach środkowych w nosie) mogą nastąpić zrosty, jak to np. raz jeden mnie się przytrafiło. W przypadku tym (u 35-letniego urzędnika) w parę miesięcy dopiero przypadkowo z okazji innego cierpienia skonstatowałem zrost średniej muszli z odpowiednim odcinkiem przegrody nosa, co jednak żadnych absolutnie nie pociągnęło za sobą następstw. Ciekawe są badania bakteryjologiczne, jakie Maggiora i Gradenigo<sup>102)</sup> w ostatnich czasach przeprowadzili nad pseudomembranami, jakie powstają w nosie po operacjach galwanokaustycznych. Znaleźli oni mianowicie w błonach—*staphylococcus pyogenes aureus*. Przypuszczają, że bakteryje te znajdują się w nosie przed operacją i że one to właśnie wywołują owe błony rzekome. I dla tego to radzą bardzo sumiennie dezynfekować dane miejsce przed operacją.

Bardzo ważnem jest również i leczenie pooperacyjne, winno być one w całym tego słowa znaczeniu antyseptycznym. Być bardzo może, że tylko bardzo energicznemu stosowaniu środków antyseptycznych, w okresie pooperacyjnym zawdzięczam to, że nigdy, jak to już wspomniałem powyżej, nie miałem żadnych powikłań. Stosuję najczęściej bezpośrednio po operacji galwanokaustycznej, obfite zasypywanie danego miejsca jakimś proszkiem antyseptycznym (najczęściej aristol—sam lub w połączeniu z mentolem etc.). Bardzo odpowiednim wydaje mi się insufflator Kabiersky'ego, jeśli chodzi o nos, ucho lub gardziel, Krause'go zaś (mechaniczny) przy operacjach w krtani i jamie nosogardzielowej. Błon najczęściej nie zdejmuję często, gdyż przez drażnienie nowe się wytwarzają zazwyczaj, zresztą jest to zawsze dla chorego rękoczyn bolesny. Zwykle w kilka dni strupy, albo same się oddzielają lub pincetą się je zdejmują.

je. Niektórzy autorowie np. Bresgen, gorąco zachwalają użycie pyoctaniny (0,3:10,0) na wacie do wcierania po operacji galwanokaustycznej, codziennie w ciągu 6—8 dni, przy czym jakoby gojenie następować miało prędzej, strup ma być cieńszy, łatwiej dający się usuwać. Ja jednak nie widziałem jakiegoś większego wpływu dodatniego na przebieg pooperacyjny, a ponieważ środek ten ma przytem i swoje wady (plami ubranie etc.), obecnie więc go już nie używam. Bresgen zaleca również maść z lanoliny i parafiny, którą w kilku przypadkach zastosowałem z względem jednak powodzeniem.

Streszczając nasze uwagi w kwestyi stosowania galwanokaustyki w cierpieniach gardła, krtani, nosa i uszów, przychodzimy do przekonania:

że; 1) jest to metoda nieoceniona, niczem nie dająca się zastąpić w leczeniu różnorodnych cierpień górnego odcinka dróg oddechowych.

2. Największe jednak zastosowanie znajduje galwanokaustyka w cierpieniach nosa, przedewszystkiem przy leczeniu przerostów muszel, jako też guzów (polipów).

3. Niemniej skuteczną jest w cierpieniach jamy nosogardzielowej—mianowicie przy leczeniu operacyjnem guzów (włókników).

4. Bardzo nadają się do leczenia pewne sprawy chorobowe w jamie ustnej i gardzielowej. Na pierwszym miejscu wymienić tu należy pharyngitis granulosa i hypertrophia tonsillarum, przy których żegadło galwaniczne daje znakomite rezultaty, redukując np. stosowanie tonsillotomu przy przeroście migdałków do dziecinnej przeważnie praktyki.

5. Daleko mniejsze zastosowanie i to zdaniem naszym, niesłusznie znalazła ta metoda przy cierpieniach krtani.

6. Gruźlica krtani nadaje się par excellence do leczenia.

7. Wreszcie przy cierpieniach uszów, mianowicie sprawach granulacyjnych, polipach, galwanokaustyka stanowi jedną ze skuteczniejszych metod leczniczych.

#### LITERATURA.

- 1) Schech: „Die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase”, 3-cie wyd., p. 104, 1890. 2—4) Voltolini: „Die Krankheiten der Nase und des Nasenrachenraumes”, 2-gie wyd., 1888. 5) I. C. 1887, p. 420. 6 i 7) u Schech'a (l. c.). 8) Hedinger: „Die Galvanocaustic seit Middeldorpf“, 1878. 9) I. C., 1885, p. 343. 10) I. C., 1885, p. 105. 11) I. C., 1886,

- p. 284. 12) I. C., 1886, p. 529. 13) I. C., 1887, p. 75. 14) I. C., 1891, p. 441. 15) I. C., 1891, nr. 5. 16) Mac-Intyre: „On the use of electricity in diseases of the throat“, Journ. of Laryng., 1891, nr. 2. 17) J. of L., 1892, I. 18) Bresgen: „Krankheits und Behandlungslehre der Nasen, Mund und Rachenhöhle, sowie des Kehlkopfes und der Lufröhre“, 1891, II wyd. 19) Mackenz: „Die Krankheiten des Halses und der Nase“, tłóm. niem. (Semon'a), 1880 i 1884. 20) Moldenhauer: „Die Krankheiten der Nasenhöhlen, 1886. 21) Moure. „Maladies des fosses nasales“, 1886. 22) Politzer: „Lehrbuch der Ohrenheilkunde“, 2-gie wyd., 1887. 23) Hartman: „Die Krankheiten des Ohres“, 4-te wyd., 1889. 24) Jurasz. „Die Krankheiten der Oberen Luftwege“, 1891, I i II cz. 25) Flatau: „Laryngoscopie und Rhinoscopie“, 1890. 26) Schroetter: „Vorlesungen ueber die Krankheiten des Kehlkopfes etc., 1—5 zes., 1887—1891. 27) Schnitzler: „Klinischer Atlas der Laryngologie und Rhinologie“ etc. 1891, 1 i 2 zes. 28) Mac-Donald: „A treatise of discases of the nose“, 1890, London. 29) Sędziak: „Kwas trójchlorooctowy w chorobach gardła, krtani, nosa i uszów“, Gaz. Lek. 1890. 30) Laker: „Die Heil-Erfolge der inneren Schlermhaut massage“, 1892. 31) Przedborski: „Nieżyt przewlekły nosa przerostowy“ etc., Gaz. Lek. nr. 27, 1888. 32) I. C., 1891—6. 33) I. C. 1885, p. 105. 34) I. C., 1886, p. 533. 35) I. C., 1886, p. 286. 36) I. C., 1891, I. 37) Sędziak: „O zboczeniach przegrody nosa“, Przegląd Lek., 1891 r. 38) I. C., 1887, p. 285. 39) I. C., 1886, p. 372. 40) I. C., 1885, p. 104. 41) I. C., 1885, p. 338. 42) I. C. 1886, p. 104. 43) I. C., 1886, p. 111. 44) I. C., 1885, p. 12. 45) I. C., 1885, p. 45. 46) I. C., 1887, p. 364. 47) Cozzolino: „Les instruments et la technique chirurgicale, employés dans les affections des sinus du nez“, An. d. Mal. de l'or. 12, 1891. 48) I. C., 1891, nr. 2. 49) Cheatham: „Tumours of the nosopharynx, pharynx and larynx“, N. Y., 1891. 50) I. C., 1885, p. 10. 51) I. C., 1885, p. 38. 52) I. C., 1886, p. 207. 53) I. C., 1887, p. 236. 54) I. C., 1891, nr. 2. 55) I. C., 1885, p. 108. 56) I. C., 1885, p. 278. 57) I. C., 1887, p. 167. 58) Sędziak: „O leczeniu przerostu migdałków“, Kr. Lek., 1890. 59) Jahr. Virch. 1890. 60) I. C., 1889, p. 550. 61) I. C., 1889, p. 562. 62) I. C., 1891, nr. 3. 63) I. C., 1890, p. 487. 64) Jour. of Lar., 1891, 3. 65) Wróblewski: „Przyczynek do patologii i terapii migdałka językowego“, Gaz. Lek., 1892. 66) Jour. of Lar., 1891—6. 67) I. C., 1887, p. 376. 68) I. C., 1886, p. 285. 69) I. C., 1891—2. 70) Zeit. f. Ohr., 1891, 12. 71) I. C., 1888, p. 186. 72) I. C., 1889, p. 161. 73) J. of Lar., 1891—11. 74) I. C., 1886, p. 257. 75) I. C., 1885, p. 119 i 144. 76) I. C., 1885, p. 11. 77) I. C., 1890. 78) J. of Lar., 1888—3. 79) I. C., 1861—7. 80) I. C., 1891—4. 81) J. of Lar., 1892—1. 82) I. C., 1892—4. 83) I. C., 1886, p. 351. 84) I. C., 1888, p. 104. 85) I. C., 1891—6. 86) J. of Lar. 1891—5. 87) I. C., 1888, p. 363. 88) I. C., 1892—3. 89) Michelson Berl. klin. Woch., 1892, nr. 7. 90) Monat. f. Ohr., 1892, nr. 2. 91) Kronika Lek., 1889. 92) I. C., 1885, p. 121. 93) I. C., 1885, p. 387. 94) I. C., 1886, p. 450. 95) Gaz. Lek., 1892. 96) I. C., 1892—7. 97) Jour. of Lar., 1892—I. 98) I. C., 1885, p. 26. 99) Kr. Lek., 1892—3. 100) I. C., 1891—I. 101) Jahr. Virch., 1890. 102) I. C., 1891—2. 103) Sędziak: „W kwestyi rozpoznawania, oraz leczenia t. zw. wyrosli adenooidalnych“, Gaz. Lek., 1890. 104) Monat. f. Ohr., 1891. 105) Kirchner: „Handbuch der Ohrenherkunde“, 4-te wyd., 1892, p. 166. 106) Charazac: Contribution à l'étude der tumeurs malignes de l'orcille“. Rev. de Lar., nr. 1 etc., 1892.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. Patologija ogólna i Medycyna wewnętrzna.

146. G. KLEMPERER. **O stosunku rozmaitych produktów bakterji do immunizacji i leczenia.** (*Zeitschrift f. klin. Medicin. Bd. XV, 1892, str. 163*).

Rozróżniamy dwa rodzaje przetworów, otrzymywanych z bakterji, toksalbuminy i proteiny. Pierwsze powstają w podłożu, dzięki rozwijaniu się w nim pasorzytów i mają własność wywoływania odporności przeciwko odpowiedniej chorobie, jeżeli zastrzykiwać je zwierzętom w małych, lecz coraz zwiększających się dawkach. Ciała te rozkładają się przy wrzeniu. Drugie są ciałami białkowemi, znajdującemi się w samych bakterjach. Znajdują się one we wszystkich hodowlach w znacznem rozcieńczeniu i mogą być otrzymane w znaczniejszej ilości przy gotowaniu odpowiednich czystych hodowli. Przy wrzeniu nie rozkładają się. Typem ich jest tuberkulina.

Autor podaje własności niektórych toksyn i toksalbumin. Z pomiędzy pierwszych opisuje on: a) *Pneumoproteinę*. Otrzymuje się ją po 2-godzinnem gotowaniu 8—12 dniowych hodowli w buljonie, wyparowaniu ich do  $\frac{1}{5}$  części, przefiltrowaniu przez filtr gliniany, strąceniu przesączu wysokim, rozpuszczeniu osadu w wodzie i ponownem strąceniu go. Otrzymany żółtawo-brunatny proszek rozpuszcza się w gorącej wodzie; 0,3—1,0 g. zastrzyknięte królikowi, wywołują po 2—3 godzinach gorączkę, trwającą 3—8 godzin. Powtarzając to samo zastrzyknięcie co 3—6 dni, można zwierzę do dawki tej przyzwyczaić. Wtedy dla otrzymania gorączki należy mu zastrzykiwać ilość coraz większą. W końcu zwierzę chudnie i zdycha. Zastrzykiwanie pneumoproteiny zwierzętom, szczepionym pneumokokami, nieprowadza wyleczenia. Również zwierzęta, które znosiły już 2,25 gr. pneumoproteiny, nie były bynajmniej odporne na szczepienie pneumokoków. b) *Proteinę b. pyocyanei*. Otrzymywał ją z hodowli kartoflanych i buljonowych. 0,1—0,7 g. tego przetworu wywołuje u królików gorączkę, trwającą 6—14 godzin, dochodzącą do 41,2°. Stopniowo można je przyzwyczaić do działania tej toksyny. Szczególnym jest stosunek pyocyjaniny do tuberkuliny. Autor szczepił tę ostatnią królikom w dawkach 0,1—1,0. Z początku odczyn był bardzo silny, stopniowo jednak można było zwierzę doprowadzić do tego, że nie oddziaływało na 1,0 tuberkuliny. Otóż w takich zwierząt szczepienie pyocyjaniny nie wywoływało gorączki. Odwrotnie zwierzęta, przyzwyczajone do działania pyocyjaniny, nie oddziaływały na stosunkowo duże dawki tuberkuliny. Następnie zwierzęta, szczepione lasecznikami gruźliczemi, reagowały na pyocyjaninę tak samo silnie, jak na tuberkulinę. To samo stwierdził autor na 4 suchotnikach (za ich zgodą). Odczyn niczem nie różnił się od odczynu na tuberkulinę, c) *Proteinę micrococci prodigiosi*. Przygotowanie jej, własności i sto-



sunek do tuberkuliny są takie same, jak i pyocyjaniny. Hodowla m. prodigiosi działa na zwierzęta, nie szczepione jego proteina i na szczepione nią jednakowo, mianowicie, wywołuje 1—2 dniową gorączkę po zastrzyknięciu do żyły usznej. d) *Proteine bacterii coli*. Przygotowuje się ją, jak pneumoproteinę. Własności jej są takie same, jak powyższych dwóch. e) To samo odnosi się do *proteiny wąglika*.

W końcu więc autor stawia wniosek, że proteiny rozmaitych bakterij są analogiczne z tuberkuliną; wywołują one ten sam odczyn u zwierząt. Szczepienie badanych protein nie prowadzi ani do immunizacji, ani do leczenia.

Przechodząc do toksalbumin, czyli toksyn, autor rozbiera wyłącznie dane, otrzymane na *pneumotoksynie*. Przekonał się on, że jeżeli przygotować ją przy ujemnem ciśnieniu i 60°, wtedy ilość jej o połowę mniejsza wystarczy dla immunizacji królika. Króliki zdychają przy infekcji pneumokokami dla tego, że zanim pod wpływem wytwarzanej przez ostatnie toksyny rozwinię się antitoksyna (3 dni), działanie pierwszej będzie już za wielkie. Wprowadzając zaś od razu w krew królików żywe hodowle, osłabione przez rozwijanie ich w ciągu dwóch dni przy 40° C., i pneumotoksynę, można, dzięki ostatniej, wywołać tworzenie się antitoksyny od pierwszej chwili i przez to zwierzę niechybnie uratować. Pneumotoksynę trzeba jednak zastrzykiwać po 2 razy dziennie przez kilka dni z rzędu, počawszy od chwili szczepienia pneumokokami. Po 2—3 dniach zastrzykiwanie to pozostaje bez skutku. Fakt ten polega na tem, że wprowadzona do ustroju od razu gotowa toksyna wywołuje tworzenie się antitoksyny, nie mając sama przez się tych trujących własności, które posiada toksyna, wytwarzająca się dopiero pod wpływem żyjącego pasorzytu w krwi. Ztąd prawo, że immunizacja jest możliwa już po natąpionej infekcji, jeżeli zastrzykiwać zwierzęciu dostateczną ilość substancji immunizującej, lecz nie mającej już własności trujących.

W. Janowski.

#### 147. Leczenie ogólnych zakażeń ropotwórczych za pomocą wywoływania ropni podskórnych.

FOCHIER. (Thérapeutique des infections pyogènes généralisées). (*Lyon médical*, nr. 34, 1891).

LÉPINE. (Sur une nouvelle méthode de traitement de la pneumonie en imminence de suppuration). (*Semaine médicale*, nr. 11, 1892).

DIEULAFOY. (Du traitement de la pneumonie par les injections de térébenthine). (*Semaine médicale*, nr. 16, 1892).

Mianem ogólnych zakażeń ropotwórczych Fochier (prof. kliniki położniczej w Lyonie) nazywa grupę chorób zakaźnych, w których przejawia się skłonność do powstawania ropni w różnych organach i w rozmaitych okolicach ciała. Do rzędu takich chorób należą: ropnica, róża, ostre zapalenie szpiku kostnego i kilka innych chorób, które, nie mając w zwykłych warunkach skłonności do ropienia, mogą jednakże niekiedy sprowadzać ogólne zakażenie ropotwórcze. Do rzędu takich

należą: grypa, tyfus i zapalenie płuc krupowe. Łącząc wszystkie te cierpienia w jedną grupę, F. uważa jednakże za prototyp ogólnego zakażenia ropotwórczego gorączkę połogową i wnioski swe głównie na niej opiera. Spostrzegając liczne przypadki gorączki połogowej, F. zauważył następującą osobliwość: ilekroć w przebiegu tego cierpienia występują objawy ropienia umiejscowionego (flegmona piersi, dołu biodrowego lub gdziekolwiek pod skórą, zapalenie jednego stawu, ograniczone przewlekłe zapalenie otrzewnej lub wrzescie salpingo-oophoritis), natychmiast objawy ogólnego zakażenia łagodnieją. To też, aczkolwiek same ropnie ze względu na swe umiejscowienie mogą niekiedy zagrażać niebezpieczeństwem, można jednakże uważać je poniekąd za zbawienne pod względem wpływu na zakażenie ogólne, F. nazywa je *d'abcès de fixation*. O wiele gorzej pod względem rokowania przedstawiają się te przypadki, w których zamiast takich ropni umiejscowionych powstają rozległe flegmony podskórne, rozlewające się i szerzące z szybkością. Zanim sprawa może tu dojść do ustalenia (*fixation*) i do zropienia, chory umiera. Nakoniec w przypadkach bardzo gwałtownego zakażenia śmierć następuje wprzód, nim się zdolają wytworzyć jakiegokolwiek miejscowe nacieczenia. Opierając się na wyżej przytoczonych faktach, F. wpadł na myśl wywoływania sztucznych ropni podskórnych w celu leczniczym. Po niezupełnie dodatnich próbach z mocno zakwaszonym roztworem chininy i z azotanem srebra, które drażniły za słabo, F. zastosował podskórne wstrzykiwania terpentyny. Wstrzykiwania takie robił w sześciu przypadkach bardzo ciężkiej gorączki połogowej. W pierwszym przypadku, w którym choroba ciągnęła się dni dziesięć i wywołała zapalenie prawego stawu barkowego i udowego, oraz zapalenie okołomaciczne, po wstrzyknięciu terpentyny w okolicę podbrzuszną i na ramieniu nastąpiła prawie natychmiastowa poprawa stanu ogólnego. Na miejscu zastrzyknięć wytworzyły się ropnie wielkości pięści, które F. poprzecinał. Pomimo to w dalszym przebiegu cierpienia chora uległa jeszcze ostremu zapaleniu nerek, zapaleniu naczyń oka i wrzescie wytworzeniu się ropnia na udzie, poczem dopiero odzyskała zdrowie. Powikłania te F. tłómaczy tem, iż bał się robić więcej wstrzykiwań terpentyny, tymczasem pierwotne dwa zastrzyknięcia nie wystarczały. W drugim przypadku (*nephritis gravidarum, febris puerperalis, congestio pulmonum, prostratio*), a także w trzecim (*febris puerperalis, oophoritis suppurativa, albuminuria, prostratio*) i w czwartym (*febris puerperalis, anaemia*) wynik wstrzykiwań był jak najlepszy. Zaraz po ich zastosowaniu stan ogólny się poprawiał, i wyzdrowienie następowało bez powikłań. W piątym i szóstym przypadku stan ogólny nie był ciężko dotknięty, natomiast miejscowo znajdowano wysięki okołomaciczne, przechodzące w ropienie. Pomimo wstrzykiwań podskórnych doszło do wytworzenia ropni w miednicy, które otworzono przez pochwę.

Opierając się na powyższych danych, F. gorąco zaleca

dalsze próby nad omawianym sposobem leczenia chorób zakaźnych. Sam rękoczyn wykonywa on w następujący sposób: pod skórę kończyn lub na brzuchu wstrzykuje terpentynę w ilości 1 sześć. cent. do 3 i więcej naraz. Wstrzykiwania takie w miarę potrzeby powtarza później parę lub kilkakrotnie. W godzinę do 6 godzin po wstrzyknięciu zjawia się na miejscu tegoż gwałtowny ból, a następnie inne objawy zapalne. Powstałe wskutek takich wstrzykiwań ropnie, raz przebiegają z charakterem ostrym, drugi raz — z przewlekłym. Odpowiednio do tego F. w jednych przypadkach krócej, w innych dłużej wyczekuje z ich otwieraniem. Badanie bakteriologiczne ropy, wziętej z takich ropni, w dwóch przypadkach dało wynik ujemny, w jednym zaś znaleziono streptococcus (terpentyna nie była wyjałowiona). Za wskazane do tego rodzaju leczenia F. uważa te przypadki zakaźnych gorączek ropotwórczych, w których nacieczenia zapalne nie mają skłonności do przechodzenia w ropnie ustalone (*abcès de fixation*), lub te, w których niepomiarnie ciężki stan ogólny nie pozwala czekać na takie ustalenia, lub też wreszcie takie, w których ustalające się ropnie stają się same groźnymi przez swe umiejscowienie. Działanie takich sztucznych ropni na ogólne zakażenie F. objaśnia odciąganiem (*revulsio*). Odciągają one ze krwi pierwiastki szkodliwe i w ten sposób usuwają zakażenie.

Zalecane przez prof. Fochiera podskórne wstrzykiwania terpentyny, wykonał następnie prof. Lépine w bardzo ciężkim przypadku prawostronnego zapalenia płuc. Przypadek ten dotyczył 36-letniego mężczyzny. W ciągu paru dni całe prawe płuco uległo zapaleniu, w lewym płuco wystąpiły objawy obrzęku, ciepłota powyżej 40°, tętno słabe i częste, oddechów 80 na minutę, deliria, adynamia. Upust 300 grm. krwi na stan chorego wpłynął nie wiele. 10 dnia wystąpiły objawy *hepatisationis griseae* (płwocina ropna, rżenia wilgotne etc.); pomimo to stan pogarszał się stale. Ciepłota, która czasowo nieco opadła, znowu się podnosiła. Przypadek był rozpaczliwy; wobec tego w 12 dniu choroby L. zastrzyknął choremu po szpryce Pravatza terpentyny w każdą kończynę. Następnego dnia ciepłota opadła do 38,7° rano i 38,5° wieczorem. Na miejscach zastrzyknięcia szybko poczęły się wytwarzać flegmony, które przeszły w ropienie i w 6 dni po zastrzyknięciu zostały przecięte. Przez cały ten czas ciepłota wahała się od 38,5 do 39, po przecięciu zaś ropni spadała poniżej 38 i taką już pozostała do zupełnego wyzdrowienia. Stan ogólny poprawił się znakomicie zaraz po zastosowaniu wstrzykiwań; apetyt powrócił jeszcze przed przecięciem ropni. L. zachęca do dalszych prób, radząc jednakże wyczekiwać z iniekcjami do wystąpienia objawów *hepatisationis griseae*.

Na posiedzeniu lekarzy paryzkich w „*Société médicale des hopitaux*”, Dieulafoy zakomunikował jeszcze jeden przypadek, leczony podług sposobu Fochiera. 47-letnia kobieta, która przed miesiącem przebyła grypę, uległa teraz dwustronnemu zapaleniu płuc. Ciepłota przeszła 40°, oddechów 40 na

minutę, tętno 150, adynamia, płwocina ropna. Uważając przypadek za stracony, D. wstrzyknął pod skórę 4 szpryczki terpentyny, na każdej kończynie po szpryce. Na miejscu zastrzyknięć gwałtowne bóle, poczem wytworzyły się rozległe ropnie. Wzięta z nich ropa nie zawierała mikrobow. Zupelne wyzdrowienie.

Z dyskusyi, która się wywiązała z powodu tego komunikatu, zasługuje na uwagę głos Netter'a, który spostrzegał flegmony podskórne w dwóch przypadkach zapalenia płuc po nieczysto wykonanych wstrzykiwaniach eteru. W ropie, ztąd otrzymanej, znaleziono pneumokoki. S.

148. Dr. R. SCHMITZ. **O znaczeniu dla rokowania i o przyczynach białkomoczu przy cukrzycy.** (Ueber die prognostische Bedeutung und die Aetiologie der Albuminurie bei Diabetes. (Berl. Klin. Wochenschr., nr. 15, 1891).

Białkomocz nie należy do stałych objawów moczołki cukrowej, częściej jednak, według danych autora, występuje przy tem cierpieniu, niż przypuszczają Garrud (10%) i Busch (25,5%).

O istocie i prognostycznym znaczeniu omawianego powikłania cukrzycy panowały rozmaite poglądy, które do dziś dnia są jeszcze sprzeczne. Jedni, dzielając zapatrywania dawniejszych klinicytów, uważają białkomocz cukrzycowy za zjawisko bardzo groźne, i czynią go zależnym od miąższowego zapalenia nerek, będącego jakoby następstwem zwiększonego moczenia respect. nadmiernej czynności nerek. Inni, na czele których stoją tak wybitne autorytety, jak Senator, Frerichs i Cantani, nie upatrują w rzeczonyj komplikacyi—objawu choroby Bright'a, a uważają tak białkomocz, jako też nieznaczne obrzęki twarzy i kostek, występujące u dyabetyków, za wyraz ogólnego wyniszczenia. Niemniej ciemną jest jeszcze kwestya etjologii w mowie będącego powikłania. Według Senatora zaburzenia w odżywianiu nabłonka nerkowego umożliwiają przenikanie białka, Cantani zaś przypuszcza, że wskutek zwiększonego oddawania moczu przyspiesza się łuszczenie nabłonka nerkowego, którego regeneracyja przy upośledzonym ogólnem odżywianiu organizmu nie tak szybko postępuje, jak w ustroju zdrowym. Obniżone tedy z nabłonka kanaliki moczowe sprzyjają przenikaniu białka.

Autor na mocy wielolicznego materiału, bo aż 1,200 przypadków, zebranego przezeń w ciągu 27-letniej praktyki w Neuenahr, rzuca zupełnie nowe światło na prognostykę, patogenezę i etjologiję omawianej komplikacyi.

Białkomocz cukrzycowy nie jest wcale—zdaniem autora—zjawiskiem tak złowrogim, za jakie go zwykli przyjmować, gdyż w wielu przypadkach trwał w mniejszem lub większem natężeniu 5—14 lat, nie przyczyniwszy się bynajmniej do śmierci pacjentów, którzy umierali, bądź wskutek coma diabeticum, bądź też wskutek ostrej niedomogi serca. Również bezzasadnem wydaje się autorowi stawiać w mowie będące powikłanie w genetycznym związku z chorobą Bright'a, ani razu bowiem nie udało mu się wykryć w moczu, oprócz białka, żadnych

pierwiastków upostaciowanych, któreby wskazały na zmiany anatomiczne w nerkach. Nigdy też nie występowała mocznica, a przypadki puchliny ogólnej były stosunkowo bardzo nieliczne. Za to niejednokrotnie spostrzegać się dały lekkie obrzęki twarzy i kostek przy braku obecności białka w moczu. Fakt ostatni skłania autora do przyjęcia nauki Frerichs'a, czyniącego puchlinę dyjabetyków zależną od ogólnego wyniszczenia ustroju. Jeśli jednak w przebiegu cukromoczu zapalenie nerek istotnie występuje, to podług autora kłaść je trzeba na karb innych komplikacyj, jak gruźlicy, wad sercowych i arteryjiosklerozy, na co również pierwszy zwrócił uwagę Frerichs.

Co się tyczy sposobu powstawania białkomoczu w przebiegu diabetes, autor uwzględnił dwa momenty etjologiczne: ciągle konsumowanie jaj przez dotkniętych cukrzycą i zapalenie pęcherza (patrz refer. Kr. Lek., nr. 5, 1891). Twierdzenie swoje odnośnie pierwszego czynnika etjologicznego, przeczącego doświadczeniom Schreiber'a i Prior'a, popiera autor obserwacjami, dołączonemi do pracy referowanej, które bardzo dobitnie dowodzą słuszności tego poglądu. Często atoli białkomocz występuje u dyjabetyków wcale jaj i jajecznic nie konsumujących. W takich razach autor za przyczynę rzeczowej komplikacji uważa zapalenie pęcherza i następcze nieżytowe zapalenie miedniczek i nerek.

*E. Wilk.*

148. REVERLEY ROBINSON. **Leczenie suchot płucnych za pomocą kreozotu.** (On the use of creosote in the treatment of pulmonary phthisis). Rzecz czytana w Akademii Lekarskiej w Nowym-Yorku. (*Medical Record*, 27 Lutego 1892).

Na mocy spostrzeżeń własnych i wielu lekarzy europejskich autor dochodzi do wniosku, że leczenie suchot płucnych za pomocą kreozotu daje bardzo dobre wyniki, wywierając wpływ dodatni zarówno na objawy ogólne, jak i miejscowe. Przy leczeniu tem częstość i natężenie kaszlu zmniejsza się, zwłaszcza w początkowym okresie, ale i w późniejszych okresach, kiedy wytworzyły się jamy, napady kaszlu zmniejszają się stanowczo w miarę stosowania przez czas dłuższy kreozotu. Podobnie ilość płwociny i jej cechy zmieniają się znacznie, z żółtej lub zielonej staje się ona szarawą, bezbarwną i pniastą. Spostrzegać się daje również przyrost wagi ciała, wynoszący 2 do 3 funtów, a w rzadkich przypadkach 10 do 20 f. i w ogóle poprawa odżywianie, oddech staje się głębszym i pełniejszym. Autor spostrzegał też nieraz znikanie gorączki i potów nocnych. Laseczniki według autora znikają niekiedy (? ref.). W wielu razach rzężenia wilgotne, ograniczone do szczytów, znacznie słabły; zdarzało się też, że zupełnie znikaly.

Po kilku miesiącach leczenia kreozotem oddech stawał się mniej zastrzonym, a stłumienie więcej ograniczonym. Tu autor robi uwagę, że skutki takie spostrzegał u wielu chorych, którzy poprzednio leczeni byli bez skutku rozmaitemi innymi środkami (tranem, fosforanami, słodem, arsenikiem, strychniną i t. p.). Przeciwwskazania nader nieliczne. Najczęściej

skutki uboczne. wywołuje zbyt rychle zwiększanie dawki, niezastosowane do idyjosynkrazji osobnika. W tych razach należy zmniejszyć dawkę, albo nawet przerwać na czas jakiś stosowania kreozotu, a następnie zacząć od małych dawek i stopniowo je zwiększać. Autor zaleca tylko kreozot z drzewa bukowego, który podaje w ilości od  $\frac{1}{2}$  do 1 grana 3 razy dziennie, zwiększając stopniowo częstość dawki i dochodząc do przepisywania w 2-godzinnych odstępach, o ile żołądek znosi. Przy zwiększaniu dawki lub dłuższem stosowaniu dużych dawek spostrzegał niepożądane objawy, wbrew zdaniu Sommerbrodta, Guttmanna i Baumetza <sup>1)</sup>. Na stosowanie kreozotu per rectum, oraz w postaci wstrzykiwań podskórnych (kreozot w wyjałowionej oliwie), autor zapatruje się dość sceptycznie. Wielką za to wartość przyznaje częstym i ciągłym wziewaniom kreozotu, które uważa za nader ważny środek pomocniczy przy użyciu wewnętrznem tego środka. Płyn, używany przezeń do wziewań, składa się z 1 cz. kreozotu i 8 cz. wysokoku. Na jedno wziewanie wyskokowe używa około 15 do 20 kropeł tego płynu.

Z początku radzi wziewać przez kilka, następnie przez 10-15 minut, zwiększając stopniowo czas trwania wziewań do  $\frac{1}{2}$  godziny, godziny i dłużej.

B. Polikier.

150. W. FRENDETHAL (New-York). **Zatrucie kreozotem.** (Poisoning by creosote). Rzecz czytana w niemieckim Tow. Lek. w New-Yorku. (*Medical Record* 23, IV, 1892).

Przypadek opisany przez autora zasługuje na uwagę nie tylko z powodu objawów otrucia, które wystąpiło po użyciu w stosunkowo krótkim czasie 2 znacznych dawek kreozotu, ale i ze względu na kolosalne dawki tego środka, jakie pacjentka 30-letnia kobieta, z wyraźnymi zmianami w płucach i krtani znosiła bezkarnie przez długi przeciąg czasu. Autor przepisał jej kreozot w następującej postaci:

Rp. Creosoti 10,0, Tinct. Gentian. 20,0. D. S. Trzy razy dziennie po 2 krople z wodą. Polecił przytem zwiększać dawkę codziennie o jedną kroplę. Jak widać z podanej przez F. historii choroby, pacjentka 15 Kwietnia 1891 r. przyjmowała już 60 kropeł (!) lekarstwa 3 razy dziennie (a więc do 60 kropeł czystego kreozotu w ciągu dnia) i czuła się znacznie zdrowszą; 22 Kwietnia skonstatowane zagojenie się owrzodzeń języczka i nagłośni, ale zarazem pojawienie się nowych; 5 Lipca chora doszła już do 100 kropeł naraz po 3 razy dziennie; 12 Sierpnia po niejakej pauzie, pacjentka znowu przyjmuje po 100 kropeł 3 razy dziennie, ból gardła zniknął. Szóstego Grudnia chora przyjmuje po 200 kropeł 2 razy dziennie i lepiej wygląda. W Styczniu 1892 r. chora bierze po 300 kropeł 2 razy dziennie, 29 Stycznia po przyjęciu 300 kropeł nie czuła się dobrze. Doznając zawsze ulgi po kropłach, przyjęła wkrótce po pierwszej dawce drugie 300 kropeł, po-

<sup>1)</sup> Porównaj artykuł Frendenthala: Zatrucie kreozotem w n-rze bieżącym. (Przyp. red.).

czem pojawiły się objawy pobudzenia, a następnie przez 8 godzin utrata przytomności. Autor zastał ją w stanie, zbliżonym do narkozy.

Oczy zamknięte, ciągle dmuchanie, respiratio stertorosa, rżenia grubo-pęcherzykowe, które słycać zdaleka, przytem zębościsk (trismus), wargi zsiniałe, źrenice zwężone, bez reakcyi. Tętno 128, oddech około 30. Mocz oddany pod siebie (niezachowany do zbadania) nie był czarny. Zewnętrzne stosowanie środków drażniących (trzymanie w pobliżu nosa amonijaku, kąpiel gorczycowa nóg, okłady lodowe na głowę) usunęło groźne objawy. W dalszym ciągu artykułu dowiadujemy się, że i po rzeczonym przypadku otrucia chora powróciła do kreozotu, poczynając od małych dawek i doszła w krótkim czasie znowu do 300 kropeł. Później dawka została zwiększona do 500 (!?) 2 razy dziennie. Autor zapewnia, że w podobny sposób leczyl kreozotem kilkaset przypadków suchot płucnych. Wbrew zdaniu Robinsona (ob. referat w tymże n rze) jest on tego zdania, że pacjenci amerykańscy znoszą ogromne dawki tego środka.

Objawy otrucia muszą nastąpić w razie niestosowania się do przepisu stopniowego zwiększania dawki lub, jak w danym przypadku miało miejsce, w razie nagłego zwiększenia dawki w nadmiernym stopniu (pomimo uprzedniego stopniowego przyzwyczajania się chorej do dużych dawek). Jak nieuzasadnioną jest w ogóle obawa zatrucia kreozotem dowodzi, według autora, ta okoliczność, że opisów klinicznych intoksykacyi kreozotem znalazł wszystkiego 2 (Taylora i Manouvriera), a i w tych kreozot przyjęty został nie z polecenia lekarza. Przy sposobności F. zwraca uwagę na niedogodność, jaką przedstawia zalecanie kreozotu w postaci kropeł, przekonał się bowiem, że jednakowa ilość kropeł odliczanych za pomocą różnej wielkości pipetek, zawiera nader odmienne ilości lekarstwa.

Radzi zatem przepisywać kreozot w postaci pigułek z lukrecyją, zawartych w kapsułkach. Taka podwójna powłoka zapobiega ulatnianiu się i dogodniejszą jest ze względu na smak i zapach środka. W końcu nadmienimy, że opis tego przypadku F. poprzedził wyliczeniem autorów, którzy stosowali duże dawki kreozotu w gruźlicy. Wymienieni tam są: Bouchard, Sommerbradt, Kaatzer, Sędziak, Kossow-Geronny, S. Engel, E. Holm, Schetelig i Dréver. *B. Polikier.*

151. WILHELM FLEINER (Heidelberg). **Terazniejszy stan nauki o chorobie Addisona.** (Ueber den heutigen Stand der Lehre von der Addison'schen Krankheit). (*Volkem. Klin. Vort. N. F., nr. 38, 1892*).

Choroba Addisona zaczyna się zwykle skrycie, w początkach jej choroby uskarżają się na osłabienie, niechęć do pracy, oraz na rozmaite dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego. Następnie zjawia się swoiste zabarwienie skóry, zaczynające się bądź w postaci plam szaro-bronzowych po całej skórze rozsianych, bądź też w postaci jednostajnego zabarwienia nie-

przykrytych części ciała, twarzy, szyi, rąk; w czasie pełnego rozwoju choroby cała skóra jest zabarwioną. Jednocześnie wzmagają się objawy ze strony żołądka i kiszek. Zauważono również zaburzenia w ustroju nerwowym: omdlenia, znieczulenia, bezwładny i t. d. Życie kończy chory zwykle w śpiączce lub w konwulsjach.

Jedyną zdobyczą przy badaniu zwłok ludzi zmarłych na chorobę Addisona, są zmiany patologiczne w nadnerczach. W znakomitej większości przypadków chodzi tu o przewlekłe sprawy zapalne, prowadzące do zserowacenia nadnerczy; znacznie rzadziej napotyka się tu nowotwory złośliwe. Nie zawsze jednak objawy choroby Addisona idą w parze ze zmianami w nadnerczach. Z 285 przypadków Lewina, w 85 przy objawach choroby Addisona nie było zmian w nadnerczach, w 44 odwrotnie, chore nadnercza omawianego cierpienia nie wywołały.

Podobne fakta objaśniano na korzyść zależności choroby Addisona od zmian w nadnerczach: pomyłkami w rozpoznaniu, niedokładnością badania klinicznego, nie zwróceniem uwagi na inne objawy naprzykład ze strony przewodu pokarmowego i t. d.

Niektórzy autorzy punkt ciężkości zmian patologicznych upatrują w zwojach nerwu sympatycznego, leżących w pobliżu nadnerczy. Von Kahlden przytacza 39 podobnych spostrzeżeń. Aleznis i Arnoud stawiają wszystko w zależności od zwyrodnienia zwojów nerwowych, leżących w otocze nadnerczy. Autor również znalazł w dwóch przypadkach choroby Addisona rozległe zmiany chorobowe nie tylko w nadnerczach, nerwach i zwojach sympatycznych, lecz i w nerwach mieszanych, przeważnie czuciowych. Niektórzy badacze (Burrese, Semola, Tizzoni, Abegg, Babes, Kalindero) opisywali zmiany patologiczne w samym rdzeniu, autor jednak, pomimo starannych poszukiwań, nie podobnego nie widział, to samo utrzymuje v. Kahlden.

Zabarwienie skóry powstaje wskutek odkładania się barwnika w głębokich warstwach rete Malpighii. Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że barwnik ten ze krwi powstaje.

O zmianach we krwi nie stanowczego orzec nie można. Chociaż niektórzy autorzy wspominają o ilościowej zmianie krwi, jednakże tacy badacze jak Nothnagel, Griesinger, Traube, Leyden niedokrewności w ścisłym tego słowa znaczeniu w żadnym przypadku choroby Addisona nie widzieli. Co się tyczy zmian w składzie krwi, to badacze różnie się na tę kwestyję zapatrują: Addison spostrzegł powiększenie ilości białych ciałek krwi, podobnie Buhl i Fauze, Grienhow, nadmiar czerwonych ciałek, Dyster znowu widział niedostateczną ilość tychże i t. d. O zachowaniu się naczyń nie stanowczego powiedzieć się nie da. Serce zwykle bywa małe i wiotkie (Schmaltz).

Zmiany w przewodzie pokarmowym nie ciekawego nie przedstawiają.

Znaczna ilość tkanki tłuszczowej i dobrze rozwinięte mięśnie cechują zwykle trupy ludzi zmarłych na chorobę Addi-



sona, stoi to w sprzeczności z klinicznym obrazem cierpienia, którego główną cechą jest upadek sił i osłabienie.

Co się tyczy fizjologicznego znaczenia nadnerczy, to z pomiędzy licznych teorii najwydatniejsze miejsce zajmują dwie: jedna przypisuje nadnerczom własności krwiotwórcze, druga stawia je w związku z ustrojem nerwowym, zresztą jedna teoria zupełnie drugiej nie wyklucza.

Arnold porównywa budowę nadnerczy do wątroby i śledziony i na tej zasadzie przypuszcza, że nadnercza zatrzymują pewne związki krwi, przerabiają je i w innej formie w krwiobieg puszczają. Na korzyść tego przypuszczenia przemawiają chemiczne badania nadnerczy (Virchow, Vulpian, Cloëz, Seligsohn).

Dla dokładniejszego zbadania funkcji nadnerczy podjęto szereg doświadczeń fizjologicznych: Całkowite obustronne wycięcie nadnerczy podług Brown-Séquard'a jest bezwarunkowo śmiertelne, jednakże Grutiolet, Philippeaux, Harley, Schiff, Nothnagel przeciwnego byli zdania. W ostatnich dopiero czasach Tizzoni na podstawie swych doświadczeń przyznał słuszność Brown-Séquardowi i wykrył zmiany chorobowe w ośrodkach nerwowych u zwierząt, zmarłych wskutek całkowitego wycięcia nadnerczy.

Jacoby na podstawie swych badań doświadczalnych doszedł do wniosku, że z nadnerczy do zwoju półksiężycowego (ganglion semilunare) idą szlaki hamujące (Hemmungsbahnen) dla ruchów kiszek; wycięcie zatem nadnerczy znosi to hamujące działanie na kiszki.

Doświadczenia Jacoby'ego nie są pozbawione wartości, tłómaczą one bowiem zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego w początkach i w czasie przebiegu choroby Addisona.

Inne objawy, jak: bóle i zawroty głowy, omdlenia, mdłości, wymioty, duszność, ogólne osłabienie i upadek sił, nerwobóle, nadczołość, konwulsyje, są zależne od anemii mózgu, oraz ośrodkowego ustroju nerwowego.

Swoiste zabarwienie skóry Nothnagel także tłómaczy wpływem nerwów, autor podziela to zdanie. Niektórzy autorzy przypisują pewien wpływ nadnerczom na sekrecyję samych nerek.

Jacoby, drażniąc nadnercza, zauważył zmniejszenie się moczu; na podstawie tego doświadczenia przypuszczać można, że zniszczenie nadnerczy powinno wywołać wzmożone wydzielanie się moczu. Spostrzeżenia kliniczne przemawiają poniekąd za tem przypuszczeniem.

Wszystkie spostrzeżenia i doświadczenia, zebrane przez autora, wskazują na ścisły związek wszystkich prawie objawów choroby Addisona ze stanem chorobowym nadnerczy.

H. Kucharzewski.

152. AUBEAU. Przeciwwskazanie do używania wód mineralnych. (*Revue d'hygiène theurapeutique, Janvier, str. 2 do 11, 1892*).

Magendie i Trousseau wskazywali na ujemne skutki w pewnych przypadkach kuracyi wodami alkalicznymi, na t. zw. *cachexie alcaline*. Dziś uważamy alkalię za środki potęgujące przemianę materji (*agents trophiques*), o ile są podawane w dozach leczniczych. Jednak spostrzeżenia badaczy tej miary co Trousseau i Magendie nie mogą być bezpodstawne. Wpływ troficzny alkalię jest pośrednim; w zasadzie potęgują one tylko doszczętne spalanie w organizmie. Tkanki, co prawda, w zamian usilnie się regenerują, o ile im materjał odżywczy dostarczony bywa. Inaczej jednak się dzieje w ustroju zwyrodniałym, przy długotrwałem skażeniu krwi. Jako typ takiego wybrać można alkoholizm przewlekły. W ostatnim okresie tego cierpienia mamy często krwotoki; że zaś alkalię, powiększając rozpad białkanów, czynią krew wodnistą, trudniej się ścinającą, wywołują przez to trudne do zatamowania krwotoki.

Autor przytacza dwa ciekawe przypadki:

I. Alkoholik, wobec powiększenia wątroby ma sobie zalecone picie wody Vichy. W trakcie tego kilkakrotne, trudne do zatamowania, krwotoki z dziąseł. Wypadło operować stulejkę. W kilka godzin po operacyi, obfity ponowny krwotok, trudny do zatamowania; krwotok powtarza się, i dopiero po usunięciu Vichy krew staje się gęściejszą, ścina się.

II. Chora z niepowstrzymanemi krwotokami macicznymi. Krew wodnista, płynna, nie ścina się, biała. Przy zbadaniu okazuje się: *endometritis*. Wywiady okazują alkoholizm. Przez stosowanie ergotyny, przestrzykiwań o 50<sup>o</sup> ciepłoty, usunięcie wysokoku, wyłyżczkowanie macicy, otrzymano znaczną poprawę stanu ogólnego i powstrzymanie krwotoków. Po dwu miesiącach chora jedzie na wieś. Jadąc tam, na przedostatniej stacyi, namówiona przez towarzysza podróży zostaje, by się leczyć u źródła alkalicznego. Po 21 dniach używania wód alkalicznych występuje krwotok maciczny, trwający z przerwami 3 tygodnie. Usunięcie alkalię i terapię, jak wyżej, powoli wrócili zdrowe. Wnioski swe autor formuluje w ten sposób:

1) U osobników z krwawiącą dyskrazyją, szczególnie u alkoholików, alkalię są przeciwskazane, ponieważ czynią krew bardziej wodnistą, co ze swej strony czyni skaza alkoholowa.

2) Przeciwskazanie to tyczy się wszystkich chorób dróg trawiennych. Jeżeli chory nie odżywia się, t. j. jeżeli nie dostarcza odnowy tkankom przez alkalię szybko się rozkładającym, natenczas przeciwskazanie jest bezwzględne <sup>1)</sup>.

*Sterling.*

<sup>1)</sup> Chociaż wnioski autora posiadają pewną dozę słuszności, przykładom, wybranym, trudno przyznać ścisły rozbiór etjologiczny, czy owe krwotoki w 1 i 2 przypadku jedynie przypisać należy owej nadmiernej alkalizacyi krwi — wątpić można wobec istnienia współcześnie innych przyczyn, jak zwyrodnienie naczyń obwodowych wskutek pijaństwa, co już samo wystarcza. W każdym razie kwestyja, poru-

153. Dr. I. NEUDÖRFER. *Kachexia strumipriva*. (KACHER), *das Myxoedème operative*. (I. L. REVERDIN) und *die operative Tetanie* (v. EISELSBERG). (*Wien. Med. Presse*, nr. 8—9, 1892).

Autor opisuje przypadek wola u 19-letniego chłopca, u którego rozwój cielesny i umysłowy uległ wstrzymaniu, tak, że chory robił wrażenie zupełnego kretyna. Wywiady nie dały żadnych danych. Wole przedstawiało się w postaci guza wielkości jabłka, o spójności twardej, powierzchni gładkiej, zajmowało prawy zraz gruczołu tarczycowego; chorego poddano operacji i wycięto zwyrodniałą część gruczołu, pozostawiając jednak mały kawałek niewyciętego guza, pomimo, że sprawa chorobowa na lewy zraz gruczołu nie przeszła. Badanie drobnowidzowe wskazało, że był to zwykły gruczolak prawego zrazu gruczołu. W kilka dni po operacji zauważyć można było u chorego zadziwiająca zmianę, odpowiadał on chętnie na pytania, zrobił się wesołym, zwracał uwagę na to, co się w około niego działo, jednym słowem z kretyna przeistoczył się w człowieka, którego władze umysłowe żadnych zbroczeń nie przedstawiały.

Pozostało jednak nierozstrzygniętem, o ile operacja na dalszy rozwój cielesny wpłynęła, ponieważ chory znikł autorowi z oczów. Dowiedziano się jedynie, że brat chorego, który identyczny przypadek przedstawiał, rozwinął się po operacji, tak pod względem umysłowym, jak i fizycznym. Spostrzeżenie to jest nadzwyczaj ciekawe, że względu na zniknięcie objawów, t. zw. Myxoedème po wyluszczeniu wola.

Następnie wyjaśnia autor dlaczego wycięcie gruczołu tarczycowego sprowadza charłactwo i tężyczkę.

Mniemają, że gruczol tarczycowy rozkłada i czyni nieszkodliwymi pewne szkodliwe ciała znajdujące się we krwi; mianowicie mucyna tworząca się we krwi, ma ulegać rozkładowi w gruczole tarczycowym, tak, że żyły jego odprowadzają krew oczyszczoną z mucyny; wyluszczenie zatem gruczołu uniemożliwia tę czynność, a nagromadzona we krwi mucyna wywołuje charłactwo. Autor nie przypuszcza jednak, żeby to miało być głównem zadaniem gruczołu tarczycowego i przypisuje mu ważne znaczenie podczas rozwoju organizmu. Podług autora włókna nerwu sympatycznego, przebiegające w samym gruczole, oraz w jego okolicy, uważać trzeba za nerwy troficzne, działające bezpośrednio lub też drogą odruchową na odnośny ośrodek w sposób regulujący odżywianie. Wobec tego, powiada autor *Kachexia strumipriva*, *Myxoedema operativum* i *Myxoedema idiopathicum*, są to skutki nieskompensowanych zaburzeń w regulowaniu odżywiania.

Co zaś do tężyczki pooperacyjnej, to autor stawia ją w zależności od obrażenia i uszkodzenia sznurka pograniczne-

szona przez autora, zasługuje na wszechstronniejsze zbadanie, choćby ze względu na częste użycie w terapii wód alkalicznych.

(Przyp. red.).

go nerwu sympatycznego, a zwłaszcza zwoju szyjowego środkowego (ganyglion cervicale medium).

Nakoniec autor formułuje swój pogląd na powstawaniu, oraz istotę charłactwa i tężyczki po wyłączeniu wola w następujący sposób:

1) Bywają samoistne Myxoedemy i tężyczki, wywołane przez zaburzenia w nerwach i ośrodkach troficznych, oraz w sznurku pogranicznym i środkowym zwoju szyjowym. Zaburzenia te powstają wskutek przeziębienia, przymiotu, chorób zakaźnych, wyczerpania nerwowego i t. d.

2) Znacznie częściej jednak uraz bywa przyczyną tych zjawisk chorobowych (Myxoedem, tężyczka), mianowicie uszkodzenie pomienionych nerwów i ośrodków przy całkowitem wyłączeniu wola.

3) Tężyczkę spostrzegać można przy każdym uszkodzeniu sznurka pogranicznego i zwoju szyjowego środkowego; Myxoedema natomiast nie występuje po każdym wycięciu gruczołu tarczycowego. Takie szczęśliwe przypadki przytrafiają się wtedy, gdy już gruczoł czynność swą zawiesza, mianowicie w latach późniejszych, gdy życie płciowe gaśnie.

H. Kucharzewski.

## II. Choroby gardła i nosa.

154. MICHELSON. O stosunku pachydermiaie laryngis do gruźlicy. (Ueber die Beziehungen zwischen Pachydermia laryngis und Tuberculose). (*Berl. klin. Woch.*, 7—1892).

W roku 1887 pierwszy Virchow zwrócił uwagę świata lekarskiego na sprawę, dotąd laryngologom nieznaną, a nazwaną przez niego „pachydermia laryngis”.

„Na tylnym końcu strun głosowych w okolicy wyrostków głosowych po większej części symetrycznie z obu stron znajduje się podłużnoowalne guzowate obrzmienie. 5—8 mm. długie i 3—4 mm. szerokie, zwykle skośnie nieco od tyłu i góry ku przodowi i dołowi skierowane, tak, że przedni koniec leży pod brzegiem struny głosowej. W pośrodku tego obrzmienia znajduje się podłużne niezbyt głębokie zagłębienie”. Oto, jak Virchow opisuje pachydermiam laryngis. Cierpienie to przeważnie dotyczy mężczyzn, chociaż i u kobiet zdarzyć się może, jak tego między innymi dowodzi przypadek autora (20-letnia kelnerka). Do uspasabiających momentów zaliczyć należy nadużycia w alkoholu i śpiewie. Już Virchow zwrócił uwagę na to, że zmiany charakterystyczne dla pachydermia laryngis znajdują się w mniej lub więcej ścisłym związku z przewlekłymi sprawami zapalnymi krtani Kanthack poszedł dalej; twierdzi on, że wszelkie przewlekłe drażnienia (bądź specyficzne, bądź niespecyficzne) mogą wywołać przemianę epidermoidalną, z kąd krok już jeden do t. zw. pachydermii. Odróżnia więc on obok pachydermia simplex, jeszcze p. tuberculosa i p. syphilitica. O. Chiari potwierdził to na zasadzie licznych a sumien-

nych obserwacyi, nie widywał on jednak sprawy tej, umiejscowionej w zwykłym miejscu, t. j. w okolicy wyrostków głosowych, natomiast przypisuje on błonie śluzowej przestrzeni międzynaławkowej krtani (t. zw. rimula) pewną skłonność do rozlanej postaci pachydermiae.

Autor ten wspomina również o kombinacyi tego cierpienia z gruźliczemi nasiękami krtani: Nie wszyscy jednak autorowie są tego zdania. I tak Sammerbrot i Meyer nie mogli zauważyć związku gruźlicy lub przymiotu z pachydermia laryngis.

Pierwszy i jedyny, zdaniem Michelsona, autor, który zwykłą chondritis pachydermica past. widział przy gruźlicy płuc był Krieg. Autor na 18 ogółem przypadków pachydermia laryngis widział je także dwa razy przy tem cierpieniu. W jednym również przypadku, zakończonym śmiercią, badanie wziernikiem krtaniowym wykryło typowy obraz pachydermiae. Przy autopsii obok gruźlicy płuc, w krtani znaleziono w okolicy obu wyrostków głosowych owrzodzenia gruźlicze, których brzegi wykazały przy badaniu drobnowidzowem zmiany, właściwe dla pachydermii. Huchnerman utrzymuje, że zwykłą jest rzeczą spotkać nadżarcie, a nawet owrzodzenia na zwykłym pachydermicznem obrzmieniu, przyczem uważa on to za drugie stadyum cierpienia. Jako rezultat sprawy wrzodziejącej wskazuje on na owe centralne wgłębienie. Z tem ostatniem jednak nie zgadza się Virchow a także i Kantack. Laryngologowie (B. Fraenkel, Rethi, Krieg etc.) również zagłębienie owe uważają za rezultat ucisku. W ostatnich jednak czasach (1891 r) pogląd Huchnermana znajduje zwolennika w osobie Polewskiego (Wrocław). Twierdzi on w swej dyssertacyi, że w skutek ucisku następuje zgrubienie błony śluzowej w okolicy wyrostków głosowych, powierzchowne warstwy ulegają zrogowaceniu, przyczem mogą wytworzyć się nadżarcia, które albo się goją, albo też przemieniają w owrzodzenia pod wpływem specyficznych lub ropotwórczych bakteryj. Wobec niewątpliwej, acz rzadkiej postaci zwykłej pachydermii w krtani u suchotników, oraz wobec pewnych względnie częstych postaci owrzodzeń gruźliczych, żywo przypominających sprawę pachydermiczną, pożądanem byłoby mieć pewne dane, pozwalające odróżnić obie te sprawy.

Autor przytacza następujące dane różniczkowe: przy zwykłej pachydermii nadżarcia lub owrzodzenia na obrzmieniach weale, lub tylko wyjątkowo zdarzyć się mogą, dalej sprawa występuje zazwyczaj obustronnie, wygląd wreszcie obrzmienia jest mniej guzowaty, ni-równy, jak w gruźliczych, przy których sprawa wrzodziejąca jest o wiele częstsza. Zdarzają się jednak takie przypadki, gdzie tylko dalsza obserwacyja rozstrzygnąć jest w stanie, z jakiej natury obrzmieniem mamy do czynienia. I tak zwykła pachydermia laryngis bywa po większej części stacyonarną, podczas gdy sprawy podobne przy gruźlicy krtani albo się z czasem coraz więcej rozszerzają lub przy odpowiedniem leczeniu goją z wytworzeniem się blizn.

Wreszcie autor wspomina o pewnej jeszcze właściwości, spotręganej zarówno przy pachydermia laryngis simplex, jako też i przy tych obrzmieniach w okolicy wyrostków głosowych u suchotników, które w wysokim stopniu przypominają sprawę pachydermiczną. Mianowicie zdarza się czasami widzieć, oprócz typowego zgrubienia wzdłuż brzegu struny w części jej środkowej podłużną brózdę, dzielącą ją jakby na dwie nad sobą leżące struny, o czym już wspomina pokrótce Meyer. Polewski, który sprawę tę zbadał bliżej anatomicznie, podaje następujące objaśnienie: linearne, ściślej z tkanką podśluzową związane miejsce błony śluzowej jest przerośnięte (ueberwulstet) przez bujające (powierzchnownie w większej części zrogowiałe) masy nabłonkowe. W stanach podobnych u suchotników możnaby zastosować toż samo objaśnienie, podstawiwszy tylko w miejsce nabłonkowego bujania gruczliczy nasięk. Po większej części przebieg cierpienia pozwala nam odróżnić obie te sprawy, brózdki owe u gruczliczych osobników zazwyczaj są punktem wyjścia t. zw. „Treppengeschwür”. Streszczając się, autor mówi, że stosunek pachydermii krtani do gruczlicy jest różnorodnej natury. I tak oba te stany chorobowe mogą prowadzić do zmian w błonie śluzowej krtani, zmian, które ze względu na umiejscowienie i cały kliniczny i makroskopowo-anatomiczny wygląd w wysokim stopniu są do siebie podobne. Dalej zaznacza autor, że zwykła (typowa) pachydermia laryngis zdarza się i w gruczliczych nasiękach i owrzodzeniach z chorditis pachydermica diffusa post.

Jan Sedziak.

155. BAUMGARTEN. Choroby gardła i krtani w związku z zaburzeniami w miesiączkowaniu. (Rachen und Kehlkopferkrankungen im Zusammenhange mit Menstruationsanomalien). (*Deut. Med. Woch.*, 9, 1892).

Zastępcze krwawienia z gardzieli u kobiet przy zaburzeniach w miesiączkowaniu należą do rzadszych, płucne i krtaniowe natomiast zdarzają się o wiele częściej. Strübing, autor interesującej pracy o „laryngitis haemorrhagica“, zwraca uwagę, że krwawienia występują przy nienaruszonej błonie śluzowej. Zarówno jednak jego przypadki, jak i późniejszych autorów dotyczą po większej części kobiet, wiele z nich było ciężarnych, u wielu wkrótce zaczęło się miesiączkowanie. Autor dziwi się, że Strübing nie zwrócił uwagi na okoliczność powyższą.

Morelli, Jurasz i Treitel o związku tym również wspominają. Że związek ten niewątpliwie istnieje, dowodzi między innymi i ten fakt, że takie zastępcze krwawienia zdarzają się i z ucha przy nienaruszonej błonie bębenkowej (Stepanow). Po większej części punktem wyjścia takich krwawień z krtani są struny fałszywe lub prawdziwe. Możliwe są jednak i krwawienia z tchawicy. Ilość krwi jest zwykle nieznaczna, podczas gdy krwawienie z nosa (prawie zawsze z septum cartilagineum) częstokroć jest bardzo obfitem. Autor obserwował pewną damę, która stała przed miesiączkowaniem, jeżeli takowe było spóźnione, wykrztuszała mniejszą lub większą ilość

krwi. Przy badaniu płuca okazały się absolutnie zdrowymi, natomiast udało się autorowi odkryć miejsce krwawiące na przedniej ścianie tchawicy. Nierównie większy kontyngens dostarczają porażenia jednej lub więcej grup mięśniowych krtani, porażenia, warunkowane zaburzeniami w menstruacji. Na potwierdzenie przytacza autor kilka przypadków: u jednej damy w okresie klimakteryjum wystąpiło porażenie zwieraczy głośni, w drugiej również w tym okresie lewostronne zupełne porażenia posticus'a. Wreszcie u 20-letniej dziewczyny istniejące od dawna porażenie zwieraczy głośni nie poddawało się leczeniu (faradyzacji) w tym czasie, gdy miesiączkowanie było bardzo obfitem i przeciwnie chrypka znikła już po paru faradyzacjach, gdy chora normalnie menstruowała. Jeszcze jaśniejsze są te przypadki, w których przy zboczeniach w menstruacji lub przy cierpieniach macicznych, występują nieżyty krtani, powikłane o wiele częściej, niż u zdrowych kobiet, porażeniami nieżytowemi. Autor podobne przypadki często spostrzegał u kobiet w pierwszych miesiącach ciąży. Na ostatniem zjeździe laryngologicznym lekarzy belgijskich Bayer opisał niezwykle interesujący i rzadki przypadek peryjodycznego obrzęku krtani u dziewczyny, której krtani gruźlicza w okresie menstruacji bywała obrzękniętą.

Wiadomo, że Jonquièrre i inni zalecają masaż macicy i jajników przy aphonia spastica. Wreszcie autor przypuszcza związek między pharyngitis sicca a climacterium, mianowicie cierpienie to, jeśli istniało poprzednio, pogarsza się wtedy, jak to same chore wyraźnie zaznaczają. Autor utrzymuje, że pharyngitis sicca, występujące w okresie klimakteryjnym jest o wiele łagodniejszym cierpieniem, niezależnem od rhinitis i rhino-pharyngitis sicca. Na zakończenie przytacza autor przypadek obrzęku krtani po użyciu jodu, przypadek analogiczny do opisanego w r. 1890 przez Rosenberga. Przypadek dotyczył 46-letniej damy, od 2 miesięcy nie mającej regularności, u której po wewnętrznem użyciu jodku potasu wystąpił ostry obrzęk fałd nagłośnio nalewkowych. Po wstrzymaniu użycia lekarstwa, oraz zastosowaniu wewnątrzkrtańowych nacięć i lodu do wewnątrz, obrzęk krtani ustąpił. I w tym przypadku, podobnie jak w poprzedzających, autor przypuszcza — nie idyosynkrazyję, jak chce Rosenberg, lecz związek przyczynowy między zaburzeniami w menstruacji, a obrzękiem krtani po użyciu jodu.

*Jan Sędziak.*

156. MUSCHOLD. **Przypadek choroby Basedowa, uleczonej przez operację w nosie.** (Ein Fall von Morbus Basedowii, geheilt durch eine Operation in der Nase). (*Deut. Med. Woch.*, nr. 5, 1892).

Do rzadkich tych przypadków autor dodaje jeszcze jeden przez siebie spostrzegany. Dotyczył on kobiety, lat 45 mającej, przedtem zupełnie zdrowej. W 1½ roku bo ustania miesiączkowania wystąpiły pierwsze objawy choroby Basedow'a, mianowicie bicie serca, przyłączył się potem upadek stanu ogólnego, bóle głowy, trzęsienie rąk, poty, wreszcie powiększenie

gruczołu tarczowego i zaburzenia wzroku we (w prawem oku). Przy badaniu nosa, autor znalazł znaczny przerost tylnego końca dolnej prawej muszli, który usunął pętlą galwanokautyczną. Bóle głowy, zaburzenia wzrokowe wkrótce potem ustąpiły. Po 7 dniach również ustały bicia serca, a w 4 tygodnie wymiary szyi wykazują kolosalną różnicę  $3\frac{1}{2}$  ctm. (- 40 ctm. do 36,5 ctm.). Jednocześnie resp. przy zmniejszeniu gruczołu tarczowego, chora znacznie poprawiła się w stanie ogólnym.

Jan Sędziak.

### III Akuszerija i Ginekologija.

157. Prof. DÜHRSEN. O leczeniu drgawek porodowych przed i podczas porodu <sup>1)</sup>. (*Centralblatt für Gynäcologie*, N. 7, *Internationale Klinische Rundschau* N. 13, 1892).

Autor na wstępie zaznacza fakt doniosłego znaczenia, że 25% chorych na drgawki porodowe pada ofiarą tej choroby.

Dla osiągnięcia racjonalnej podstawy dla leczenia tej zabójczej choroby, należy odpowiedzieć na 2 następujące pytania:

1. Czy drgawki porodowe ustają po ukończeniu porodu?
2. Czy rękocyny położnicze pogarszają rokowanie przy drgawkach porodowych?

Co się tycze pierwszego pytania, autor na mocy najnowszych statystyk odpowiada na nie twierdząco, gdyż po ukończeniu porodu i to sztucznem, drgawki porodowe po większej części ustają (podług Lautosa w 69,2%, podług Löhleina w 80% przypadków). Jeżeli dawniejsze dane statystyczne odpowiadają na pytanie to przecząco, należy sobie tłumaczyć tem, że w większej części przypadków porody były ukończone bez znieczulenia ogólnego. Jeżeli zaś rozwiązanie następuje w narkozie nawet po największych operacjach, napady drgawek więcej się nie powtarzają.

Operacje, wykonywane na chorych z drgawkami porodowymi nie pogarszają bynajmniej rokowania. Jakkolwiek dawniejsze i nowsze dane statystyczne dowodzą wprost przeciwnie i wykazują większą śmiertelność u operowanych, aniżeli u tych, u których poród bez interwencji się ukończył, wszelako fakt ten należy sobie tłumaczyć tem, że regularnie operuje się w przypadkach ciężkich, w lekkich zaś nie i że często w przypadkach, w których drgawki rozpoczęły się przed rozpoczęciem porodu, operuje się za późno. Więc nie operacja pogarsza rokowanie, lecz same przypadki były ciężkie lub za późno przystąpiono do czynnej interwencji.

I tak ze statystyki Lautosa wynika, że wszystkie przypadki, gdzie przystępowano do interwencji przecięciowo po 4 napadach zakończyły się wyzdrowieniem, gdy przeciwnie wszy-

<sup>1)</sup> Wykład, wygłoszony w Towarzystwie ginekologicznem w Berlinie w dniu 8 Stycznia 1892 r.



stkie przypadki, w których dokonywano operacji po 16 przecięciowo napadach zakończyły się śmiertelnie. Wiele z tych ostatnich przypadków przeciągało się długo i skończyło się śmiercią skutkiem zakażenia septycznego: należały one do okresu przedantiseptycznego.

By więc operacje wywierały pomyślny wpływ na drgawki porodowe należy przystąpić do nich wcześniej, najlepiej po pierwszym napadzie i cały poród prowadzić w narkozie.

Przy dzisiejszej ścisłej antiseptyce, przy dzisiejszych nowych sposobach rozwiązania i przy leczeniu często przytrafiających się krwotoków poporodowych za pomocą tamponowania macicy—możliwym jest osiągnięcie pomyślnego zejścia przy drgawkach porodowych.

Autor przeto jest zdania, że po rozpoznaniu drgawek niezwłocznie należy przystąpić, pod narkozą, nawet do najtrudniejszych i najniebezpieczniejszych rękoczynów. Że faktycznie nawet najcięższe operacje nie pogarszają drgawek, pokazuje cięcie cesarskie, wykonywane przy drgawkach porodowych.

Z 11 przypadków znanych autorowi, w których z przyczyny drgawek porodowych, dokonano cięcia cesarskiego w 10, drgawki ustały po operacji. Pomimo to autor nie uważa cięcia cesarskiego za odpowiednie przy drgawkach, gdyż jestto operacja zanadto niebezpieczna dla matek.

Za to zupełnie nieszkodliwą jest przy ścisłej antiseptyce podana przez autora metoda rozwiązania per vias naturales za pomocą głębokich aż do połączenia z pochwą cięć części pochwowej macicy. Za pomocą tej operacji w 7 przypadkach (6 autora, 1 Carstena) szybko ukończono poród i we wszystkich przypadkach po ukończeniu porodu drgawki ustały, matki wyzdrowiały a tylko 1 dziecko umarło.

Dotąd w ogóle, o ile autorowi wiadomo, operowano tą metodą 26 przypadków, z tych ani jedna matka nie umarła, a tylko 2 dzieci. 21 razy po tej operacji założono kleszcze, 3 razy zaś dokonano obrotu, 2 razy pociągania za nóżki. Znacznego krwawienia z cięć autor nigdy nie widział. Niektóre zboczenia, jakie pozostają po cięciach, jak nieprawidłowe blizny, ectropium dają się łatwo usunąć i nie powinny odstraszać od tej operacji.

Operacja ta nie pociągająca za sobą żadnych złych następstw, daje się w większej części przypadków drgawek porodowych stosować. Gdyż w większej części przypadków mamy do czynienia z pierwiastkami, u których nadpochwowa część szyi macicznej już jest rozciągnięta, a to jest jedynym koniecznym warunkiem udania się operacji.

W tych nielicznych przypadkach, w których u pierwiastek lub wielorodzących szyja maciczna jest w całości zachowana, autor proponuje mechaniczne, respective kombinacje mechanicznego i krwawego rozszerzenia szyi macicznej.

Postępowanie to jest niejako accouchement forcé, lecz bez niebezpieczeństw, nieodłącznych od tej operacji. Dla ilustracji autor podaje przypadek, spostrzegany w poliklinice akuszeryj-

nej w Charité, w którym dokonano szybkiego rozwiązania za pomocą tej metody bez niebezpieczeństwa dla matki i dziecka. Operacja ta zatem może zastąpić w ciąży przy niebezpieczeństwie grożącym matce lub dziecku sztuczny przedwczesny poród, który też przy drgawkach porodowych prawie zupełnie został zarzucony.

Operacja ta dokonywa się daleko szybciej aniżeli sztuczny przedwczesny poród, nad którym ma tę przewagę, że nie sprowadza owych zagrażających życiu rozdarć i że zupełne rozszerzenie nie następuje dopiero przy ekstrakcji, lecz opór miękkich części zostaje usuniętym, zanim się przystępuje do operacji.

Metoda ta przedsięwzięta w narkozie nie pogarsza drgawek i dla tego może być stosowaną nie tak, jak accouchement forcé u umierającej, lecz zaraz po pierwszym napadzie; a wtedy wyniki będą zupełnie inne.

Na mocy własnego doświadczenia, autor radzi przeto przy drgawkach porodowych, 8 miesiąca, szybkie opróżnienie macicy za pomocą jednej z 3 operacji: krwawego rozszerzenia, mechanicznego lub też kombinacji mechanicznego i krwawego rozszerzenia. Wprawdzie w ten sposób urodzone dzieci mają mniej szans do życia aniżeli dzieci, które przy usunięciu wewnątrzniemi środkami drgawek się rodzą, lecz to ostatnie ma rzadko miejsce. Przy drgawkach porodowych przed 8 miesiącem ciąży autor jest bardziej skłonny do terapii lekami wewnątrzniemi, by choć z małą szansą utrzymać życie dziecka.

Wykonanie wszystkich powyższych operacji musi być zarezerwowanem dla specjalistów najlepiej w klinikach i w zakładach położniczych, a wtedy entuzjazm dla cięcia cesarskiego przy drgawkach porodowych, operacji bądź co bądź niebezpiecznej dla matki, upadnie.

*W dyskusji nad wykładem prof. Dührssena*, pierwszy zabrał głos *Ohlshausen*, który zgadza się na to, że ukończenie porodu w większości przypadków przerywa napady drgawek i dla tego jest też za szybkim ukończeniem porodu, lecz o tyle, o ile ono jest możliwem bez znacznych uszkodzeń. Rozszerzenie mechaniczne za pomocą kolpeurynteru, jako łagodniejsze, ma pierwszeństwo przed przecięciami, zalecanemi przez *Dührssena*. Zresztą nie odrzuca *Ohlshausen* w danym przypadku tak samo rękoczynu *Dührssena* jak i cięcia cesarskiego, żąda jednak by wskazanie dla każdej z tych operacji było ściśle określone.

*Mackenrodt* jest przeciwnikiem metody, zalecanej przez *Dührssena*. Jest ona przedewszystkiem nie zawsze bezpieczną. Widział on 2 razy przy głębokiem cięciu szyi macicznej, wykonanem przez lekarzy praktycznych gwałtowne krwotoki, zakończone śmiercią.

Nie bez znaczenia też jest niebezpieczeństwo zakażenia, spowodowanego zranieniem. Zabliźnienie pozostawia też wiele do życzenia. W poliklinice *Martina* miał *M.* sposobność wi-

dzieć przypadki, w których skutkiem ściągnięcia bliznowatego cała pochwa została zniekształconą, a chore doznawały poważnych dolegliwości. Pomimo to wszystko M. byłby w nagłych przypadkach stosował krwawe rozszerzenie metodą Dührssena, gdyby był przekonany, że przez to osiągnie pomyślny skutek dla matki i dziecka. Ma to jednak miejsce przy drgawkach porodowych bardzo rzadko.

Van der Mey, wbrew zdaniu Dührssena twierdzi, że przy ciężkich przypadkach drgawek, szczególnie podczas ciąży i gdzie na otwarcie ujścia macicznego długo czekać trzeba, wskazanem jest cięcie cesarskie, które jednak należy dokonać wcześniej. Z dwóch przypadków w których przy drgawkach dokonano cięcia cesarskiego, jeden wcześniej operowany zakończył się pomyślnie, drugi, za późno operowany, śmiercią.

*Cremplin* powątpiewa, czy w przypadkach ciężkich, a do takich zalicza przypadki, w których drgawki pojawiają się podczas ciąży, szybko po sobie następują, dni całe trwają i prowadzą do zapadu i śmierci, przyczem poród wcale nie robi postępów, rozszerzenie kanału za pomocą kolpeurynteru i głębokich cięć dało się z pożytkiem przeprowadzić. I cięcie cesarskie, za którym w ostatnich czasach tak gorąco przemawiają, które też tylko w tego rodzaju przypadkach może znaleźć zastosowanie, musiałoby być wcześniej dokonaniem i to tak wcześniej, że trzeba by mieć wiele odwagi, by się na tę operację zdecydować. Późne operowanie jest bezskutecznem, jak o tem przekonał C., przypadek niedawno przez niego operowany.

*Bokelman* ostrzega przed uogólnieniem metody Dührssena i przy drgawkach. Nie wątpi on, że w pojedynczych przypadkach operacja D. może być z pożytkiem stosowaną, dziwi się jednak, że D. w każdym przypadku swoją metodę uważa za łatwą, dogodną i bezpieczną. B. obawia się, że nie jeden praktyczny lekarz, nie zbyt biegły akuszer, zachęcony przez D., uważać się będzie za upoważnionego do stosowania wcale nie obojętnej, a niebezpiecznej operacji.

*Gusserow*, przeciwnie wyraża się bardzo pochlebnie o operacji proponowanej przez Dührssena. W przypadkach ciężkich, w których nieznaczne rozszerzenie ust macicznych czyni niemożliwem założenie kleszczy lub zrobienie obrotu tylko metodą Dührssena lub cięciem cesarskiem może być szybko poród ukończonym. Że z pomiędzy obu tych operacji metoda Dührssena jest mniej niebezpieczną — nie może być dwóch zdań nieprzyjemnych następstw, o jakich wspomina Makenrodt, *Gusserow* nigdy nie widział.

W końcu *Dührssen* jeszcze raz zabiera głos. Stwierdza on jeszcze raz na zapytanie *Ohlshausena* fakt, że w 26-ciu przypadkach, w których dokonał głębokich cięć szyi macicznej, ani razu nie widział znaczniejszego krwawienia z ran. Zresztą wyraża swą wdzięczność *Ohlshausenowi* za popieranie jego metody operacyjnej, o której dawniej nie wiele chciał wiedzieć. Co się tycze wzmiankowanych przez *Makenrotda*

złych następstwach, powstających po operacji, dają się one łatwo na drodze operacyjnej usunąć i nie mogą przecież przemawiać przeciw operacji, która umożliwi uratowanie ciężko zagrożonego życia matki i dziecka. Przy ostatnich zresztą 16 operacjach, w których D. wykonał jednostronne cięcie, zabliznienie następowało szybko, często po założeniu wtórnych szwów. Ze Mackenrodt widział przypadek zakażenia po cięciu, nie jest to niewątpliwie winą operacji. Na zarzut Bokelmana Dübrssen odpowiada, że z góry zastrzegł i operację swą zaleca wyćwiczonym specjalnie akuszerom pod ścisłą antyseptyką.

F. Arnstein.

158. D. v. OTT. **Sposoczenie mięśniaka podśluzowego macicy, jako wskazanie do całkowitego jej wycięcia.** (*Sammlung Klin. Vort., N. 34, 1891.*)

Pomiędzy kwestyjami spornymi współczesnej ginekologii, bez wątpienia, leczenie włókniaków macicy zajmuje pierwsze miejsce. Metoda leczenia włókniaków za pomocą prądu elektrycznego, która zyskała tak licznych zwolenników, według zdania samego jej twórcy, wygłoszonego podczas ostatniego zjazdu lekarzy w Berlinie, może być uważaną jedynie za środek, działający objawowo. W tych więc razach, gdy leczenie objawowe jest przeciwwskazanem, metoda Apostolięgo nie może mieć zastosowania. A zatem poszukiwanie nowych sposobów doszczętnego leczenia włókniaków macicy jest zupełnie usprawiedliwionem. W ostatnich czasach ogłoszono cały szereg nowych pomysłów, skierowanych ku powyższemu celowi. Przy ocenie każdej metody operacyjnej, szczególnie zaś nowej, w obecnej chwili nie zadawaliśmy się danymi statystycznymi, które często uwzględniają tylko dodatni materiał i zdradzają chęć autora do pokazania w najlepszym świetle wyników operacyjnych. Prócz cyfr wymagamy możliwie ścisłego opisu samych przypadków, podania dokładnych wskazań do operacji i naukowego uzasadnienia wyboru danej metody operacyjnej. Wychodząc z powyższych założeń, autor opisuje przypadek włókniaka macicy, w którym był zmuszonym usunąć razem z guzem całą macicę z jej przydatkami. Przy pierwszym badaniu odnośnej chorej autor znalazł mięśniak podśluzowy wielkości główki dziecka, który zaczął ulegać przeistoczeniu wstecznym; ruchomość macicy była ograniczoną, szyjka uległa znacznemu wydłużeniu, ogólny zaś stan chorej wiele pozostawiał do życzenia wskutek krwawień, bólów i wypływów, trwających od 3 miesięcy. Zastanawiając się nad sposobem usunięcia guza, autor przyszedł do wniosku, że wyluszczenie przez pochwę było rzeczą niemożliwą, z powodu wielkości nowotworu i znacznego wydłużenia szyjki. Wykonanie laparotomii i zeszytanie rany macicy po usunięciu guza, jak to radzą Martin, Rein i inni, wydało się autorowi metodą zbyt ryzykowną wobec rozpoczynającego się rozpadu nowotworu. Postanowił więc do czasu powstrzymać się od wszelkiego energiczniejszego zabiegu. Ponieważ wkrótce wystąpiły objawy rozpadu zgorzelinowego guza, zastosowano przepłókiwania macicy subli-

matem (1:2000) i usuwano stopniowo zmartwiałe kawałki nowotworu, spodziewając się, że tym sposobem nastąpi dobrowolne wyleczenie. Nadzieja ta jednak okazała się złudną: po pewnym przeciągu czasu wystąpiły objawy ogólnego zakażenia łącznie z ostrym zapaleniem przy i okołomacicznem. Wtedy w celu uratowania życia chorej, autor zdecydował się usunąć ognisko zakażenia za pomocą laparotomii. Ponieważ sprawa przeszła już na mięsz macicy, jak również na surowiczą jej powłokę, zatem usunięcie uległego zgorzeli mięśniaka wydało się autorowi niedostatecznem. Jedyne wyluszczenie całej macicy razem z guzem mogło zapewnić dokładne usunięcie tkanek zakażonych i łatwiej ochronić jamę brzuszną od zakażenia.

Z powyższych względów autor nie mógł wykonać nadpochwowego odjęcia macicy (z wewnątrzotrzewnowem umocowaniem kikuta), gdyż podobny zabieg pociągał za sobą otwarcie jamy macicy i pozostawienie na miejscu szyjki, której błona śluzowa była w stanie zapalenia gnilnego. Na korzyść całkowitego wycięcia macicy przemawiała również i ta okoliczność, że tym sposobem można było wytworzyć dogodniejsze warunki do usunięcia z jamy brzusznej produktów patologicznych. Aby uniknąć zakażenia rany podczas operacji, autor wykonał ścisłą dezynfekcję jamy macicy w następujący sposób. Z początku usunięto kornceangiem zmartwiałe kawałki nowotworu, następnie przepłukano jamę macicy sublimatem (1:2000) i karbolem 5%. Nadmiar płynu przeciwnilnego wymaczano zwitkami gazy jodoformowej. Wreszcie zamknięto szczerlnie zewnętrznego otwór macicy licznymi szwami. Potem zdezynfekowano pochwę, zewnętrzne narządy płciowe i uda. W celu usunięcia macicy autor wybrał metodę skombinowaną. Zaczęto operację w ten sposób, jak przy wycięciu macicy przez pochwę: po okrajaniu sklepień i oddzieleniu pęcherza, oraz odbytnicy (bez otwarcia otrzewnej), podwiązano dolne odcinki więzów szerokich. Zauważono przytem, że pomimo szwów zawartość macicy zaczęła się przesączać przez zewnętrzny jej otwór. Z tego powodu założono naokoło szyi podwiązkę, którą mocno zaciśnięto. Następnie mocno wytamponowano pochwę gazą jodoformową (co według zdania autora ułatwia otwarcie sklepień od strony jamy brzusznej, gdyż tym sposobem znacznie się one wypuklają), ułożono chorą na płaszczynie skośnej (położenie Trendelenburga) i otwarto jamę brzuszną. Przekonano się, że jajowody są rozciągnięte i zlepione z jajnikami; zawartość śmierdząca jednego z jajowodów podczas operacji w części wylała się do jamy otrzewnej. Jajowody razem z jajnikami podciągnięto ku górze, założono podwiązki na szypuły i te ostatnie przecięto. Następnie odłuszczone pęcherz, przecięto przednią fałdę otrzewnej, podwiązano resztę więzów szerokich, oraz więzy maciczno-krzyżowe i otwarto tylne zagłębienie otrzewnej. Po usunięciu macicy, od strony jamy brzusznej wprowadzono pas gazy jodoformowej do pochwy. Aby uniknąć bezpośredniego zetknięcia się gazy z kiszkaami i jedno-

częściej nie przeszkadzać odpływowi wydzieliny, połączono dwoma szwami tylną ścianę pęcherza z tylnym sklepieniem, oddzielonem od macicy. Na trzeci dzień po operacji chora zaczęła gorączkować. Po usunięciu tamponu z pochwy, wylała się znaczna ilość płynu cuchnącego. Codziennie przepłukiwano pochwę 4<sup>o</sup>/<sub>o</sub>-ym kwasem borowym, lecz dopiero po 6 dniach temp. spadła do normy. Po trzech tygodniach chora wyzdrowiała zupełnie.

Na zasadzie właściwości powyższego przypadku autor wypowiada następujące wnioski:

1) Wskazania do całkowitego wycięcia macicy przy jej mięśniakach, powinny obejmować przypadki podobne do wyżej opisanego.

2) W podobnych przypadkach usunięcie całej macicy stanowi bez wątpienia najpewniejszy środek do zniesienia ogniska zakaźającego. Jeżeli istnieje podejrzenie co do zajęcia otrzewnej, należy się starać o wolny odpływ wydzieliny przez otwór, wytworzony podczas operacji, pomiędzy jamą otrzewnej a pochwą.

3) Przy rozpadzie zgorzelinowym mięśniaka, zawartego w jamie macicy, należy wyrobić sobie pojęcie o stanie przydatków macicznych, zaś przy współdziałaniu ostatnich w sprawie chorobowej przedsięwziąć odpowiednie środki.

A. Karczewski.

159. Dr. KARL ABEL. **Hydrastynina przeciw krwotokom macicznym.** (Hydrastinin bei Gebärmutterblutungen). (Berl. Klin. Woch., 1892, Nr. 3).

Dwa lata temu ogłoszona praca Falk'a, który w 84,6<sup>o</sup>/<sub>o</sub>, obserwowanych przez siebie przypadków krwotoków macicznych, otrzymał polepszenie albo zupełne wyzdrowienie pod wpływem hydrastyniny, skłoniła autora do zastosowania tego środka u swoich chorych poliklinicznych, wobec tego, że powszechnie w analogicznych przypadkach używane środki: sporysz, ergotyna, extr. hydrastis Canadensis i t. p. zbyt często zawodzą.

Doświadczenia Falk'a na zwierzętach wykazały następujące ważne własności hydrastyniny: nie należy ona do rzędu trucizn sercowych, wywołuje zwężenie naczyń, głównie działając wprost na te ostatnie; ztąd powstające w układzie krwionośnym wzmoczone ciśnienie jest stałe i nie ustępuje pod wpływem środków nasennych; hydrastynina nie wywołuje żadnych zjawisk pobocznych obok dodatniego wpływu na czynność serca.

Pomijając wady serca, oraz przypadki, w których jedynie radykalne usunięcie przyczyny jest wskazane (polipy, rak i t. p.), obserwował autor działanie hydrastyniny przy krwotokach, powstałych na gruncie obiektywnych zmian anatomicznych (endometritis, metritis, myoma, parametritis, torbiele jajowodów, guzy jajowodajajnikowe) i przy krwotokach „jajnikowych”, czyli kongestyjnych. Stosowano 10<sup>o</sup>/<sub>o</sub> wodny roz-

twór hydrastinini hydrochlorici podskórnie w okolicy podbrzusia.

Przy miesiączkowaniu, acz co 4 tygodnie zjawiającem się, lecz obfitem i zbyt długiem, zastrzykiwał autor co tydzień raz po 0,5, podczas zaś krwawienia codziennie po 1,0, a dalej, w razie poprawy, która w większości przypadków po 2—3 miesięcznej kuracyi występowała, — już tylko podczas przerw; przy powtórnem pogorszeniu jedno zastrzyknięcie było wystarczające. Przy zbyt częstem miesiączkowaniu stosowano 2—4 razy tygodniowo po 1,0, a podczas krwawienia po 1,0 dziennie; następny peryjod był prawidłowy.

W przypadkach endometritis, z których część leczono uprzednio skrobaniem, a część środkami wewnętrznymi, stosowano 2 razy tygodniowo, a podczas miesiączkowania codziennie po 1,0. I tu po dłuższej kuracyi w końcu ustalało się prawidłowe miesiączkowanie.

Co się tyczy wtórnych krwotoków, to przy parametritis chron. otrzymano stanowcze polepszenie, przy pyosalpinx zaś obok podziwu godnych dodatnich wyników, są i wprost ujemne. Wreszcie, pomyślnie zastosowanie hydrastyniny w 3-ch przypadkach krwotoków u kobiet ciężarnych dowodzi, że środek ten nie jest w stanie wywołać poronienia. Dzięki więc wskazanym własnościom hydrastyniny mamy w niej środek, który ogranicza zakres stosowania nie zawsze bezpiecznego skrobania i pozwoli często uniknąć laparotomii.

*J. Luxenburg.*

160. Dr. GUIDO TURAZZA. **Asafoetida przeciw poronieniom nawykowym.** (*Asafoetida gegen habituellen Abortus*). (*Centralbl. für Gynäk., ur. 9, 1892*),

Dr. Laserta z Malty radził przy skłonności do ciągłych poronień bez widocznej przyczyny (luś, choroby macicy i więzów, gruźlica i t. d.) stosować Asafetydę.

Prof. Giordano z Turynu o tym samym środku miał odczyt w 1857 r., a dr. Cazzani (1881 r.) ogłosił dobre wyniki stosowania asafoetidy w tym celu w *Annali di ostetricia e ginecologia*. Prof. Paolo Aeyri (Wenecya) podaje asafetydę w postaci Gummae resinae asafoetidae grm. 6,00 na 60 pigulek. Z początku ciąży daje dwie dziennie pigułki, zwiększa do dziesięciu dziennie, a później ku końcowi ciąży stopniowo zmniejsza.

Dr. Turazza podaje ciekawe 4 przypadki poronień nawykowych, leczonych asafetydą.

I-szy przyp. 3 poronienia: pierwsze zimą 1889 r., drugie latem 1889 r., trzecie w Styczniu 1890 r., żadnej podstawowej choroby, wywołującej poronienia nie było. W Maju 1890 r. nowa ciąża; chora od początku przyjmowała asafetydę. Poród prawidłowy w Styczniu 1891 r.

II-gi przyp. Dwa porody i 5 poronień; ostatnie w Styczniu 1890 r. bez żadnej przyczyny; zaszła w ciążę w Maju 1890 r.; przyjmowała asafetydę; normalny poród w Styczniu 1891 r.

III-ci przyp. 3 porody i 5 poronień, ostatnie w Listo-

padzie 1889 r.; chora potem leżała dwa miesiące z powodu zapalenia około-macicznego i niezytu błony śluzowej macicy, zaśła w ciążę w Sierpniu 1890 r., przy podawaniu stałem asafetydy poród prawidłowy w Maju 1891 r.

IV ty przyp. W Sierpniu 1891 r. dr. Turazza był wezwany do chorej w 6-ym miesiącu ciąży z objawami rozpoczynającego się poronienia; po podaniu asafetydy w tym przypadku poronienie przerwano i ciąża doszła prawidłowo do końca.

Wzmiankuje autor również o dobrych rezultatach stosowania asafetydy przy zaburzeniach nerwowych, pochodzących od cierpień organów płciowych. W końcu swojej pracy zachęca wszystkich akuszerów i ginekologów do dalszych prób nad tym środkiem.

Stanislav Kurtz.

#### IV. Wiadomości pomniejsze.

161. **Antymon w chorobach zapalnych skóry.** Jak wiadomo, arsenik znalazł szerokie zastosowanie w chorobach skóry; pierwiastek zaś stojący bardzo blisko ze swych własności do arsenu, antymon nie znalazł dotychczas szerszego zastosowania, chociaż Cheadle, Mowis używali go z korzyścią przy pryszczycy, Hutchinson przy nerwowej płaskim liszaju. W zapalnych chorobach skóry dr. Allon Jamieson zaleca antymon. Stosował go z pomyślnym skutkiem przy dermatitis exfoliativa universalis, eczema acutum, dermatitis bullosa, lichen planus. Chorzy otrzymywali do wewnątrz tartarus stibiatus przeważnie w ilości 0,008 na dawkę trzy razy dziennie w ciągu 1—3 tygodni. Jednemu choremu z lichen ruber po wyleczeniu, poleconem zostało przez autora, podobnie jak to ma miejsce z arsenem przyjmować lek w stopniowo zmniejszającej się ilości do dni 14. We wszystkich przypadkach, oprócz leczenia wewnętrznego, stosowane było jednocześnie leczenie zewnętrzne (prawdopodobnie o wiele skuteczniejsze od wewnętrznego. *Przypisek referującego*), co ścisłość doświadczeń znacznie zmniejsza. Działanie antymonu autor porównywa z działaniem pilokarpiny, t. j. działanie przypisuje wpływowi leku na gruczoły potowe i na odżywianie skóry; antymon ma również przyspieszać odkładanie tłuszczu w tkance podskórnej, jak zmniejszać łuszczenie się naskórka. (Monatshefte für Praktische Dermatologie, nr. 12, 1891 r.).

Wl. K.

162. Dr. A. Lutz z Honolulu, radzi leczyć **kaszaki** w następujący sposób: jeżeli torebka kaszaka jest bardzo cienką i trudną do wyłuszczenia, a przytem, jeżeli zawartość kaszaka jest zropiałą, autor poleca zawartość wyskrobać ostrą łyżeczką, a następnie jamę wypędzować nalewką jodową i stosować ucisk, rezultat ma być o tyle pomyślnym, że ścianki kaszaka mają się od razu zrosnąć. (Monatshefte für Praktische Dermatologie, nr. 12, 1891).

163. Prof. Ribbert zwraca uwagę na to, że **przy zapaleniu nerek zmiany anatomiczne** nigdy nie mają w początku sprawy charakteru rozlanego. Sprawa zaczyna się od kanalików krętych drugiego porządku w postaci wielu drobnych ognisk tłuszczowego zwyrodnienia ich na-



blonka. Ten ostatni złącza się i wypełnia zupełnie światło byłego kanalika, który się następnie znakomicie kurczy. Występuje to szczególnie wyraźnie na podkorowych grupach wspomnianych kanalików, zebranych mniej więcej w kształcie ostrokągu. Skutkiem zaniku kanalików, powstają, odpowiednio do nich, zagłębienia na powierzchni nerek, warunkujące ich wygląd ziarnisty przy wysokim zastoju i zmianach starczych. *W. J.*

164. Riese opisuje bardzo ciekawe **zboczenie w rozwoju organów płciowych**, znalezione przypadkowo u 55-letniego mężczyzny. Miał on członek wielkości 5 cm., jądra tak zanikłe, że nie przechodziły wielkości migdała, lewy vas deferens zupełnie zarosnięty w swojej części koścowej na przestrzeni 20 mm. Nadto nie istniał u niego otwór ductus ejaculatorius, gdyż, w tem właśnie miejscu, w którym miała się znajdować ścianka lewego ductus ejaculatorius, siedział na 4 mm. grubej nóżce polipowaty fibromyomat, wystający do światła kanału moczowego. Ostatni fakt, mianowicie, polip części krokowej kanału moczowego na wyraźnej nóżce, jest dotąd pierwszy raz w literaturze zaznaczony. *W. J.*

165. Asystentowi instytutu patologicznego w Halli, doktorowi Gerdes, udało się **wykryć** za pomocą hodowli w przypadku **drgawek porodowych** (Eclampsia) **lasecznika** (w nerkach, wątrobie, we krwi), który, zaszczerpiony myszom, okazuje wysoki stopień jadowitości, wywołuje drgawki, zapaść i śmierć. Lasecznik ten wywołuje w narządach ciała (płuca, nerki, wątroba) zatory, których źródłem jest zapewne pierwotne siedlisko w łożysku. (D. M. W. 19). *H.*

166. W ostatnich czasach otrzymano nowy preparat Guajacolu—**guajacolum carbonicum**. Związek ten powstaje przez działanie chloro-carboxydu na guajacol—natrium. Jest to ciało krystaliczne, pozbawione smaku i zapachu, w żołądku się nie zmienia, dopiero w kiszkach rozkłada się na swe składniki. Podaje się tam, gdzie i guajacolum, w dawce 0,5 kilka razy dziennie, dawkę dzienną można do 6,0 podnieść. *H. K.*

167. Dr. Ochren zaleca **ichthyol** przeciwko **nadżarciom i rankom na brodawkach** u kobiet karmiących. Środek ten stosuje on w następującej formie:

Rp. Ichthyoli	4,0
Lanolini	
Glycerini aa.	5,0
Ol. Olivar	1,0.

Maść ta, podług autora, odznacza się następującymi zaletami: 1) bóle przy przykładaniu dziecka do piersi ustają w bardzo krótkim czasie, 2) nadżarcia goją się szybko bez potrzeby odstawiania dziecka lub zabezpieczenia brodawki odpowiednią zasłonką, 3) maść zmywa się lekko i całkowicie, 4) nie jest trującą, tak, że nawet niezmyta, dziecku żadnej szkody przynieść nie może. (Terap. Monatsheft). *H. K.*

168. Wychodząc z założenia, że przy używaniu **zwykłych roztworów barwników na pasorzyty**, przygotowanie preparatu trwa czasami zbyt długo i nie jest dość czyste, Nastinkow i Peurzner radzą dodawać do barwników nieco sublimatu. Najlepiej jest do 100 c. cm. roztworu sublimatu 1:1000 z dodatkiem chlorku ammonu 1:2000 dolewać 10

ccm. 10% spirytusowego roztworu gentianawiolet. Barwnik taki stać może nieograniczenie długi czas i zabarwia bez ogrzewania wszystkie pasorzyty w ciągu pięciu sekund. Można przygotować w ten sam sposób roztwory błękitu metylowego, fioletu metylowego lub fuksyny. Ostatni roztwór barwi przepysownie gonokoki. Chcąc preparat podbarwić, można go przedtem trzymać przez kilka minut w 1% spirytusowym roztworze eoizyny. Wrac 1892, nr. 14).

W. Jan.

169. **Pluskwy, jako przenośniki gruźlicy.** Dr. Dewèvre obserwował trzech braci, pochodzących z rodziny zdrowej, którzy jeden po drugim ulegli gruźlicy. Średni brat czas jakiś sypiał razem ze starszym, w chwili jego śmierci jednak jeszcze był zdrowy. Sypiał on na tem samym łóżku dalej i dopiero po skonstatowaniu zmian w płucach przez autora, pościel poddano dezynfekcyi. Ckory zmarł. W kilka miesięcy później zachorował na gruźlicy najmłodszy brat; i on używał tegoż samego łóżka, w którym pościel poddano powtórnej dezynfekcyi. Przy badaniu chorego autor zauważył na ciele bardzo liczne ślady ukąszeń, które pochodziły od niezliczonej liczby pluskiew, gnieźdzących się w drzewie łóżka, które nie było dezynfekowane. Podejrzewając w obecności pluskiew łącznik przyczynowy w tych trzech przypadkach choroby, Dewèvre zaczął badać pluskwy na obecność laseczników Kocha i za pomocą hodowli i szczepień udało mu się obecność ich w samej rzeczy wykazać. Pozostawiwszy pluskwy (z innego miejsca) w zetknięciu z plwociną gruźliczą, autor znajdował w nich następnie zarazek gruźliczy. Pluskwy zapewne zarażają się tą drogą, chociaż mogą wysysać zarazę i ze krwi chorego. Takie chore owady mogą ukłócićm swem następnie przekazywać jad gruźliczy osobom zupełnie zdrowym. Być może, że spostrzeżenie to posłuży do wyjaśnienia etyologii gruźlicy w różnych wątpliwych przypadkach. (Rev. Med. 4).

Z naszej strony (refer.) zauważemy tu, że w przypadkach autora gruźlica rozwijała się w płucach zwykłą drogą, przypuściwszy zaś, jak chce autor, wprowadzenie zarazka do ciała przez krew, możnaby się spodziewać innego obrazu klinicznego.

O. H.

170 Porównawcze badanie d-ra Vas nad **czułością rozmaitych prób na białko w moczu** dały następujące wyniki: 1) kwas octowy z sublimatem wykazuje 0,06% białka, 2) kwas azotny z gorzką solą 0,015%, 3) kwas solny z chlorkiem wapnia 0,01%, 4) kwas octowy z rodankiem potasu 0,004%, 5) kwas trójchlorooctowy 0,002%, 6) kwas siarczano-salicylowy 0,002%, 7) gotowanie 0,005%, 8) kwas octowy z żelazocyjankiem potasu 0,0025%. Autor na pierwszym miejscu stawia próbę nr. 6, dalej nr. 8 i nr. 4. Kwas trójchlorooctowy strąca mocznany, co może być źródłem omyłek, przy próbie nr. 6 i nr. 8 nie ma obawy o powstawanie osadów i mętów innego rodzaju, prócz białkowych. (Wr. 19).

171. Dr. Unna podaje, jako najpraktyczniejszy następujący **sposób zmywania płam z farb aniliniowych.** Ręce należy z początku obmyć 5% roztworem kwasu solnego, następnie roztworem dwutlenku wody (0/0<sup>2</sup>) i wreszcie spirytusem. (W. 21).

O. H.

## Kronika miesięczna.

### — Sprawozdanie Kassy wsparcia wdów i sierot po lekarzach.

W zeszytym n-rze, w krótkiej wzmiance podaliśmy wiadomość o posiedzeniu ogólnem członków Kassy wsparcia wdów i sierot po lekarzach, istniejącej przy Towarzystwie lekarskiem warszawskiem od 1857 r. Wzmiankę tę uzupełniamy następującymi szczegółami. Jak wiadomo, z powodu śmierci prof. Szokalskiego, zarządzającego Kasą wsparcia, wybrano na zarządzającego kol. Rogowicza, członka Komitetu, a na jego miejsce prof. Julijana Kosińskiego.

Komitet Kassy w tym składzie, odbył w roku sprawozdawczym 11 posiedzeń, na których, oprócz rozpatrywania podań o wsparcie i przyznawania wsparć, załatwiał sprawy finansowo-administracyjne. Komitet udzielił wsparcia 101 osobom w kwocie 6,675 rs. W czasie sprawozdawczym odebrano następujące kapitały, wypożyczone z funduszu żelaznego Kassy: 1,000 rs. zahypotekowane na domu stypendyjnym w Piotrkowie, zostającym w administracji Tow. lek. warszawskiego, 8,400 rs. zabezpieczone na nieruchomości Towarzystwa w Warszawie.

Tym sposobem prawie cały fundusz żelazny Kassy 33,786 rs. z końcem 1891 r. wynoszący obecnie mieści się w listach zastawnych Tow. kred. ziemsk. i Tow. kred. m. Warszawy, złożonych w depozycie tych instytucyj.

*Dary i ofiary* Kassa wsparcia w roku 1891 otrzymała następujące:

1) Od d-ra Michała Zieleniewskiego z Krakowa 250 egz. jego dzieła p. t. „Rys balneoterapii”, 40 egz. „Rys balneotechniki” i 10 egz. „Rys balneologii”, ogólnej wartości po cenie księgarskiej 872 rs., a po cenie obecnie niższej 400 rs.

2) Od Towarzystwa lekarskiego warszawskiego w kuponach od listów zastawnych m. Warszawy 502 rs. 50 kop., płatnych w d. 1 Kwietnia r. b., a to ze względu na długoletnie korzystanie z kapitału Kassy na 6% rocznie, zabezpieczonego na nieruchomości tegoż Towarzystwa w Warszawie, a obecnie całkiem już spłaconego.

3) Od d-ra Mazanowskiego Józefa z Białej Podlaskiej gotowizną 245 rs.

4) Od d-ra Stankiewicza Władysława z Warszawy, w miejsce rozsyłania powinszowań noworocznych 150 rs. Inni lekarze warszawscy z tego samego powodu ofiarowali 225 rs.

5) Wreszcie inne ofiary jednorazowe przez członków Kassy i innych lekarzy do stowarzyszenia tego nie należących nadesłane wynosiły 101 rs.

Komitet rozesłał 76 odezwo do lekarzy cywilnych w gub. Warszawskiej i Lubelskiej zamieszkałych, a nie będących dotąd uczestnikami Kassy wsparcia, z prośbą o zapisanie się na członków tej instytucji. W odpowiedzi pozyskał tylko 17 nowych uczestników. Nadto rozesłano także odezwo 84 do lekarzy w Warszawie zamieszkałych, z których zaledwie 14 złożyło deklaracje na opłacenie rocznych składek. Wobec tego Komitet zapowiedział, że będzie zmuszony w roku bieżącym ściśle zastosować postanowienie Komitetu z d. 20 Grudnia 1876 r., mocą

którego wsparcia, udzielane wdowom i sierotom po nieczłonkach Kasy wsparcia, w żadnym razie kwoty 10 rs. półrocznie przewyższać nie mogą. A i członkowie zalegają w składkach, wprawdzie zaległości w 1891 r. były mniejsze, niż w latach poprzednich, jednakże i tak znaczną wynoszą kwotę 680 rs.

Szkoda, iż należy uciekać się aż do tych środków użytych przez Komitet (rozdzielania wdów i sierot po członkach i nie członkach Kasy) w celu zachęcania kolegów do zapisywania się na członków—wszak kilka rubli rocznie każdy wnieść może?

Niejednokrotnie zarówno nasze pismo, jak i inne pisma lekarskie występowały przeciw reklamom, umieszczanym niekiedy w pismach codziennych przez lekarzy; prócz protestu w tych razach nic nam nie pozostawało. O ile jednak przykrzej jest powrócić do tej kwestyi z powodu reklamy w dziale redakcyjnym pisma lekarskiego, które stać winno na straży etyki i godności lekarzy. Mamy tu na myśli „Medycynę”, w której w n-rze 19, jakby nieprzyjemne echo współczesnych reklam w prasie politycznej, zjawił się ojednym z kolegów artykuł, który swoim stylem przeszedł wszystko, cośmy dotąd w tym kierunku czytali.

— Przed paru laty na jednym z posiedzeń Komitetu szpitalnego Wystawy higienicznej poruszyliśmy kwestyję, którejby można dać nazwę „estetyki szpitalnej”. Żądaliśmy, aby w ogólnem urządzeniu sali szpitalnej uwzględniane były i potrzeby estetyczne chorych, aby oczy chorego nie błąkały się po gołych ścianach, szukając napróżno jakiejś dla siebie rozrywki wśród męczącej monotonności białych powierzchni.

Kilka tanich obrazów, fotodruków i t. p., przenoszonych w pewnych odstępach czasu z jednej sali na drugą, parę wazonów kwiatów stanowiłoby już pewne urozmaicenie dla mało zresztą w tym kierunku wymagającego przeciętnego mieszkańca sali szpitalnej.

Głos nasz przebrzmiał wtedy bez echa. Tymczasem na kwestyję tę zaczynają zwracać uwagę zagranicą, szczególnie w Anglii. Pośrednio, aczkolwiek w szczupłym zakresie, oddziaływają u nas w omawianym kierunku siostry miłosierdzia za pomocą obrazów treści religijnej, jakie widzujemy na niektórych salach, i wazoników fuksyi i gieranijum, jeżeli same są amatorkami kwiatów, a nie napotykają przeszkody ze strony administracyi szpitalnej. Bezwidne te przyczynki do naszego planu są jednak bardzo mało znaczne; potrzeba tu systemu i szerszych oczywiście zakresów.

Daleko więcej palącą jest nawiązująca się tu kwestyja bibliotek dla chorych szpitalnych, względnie, dostarczanie chorym książek, pism i t. p. materiału do czytania.

Nie ulega kwestyi, że cyfra umiejących czytać wzrasta ciągle i że znaczny procent szpitalnych chorych posiada już pewne nawyknienie do czytania, będące dla niemalej liczby potrzebą. Wyobraźmy sobie takiego chorego zmuszonego do przebywania przez parę tygodni a nawet miesięcy w szpitalu! Niczem nie rozrywana jednostajność dziennego porządku, ograniczone zasoby inteligencyi nie dające myśli materiału z wewnątrz i brak pobudek zzewnątrz wytwarza ciężką nudę, zmusza chorego do zwracania się ciągle ku swojej chorobie i wytwarza z czasem stan rozdrażnienia albo nastrój hypochondryczny, bynajmniej nie sprzyjający postępowi leczenia.

Dziwić się należy, że w dzisiejszej dobie, kiedy wpływ nerwów i „psyche” na stan ogólny ustroju i poszczególne choroby tyle jest omawiany teoretycznie—tak ważne potrzeby duchowe nie są dotąd uwzględniane w szpitalach.

Od paru lat przynoszę na swoją salę „Kurjerka”. Trzeba widzieć, jak niejeden chory wygląda go niecierpliwie, jak mu się mina wyciąga, jeżeli przypadkiem gazety zapomnę. Widok ten może nauczyć regularności nawet mało systematycznego roznosiiciela.

Nie wiemy, czy zagranicą są rozpowszechnione po szpitalach biblioteczki dla chorych i jak do tego przyczynia się administracja. Ze starań za to prywatnej inicjatywy możemy przytoczyć przykład, godny naśladowania, że gazety i książki pozostawione w wagonach kolei żelaznych bywają odesłane do szpitali. Na niektórych liniach spotykaliśmy nawet odezwy do pasażerów, aby przeczytane egzemplarze gazet i książek (za granicą istnieją tanie wydawnictwa t. zw. Eisenbahn bibliothek) pozostawiono na użytek szpitali.

U nas wiemy tylko o jednym księgozbiorze dla chorych szpitalnych.

Powstał on dzięki ofiarności Szanownego prof. Baranowskiego, kiedy jeszcze prowadził klinikę dyagnostyczną, była tam znana dobrze kolegom salka przeznaczona dla tak zwanych przez staruszkę (ile generacji lekarzy ją pamięta!) ś. p. siostrę Józefę „inteligentów”, głównie studentów uniwersytetu. Ci to przeważnie z książek tych korzystali.

Biblioteczka ta zastosowana dla ludzi o wyższym rozwinięciu przeszła na inną salę, gdzie rzadko znajduje czytelników. Tylko „Kłossy” i „Tygodnik” cieszą się zawsze stałym powodzeniem.

O potrzebie, którąśmy tu poruszyli a której ważność przyzna w zasadzie każdy czytelnik, tyle dobroczynna nasza publiczność niewyrobila sobie jeszcze pojęcia, i nie można się temu dziwić, kiedy nie przejawia się ono prawie w tych co mogą braki te obserwować codziennie. Może przeto głos nasz będzie dla jej wrażliwego na niedolę bliźniego ucha wskazówką, aby i w tę stronę wyciągnęła swą rękę z niekosztowną a tak pożądaną ofiarą.

Proponujemy, aby przeczytane pisma codzienne oddawać do szpitali na użytek chorych. Bardzo pożądanymi są pisma ilustrowane, których dawne roczniki, często sprzedawane na funty, nie jednemu nie-szczęśliwemu mogą skrócić godziny pobytu, dalej pisma humorystyczne, wydawnictwa dla dzieci, młodzieży i t. d. Sądzę, że dałoby się wyprosić u administracji szpitalnej pozwolenie na przybicie w bramach szpitalnych puszek, w którą przechodzący rano do biura czy do szkoły, mężowie czy dzieci, mogliby wkładać regularnie pisma, jakie następnie siostry miłosierdzia rozdawałyby chorym.

O. H.

— Kolega T. Heryng powołany został na katedrę laryngologii w Innsbrucku, zaszczytnemu temu jednak wezwaniu odmówił.

— Prof. Gluziński wykładać będzie w 2-giem półroczu w Krakowie patologię ogólną w zastępstwie prof. Adamkiewicza, który podał się do dymisji.

— Prof. Unfericht został mianowany dyrektorem szpitala w Magdeburgu, prof. Klebs został powołany do Chicago.

— Prof. Kölliker, znakomity histolog, obchodził w końcu ubiegłego miesiąca 50-letni jubileusz.

— W Paryżu, utworzył się związek, mający na celu zapoznać się z patologią i terapią raka. Związek utworzył się dzięki inicjatywie prof. Verneill'a, ustawę opracowuje dr. S. Duplay.

— Prof. uniwersytetu w Innsbrucku, dr. Adolf Jarisch został powołany na katedrę dermatologii i syfilidologii do Grazu.

— Dr. Kitasato, dyrektor Instytutu bakteriologicznego w Tokio, otrzymał tytuł profesora uniw. berlińskiego *honoris causa*.

— Kolega Alfred Rosé otwiera w bieżącym miesiącu w Otwocku (willa Zacisze) zakład kumysowo-leczniczy. Kol. R. przez 4 lata prowadził tego rodzaju Zakład w Krasnobrodzie.

— Zakład hydropatyczno-pneumatyczny na Oboźnej, niegdys. p. Brodowskiego a następnie Fritschego objął kol. Dobrzycki. Przez lato Zakład prowadzić będzie kol. A. Ciagliński; lekarzem miejscowym będzie kol. R. Skowroński.

— *Towarzystwo zwolenników homeopatii.*

W dniu 1 b. m. odbyło się posiedzenie pierwsze nowo zawiązanego Towarzystwa homeopatów, a raczej zwolenników doktryny Hannemana. Przybyło 30 osób, z pośród których wybrano na prezesa zarządu inż. Kerbedzia, a członków pp. Szyrajewa, Szucha, Walderowicza, Fronckiego, na sekretarza p. Drzewieckiego, lekarza homeopatę. Wybór ten mówi za siebie i poucza, iż Towarzystwo bynajmniej nie ma na celu naukowego, raczej towarzysko-ideologiczny charakter. Celem, jaki sobie Towarzystwo postawiło, ma być urządzenie lecznic i szpitali homeopatycznych. Środkami ku temu: wpisowe członków (rs. 2), składka roczna (rs. 5) oraz wpływy z odczytów przedstawięń, koncertów i t. p. Nadto Tow. zamierza wydawać dziennik. Notując te dane (z „Kuryjera Warszawskiego” nr. 152 zacierpnięte) z obowiązku kronikarskiego zaznaczyć musimy, iż prasa tutejsza wobec Towarzystwa zachowuje się sceptycznie, a wystąpienie z filipiką przeciw prasie inicjatora Towarzystwa p. Drzewieckiego spowodowało ostrą, ale zasłużoną odprawę.

— *Śmiertelność dozorczyń.* Prof. Tyndall zwraca uwagę na wielką śmiertelność pomiędzy osobami pielegnującymi chorych. Zdrowa 17-letnia dozorczyni chorych, ma szansę umrzeć o 21 lat wcześniej niż każda inna tego wieku dziewczyna oddająca się innej pracy. 25-letnia dozorczyni nie ma przed sobą więcej lat życia jak 58-letnia przeciętna kobieta. Nie posiadamy odnośnych dokładnych cyfr z naszych warunków, osobista jednak 10-letnia obserwacja personelu szpitalnego u Dzieciątka Jezus, potwierdza powyższy pogląd odnośnie felczerów, których znaczny procent ulega gruźlicy. Śmiertelność sióstr miłosierdzia nie zdaje się być znaczną. Posługa zaś zbyt często się zmienia, aby mogła służyć za materiał do obserwacji. Wreszcie czynność jej nie odpowiada ściśle zajęciom dozorczyni.

— *Tyfus wysypkowy.* Epidemija tyfusu wysypkowego rozszerza się w coraz to większej liczbie miast: Kazań, Saratów, Samara, Symbirsk, Perm, Penza, Charkow, Odessa i wiele innych; w miejscowościach, które ucierpiały od głodu, charakter epidemii jest złośliwy. Wszędzie przedsiębiorą się środki zaradcze. Za b. ważne uważamy następujące punkty z przepisów, ustanowionych przez Sanitarne Towarzystwo w Saratowie, mianowicie: 1) śledzenie za nowemi przypadkami,

2) bezwarunkowe przenoszenie chorych do szpitali specjalnych, 3) gruntowna przymusowa dezynfekcyja. Do walki z zarazą zarządy miast powołują coraz więcej lekarzy, kilka partyi studentów z Petersburskiej Akademii medycznej i innych uniwersytetów z całym poświęceniem podjęło się służby sanitarnej i lekarskiej. Chorobie podlega stosunkowo wielu lekarzy. „Wraccz” już kilkunastu wyliczył zmarłych wskutek epidemii.

W Warszawie, epidemija, która zdawała się wygasać, przybrała szersze rozmiary, a co gorsza przypadki choroby przybywają z całego prawie miasta, podczas, gdy w początku epidemija była więcej zlokalizowaną (Pawiak, areoszt.). Z personelu lekarskiego podlegli chorobie wskutek zarażenia się—kol. Rembieliński i kol. Chelmoński, obaj są już w okresie zdrowienia. W oddziale przy szp. Dz. Jezus zachorowały też trzy siostry miłosierdzia i jeden felczer.

— *Sanatoryjum dla suchotników.* W Wyborgskiej gubernii o 7 wiorst od stacyi kol. Finlandzkiej N. Kirka, otwarte zostało pierwsze w Rossyji sanatoryjum dla suchotników. Środki na utrzymanie zakładu płyną z Osobistej Kancelaryi Najjaśniejszego Pana. Chorzy, obojga płci i wszelkich stanów, wnoszą określoną płacę, z wyjątkiem niezamożnych. Zarząd sanatoryjum znajduje się w rękach lekarza głównego, który ma do pomocy dwóch asystentów. (Z. N. 2).

— Wraccz (nr. 21) donosi, że w gubernii Saratowskiej wybuchła epizootyja promienicy (actinomycosis). Już w początkach rozpoznania zarazy większa część bydła w przeszło 20 majątkach była chora.

— 28 i 29 Maja r. b. odbył się w Baden-Baden Zjazd neurologów i psychiatrów niemieckich.

— W d. 7 b. m. w Berlinie poświęcono gmach posiedzeń dla związków chirurgów niemieckich imienia Langenbecka. Prezesem związku jest, jak wiadomo, prof. Bergman.

— Jak donosi „Deutsche Medicinische Wochenschrift” (18), Cesarski instytut Medycyny doświadczalnej będzie wydawał nowe pismo pod tytułem: „Les Archives des sciences biologiques”. A więc w języku francuzkim?!

— Ogólne zebranie lekarzy niemieckich, jakie będzie miało miejsce 27—28 Czerwca r. b. w Lipce, pomiędzy innemi ma rozpatrywać kwestyję osobnego egzaminu dla specjalistów. Referent dr. Stimmel postawił następujące tezy: 1) W rozwoju specjalności wytworzyły się anomalije, szkodzące zarówno stanowi lekarskiemu, jak i publice. 2) Osobne egzamina dla specjalistów wytworzyłyby takowych w samej rzeczy, usuwając ludzi, biorących takie tytuły bez odpowiedniego przygotowania. Z drugiej strony jednak wytworzyłyby urzędownie dwie klasy lekarzy, ze szkodą dla ogółu lekarzy praktycznych. 3) Zniesienie nazwy specjalisty wogóle nie leży, ani w interesie lekarzy, ani publiki. 4) Lekarze specjaliści powinni zrzec się praktyki ogólnej.

— Dr. Blascko podaje w Berlin. Klin. Woch. (nr. 18), niektóre ciekawe szczegóły, dotyczące **prostytycyi**. Między innemi utrzymuje on, na podstawie danych statystycznych, zebranych z różnych większych miast europejskich, że z pomiędzy kobiet, zarażonych chorobami wenerycznymi, znacznie większy procent przypada na mieszkanki domów publicznych, aniżeli na dziewczyny, mieszkające oddzielnie. Przyczynę tego zjawiska upatruje autor w tem, że prostytutki z do-

mów nierządu liczniej są odwiedzane od zamieszkałych oddzielnie, przycem przyjmować muszą mężczyzn bez żadnego wyboru, że w razie zarażenia mężczyzny odpowiedzialność na nie nie spada, wskutek czego mniej są ostrożne, wreszcie są to przeważnie kobiety zupełnie młode i zarażają się syfilisem łatwiej, gdy tymczasem z pomiędzy prostytutek innego rodzaju znakomita większość przymiot już przebyła. W samym Berlinie od czasu zamknięcia domów publicznych, t. j. od 1856 r. liczba chorych wenerycznych znacznie się zmniejszyła.

Za główne źródło zarazy wenerycznej powszechnie uważają wszyscy t. zw. prostytutkę tajną, autor jednak na podstawie swych spostrzeżeń doszedł do wprost przeciwnego wniosku; podług niego  $\frac{2}{3}$  syfilityków zawdzięcza swą chorobę jawnym, kontrolowanym prostytutkom. Do podobnego wniosku doszedł i Fournier: na 873 przypadków przymiotu 625 razy zarażały dziewczyny kontrolowane, 186—służące, utrzymanki, robotnice, mężatki, gdy tymczasem tylko w 46 przypadkach przyczyną zarazy była tajna prostytutka.

Na podstawie swych badań przychodzi autor do wniosku, że domy publiczne nie mają dziś już racji bytu, jako nie odpowiadające celowi swemu. Jest to zabytek dawnych czasów, nie odpowiadający dzisiejszym wymogom: najwymowniej przemawia za tem to, że liczba domów nierządu w dużych miastach Europy w ostatnich czasach znacznie się zmniejszyła. H. K.

— Prof. Drasche i Weichselbaum z Wiednia, wysłani do Gurkfeldu (Kraina) dla zbadania wybuchłej tamże **epidemii prosówki** (miliaria), ogłaszają następujące wyniki swych spostrzeżeń. Choroba zaczyna się zwykle silnym, przeciągłym dreszczem, bólami stawowemi, podniesieniem ciepłoty do 41°, oraz uczuciem strachu, poczem następuje obfity pot właściwego zapachu, i zjawia się wysypka w postaci grudek na sinawej lub ciemno-czerwonej skórze. Następnie przy mniej więcej umiarkowanej gorączce (38°), oraz nieznacznym pocie, skóra blednie, grudki zaś napęcznieją, bądź jasną surowicą, bądź mleczno-mętnym lub nawet ropnym płynem. Bardzo prędko następowało łuszczenie. W większości przypadków po jednym lub kilku dniach cały obraz napędu w opisany sposób znowu się powtarzał. W przypadkach śmiertelnych występowały zaraz podczas okresu dreszczy: konwulsyje, majaczenie, utrata przytomności; żaden chory z temi objawami nie wyzdrowiał.

Badanie zwłok 22-letniej kobiety, zmarłej podczas acme napędu wykazało, prócz niewyraźnej grudkowatej i pęcherzykowej wysypki na piersiach, brzuchu, szyi i twarzy, wynaczynienia na błonie śluzowej tchawicy i dolnej części żołądka, ogniska hemoragiczne w dolnych zrazach obydwoich płuc, wynaczynienia na wsierdziu lewej komórki, oraz ostry obrzęk śledziony. Krew chorych i zawartość pęcherzyków z różnych okresów choroby poddawano badaniu drobnowidzowemu i pasorzytniczemu, z wyników tych badań, tak ważnych dla etjologii cierpienia, badacze nie omieszkają w krótkim czasie zdać sprawę.

— W liście członków Towarzystwa lekarzy argentyńskich, spotykamy się z nazwiskiem jednego z naszych rodaków d-ra Gustawa Jasińskiego. Towarzystwo liczy 130 członków i wydaje dwumiesięcznik: „Revista de la Sociedad médica Argentina”, wychodzący w Buenos-Aires. Prezesem Towarzystwa jest dr. L. Montes-de Oca. W n-rze



2-gim, który mamy przed sobą, znajdujemy, prócz protokółów posiedzeń, następujące artykuły oryginalne D. J. A. Esteves: Hemiatrophia facialis progressiva, dr. P. Lagleyze: O leczeniu zeza, dr. Decoud: Leczenie lympho-sarcomatis, dr. Cecylja Grierson: Przypadek zatrzymania miesiączki, oraz dr. J. Laure: Prophylaxis febris puerperalis. Z pism, wychodzących w Buenos Aires, otrzymujemy nadto: „Anales del departamento nacional de higiene”, wychodzące pod redakcją d-rów P. Arata i E. Coni. Pismo to wychodzi co miesiąc. W końcu nadmienić musimy, iż redakcja „Revista de la Sociedad médica argentina” uprasza autorów, którzyby chcieli, aby ich prace były streszczane, o nadsyłanie 2-ch egzemplarzy pod adresem: Buenos-Aires Paraguay 714.

— *Tematy konkursowe.*

Na posiedzeniu tutejszego Tow. lekarskiego wybrano na rok 1892/3 następujące tematy do rozpraw konkursowych imienia Koczorowskiego:

1) Jakość i ilość bakteryj chorobotwórczych i nieszkodliwych w wodzie wiślanej.

2) Wpływ zanieczyszczeń kanałowych i filtrowania przez filtry piaskowe na zawartość bakteryj i skład chemiczny wody rzecznej.

3) Zbadać chemicznie produkty trujące jednego z grzybków chorobotwórczych.

4) Zbadać anatomicznie i fizyologicznie unerwienie krtani.

5) Wyjaśnić proces kisenia barszczu, kapusty etc., na drodze ścisłego badania.

6) Sprawdzić, czy i jakie mikroorganizmy mogą być wraz z potem wydalone z ustroju przy chorobach zakaźnych.

7) Zbadać histologiczną budowę jajowodów z uwzględnieniem rozwoju fałd i kanałów drugorzędnych.

8) Wpływ rezekcji różnej długości odcinków kiszek w różnych miejscach na wchłanianie białka, tłuszczów i wodorów węgla.

9) O wchłanianiu tłuszczu i białka w przewodzie pokarmowym niemowląt z mleka sterylizowanego, w porównaniu z mlekiem kobicem.

10) Fermentacyja w żołądku normalnym i patologicznym (badanie chemiczne i bakteryjologiczne).

11) Wykazać granicę kąta maksymalnego, a jeszcze nieszkodliwego skręcenia główki noworodka: a) przy unieruchomieniu miednicy, b) przy unieruchomionych stopach. Wykazać, jaki udział przy takim skręceniu przyjmuje każda z części kręgosłupa i oznaczyć dla każdej hamulce skręcenia.

12) Zbadać proces trawienia młodej celulozy roślinnej, produkty przy tem tworzące się i wyprowadzić ztąd wnioski co do wartości pożywnej celulozy roślinnej (jarzyny, szpinak etc.).

13) Przeszczepialność raka i naukowe objaśnienie tego zjawiska.

14) Czy zniszczenia w płucach u suchotników zależą od działania wyłącznie tylko lasecznika Kocha?

— Na kwestyjonyjusz nasz, co do bytu lekarzy prowincjonalnych, do tej pory otrzymaliśmy kilkadziesiąt odpowiedzi. Ilość ta nie jest wystarczającą do wysnucia jakichkolwiek bądź wniosków, to też

zmuszeni jesteśmy w myśl żądania wielu kolegów prowincjonalnych termin nadsyłania odpowiedzi przedłużyć do 15 Września r. b.

## NEKROLOGIJA.

— W Lipsku zmarł prof. *W. Braune*, znany z prac nad anatomiją topograficzną.

— D. 2 b. m. zmarł w Wiedniu sławny psychiatra prof. *Teodor Meynert*, przeżywszy lat 53.

### Przegląd prac oryginalnych, pomieszczonych w pismach polskich

w miesiącu MAJU 1892 r.

1) *Prof. dr. W. Jaworski*. Kilka słów o zachowaniu się objawów dyspeptycznych w klimacie wysokogórskim. (Gaz. L. 19).

2) *W. Harajewicz*. Przypadek poronienia przewlekłego, leczony metodą Apostoli'ego. (G. L. 19).

3) *K. Rychlński*. Przyczynek do nauki o ostrych psychozach. (Gaz. Lek. 18, 19).

4) *J. Muttermilch*. Anatomija przewlekłych zapaleń łącznicy. (G. L. 20).

5) *Z. Mierzyński*. O znaczeniu prób Günsburga i Boasa. (G. L. 20).

6) *Dr. med. Higier*. Przypadek apopleksyi historycznej. (G. Lek. 20).

7) *J. Czarnocki*. Cierpienie nerek wskutek przebytej rzeżączki. (G. L. 20).

8) *Dr. med. J. Czajkowski*. O drobnoustrojach we krwi i wydzielinie śluzowej nosa chorych na odrę. (G. Lek. 21).

9) *M. Rejchman* i *S. Mintz*. O znaczeniu kwasu solnego w lecznictwie chorób żołądka. (Gaz. Lek. 21).

10) *J. Szwajcer*. O epidemii tyfusu wysypkowego w szpitalu Zapasowym w Warszawie w r. 1889. (G. L. 17, 18, 19, 20).

11) *Wacław Orłowski*. Zmiany w komórkach nerwowych przy wściekłości. (Gaz. Lek. 22).

12) *Prof. J. Dogiel*. Przyczynek do sprawy odtwarzania się krwi. (Gaz. Lek. 22). Będzie w przyszłym numerze.

13) *A. Wizel*. Najnowsze poglądy na kwestyję agrafii. (Gaz. Lek. 22).

14) *M. Bojasinski*. Otrucia essencyją octową resp. kwasem octowym. (Med. 19).

15) *Wł. Biegański*. Kilka uwag o bredzeniu pogorączkowym w przebiegu chorób zakaźnych. (Med. 18, 19).

16) *A. Grünbaum*. Dwa przypadki ropnia podprzeponowego. (Med. 20, 21).

17) *K. Wisłocki*. Nowoczesne sposoby leczenia suchot płucnych. (Med. 21).

- 18) *T. Heryng.* Bąblica błony śluzowej gardzieli i krtani. (Nowiny 5).
- 19) *Jerzykowski.* Uwagi nad ostatnią epidemią grypy. (Now. 5).
- 20) *Święcicki.* Elektroliza w ginekologii. (Now. 5).
- 21) *W. Łepkowski.* Przyczynę do histologii zębiny, z podaniem nowej metody sporządzania preparatów zębów i kości. (Przegl. Lek. 19, 20).
- 22) *Prof. Jaworski.* Uwagi nad leczeniem w sanatoryjach dla chorych na gruźlicę płuc. (Przegl. Lek. 19, 20).
- 23) *Dr. med. Ziemiński.* Przyczynę do lekowej terapii chorób spojówki. (Przegl. Lek. 20).
- 24) *Prof. Parenski i dr. Blatteis.* O pasorzytce zimnicy. (Prz. Lek. 10, 12, 13, 14, 18, 19).
- 25) *Prof. Głuziński.* O blednicy i jej leczeniu. (Prz. L. 21, 22).
- 26) *Uhma.* Leukoderma syphiliticum. (Prz. Lek. 18, 21, 22).
- 27) *St. Momidłowski.* O intubacji w dławcu. (Prz. Lek. 22).
- 28) *Rosenblatt.* Przyczynę do przebywania ciał obcych w jelicie. (Prz. Lek. 22).
- 29) *Kapelski.* Atresia hymenalis, haematocolpos (Now. L. 5).
- 30) *Salutrzyński.* Poród opóźniony, przodujące ramiona, obrót, przepuklina mózgowa (Now. L. 5).
- 31) *Szampke.* Kilka słów z powodu ostrego gościa stawowego i przebiegającego z nim razem zapalenia wsierdza i płuc. Leczenie fenacetyną. (Now. L. 5).

1) *W. Jaworski.* **Kilka słów o zachowaniu się objawów dyspeptycznych w klimacie wysokogórskim.** Autor zaznacza nader korzystny wpływ klimatu w Davos na trawienie u dotkniętych cierpieniami przewodu pokarmowego. Brak łaknienia, ciśnienie i bóle w żołądku, wymioty, zaparcie stolca, biegunka i guzy krwawnicowe ustępowały, a współcześnie polepszał się stan ogólny i chorzy przybywali na wadze. Chorzy nawet z rozstrzenią żołądka znosili znaczne ilości pokarmów, które w zwykłych warunkach potęgowałyby cierpienie. To wpływało na stan ogólny chorych. Przeważny materiał obserwacyjny stanowili osobniki gruźlicze, autor jest zdania, iż i u nich jednak upośledzone trawienie podlega tym samym warunkom, co i u niegruźliczych osobników. Działanie dodatnie Davos w tym kierunku autor przypisuje zarówno wpływowi powietrza wysokogórskiego na krew i oddechanie, jak i znacznej utracie wody przez oddechanie rozrzedzonym powietrzem.

*J. Zaw.*

2) *Wł. Harajewicz.* **Przypadek poronienia przewlekłego, leczony metodą Apostoli'ego.** (G. L., nr. 19). Po jednorazowym zastosowaniu prądu stałego (biegun dodatni w macicy;—150 M.;—5 minut) łożysko, podtrzymujące przez czas dłuższy krwawienie odeszło bez bólu i utraty krwi. Sądzimy, że rola, jaką w leczeniu powyższego przypadku odegrał prąd stały jest mało znaczącą i że bez galwanizacji leczenie to dałoby się przeprowadzić również szybko i bezpiecznie. *A. N.*

3) *Rychliński.* **Przyczynę do nauki o ostrych psychozach.** (G. L. 18 i 19).

Autor dla mało znanego ostrego cierpienia umysłowego, amencyi, ustanawia 3 kardynalne objawy, spotykane u wszystkich chorych tej kategorii: 1) nadzwyczajną zmienność usposobienia chorego; 2) roz-

strój czynności asocjacyjnych włókien i 3) swoiste rozprężenie w sferze świadomości chorego. Drogą analizy poszczególnych objawów w 2-ch przytoczonych opisach obserwowanych przez się przypadków przychodzi R. do wniosku, że tak zwana „hallucynacyjna forma amencji” Meynert’a nie wytrzymuje krytyki; amencja, powinna być wydzieloną z tej grupy i jako „ostre obłąkanie” winna figurować samodzielnie w dzisiejszej klasyfikacji chorób umysłowych. *R.*

4) Mutermilch. **Anatomija przewlekłego zapalenia łącznicy.** Korzystając z odrębnego wyglądu odradzających się folikulów (Trachomkorn, Granulation) i z obecności ich tylko w późnym okresie przewlekłych zapaleń (trachoma), okuliści przypisują im patognomiczne dla trachomatu znaczenie i uważają za twory, nie mające nic wspólnego z folikulami, występującymi przy świeżych formach zapalnych. Błędne to mniemanie jest rezultatem niesystematycznych oderwanych badań anatomicznych. Odrzucając na podstawie naszych badań istnienie folikulów różnego pochodzenia, obalamy zarazem podstawę, na której obecnie jest zbudowana teoria trachomatu, jako cierpienia samodzielnego. Tem śmieiej możemy to uczynić teraz, mając w zmianach, zachodzących w nabłonku, aż nadto dowodów, że w przewlekłych zapaleniach łącznicy występują liczne okresy, kolejno po sobie następujące, a nie samoistne formy. (Gaz. Lek. nr. 20).

5) Mierzyński. **O znaczeniu prób Günsburg’a i Boas’a.** (Gaz. Lek. 20).

Odczynniki Günsburg’a (floroglucyna-wanilina) i Boas’a (rezorcyna-cukier) uważane są za najczulsze odczynniki na wolny kwas solny, a to na zasadzie znanego swego z nim purpurowego zabarwienia. Otóż autor przekonał się, że ten sam odczyn daje kwaśna jednozasadowa sól fosforowa wapnia  $\text{Ca}(\text{H}_2\text{PO}_4)_2$ . Sól ta może być obecna w zawartości żołądka, a przez to reakcje Günsburg’a i Boas’a wykażą więcej wolnego kwasu solnego, niż go jest w rzeczywistości. Inne odczynniki (kongo, methylfiolet, tropeolina, metylorange) w błęd ten nie wprowadzają. *W. J.*

6) H. Higier. **Przypadek apopleksji histerycznej.** (G. L. nr. 20).

Autor szczegółowo opisuje obserwowany przez się przypadek apopleksji u młodego, dziedzicznie obciążonego osobnika, u którego li tylko histeryją można było wytłómaczyć sobie napad apoplektyczny. Jako rzadkie objawy obserwował autor u tego osobnika: skurcz mięśnia kapturowego, jąkanie się, makropiję z jednoczesną polipiją i skurcz prawej powieki. Z leczniczych zabiegów stosował autor hipnotyzm i, sądząc z przytoczonego przebiegu choroby, tą drogą usunął wszystkie nieprzyjemne objawy. *K. R.*

7) Czarnocki. **Cierpienie nerek wskutek przebytej rzetączki.** (Gaz. lek., nr. 20). Chory w 4 miesiące po zakażeniu się tryprem, a w miesiąc prawie po ustąpieniu jego zaczął cierpieć na bolesne parcie na mocz i wznagające się bóle w okolicy prawej nerki. Autorowi udało się znaleźć w nieobfitym osadzie moczu gonokoki Neissera i cylindry hyalinowe; na jednym z ostatnich leżały 3 pary gonokoków. Autor sądzi, że zarazek ten, dostawszy się do nerek, wywołał ich cierpienie. *W. J.*

8) Józef Czajkowski. **O drobnoustrojach we krwi i wydzielinie śluzowej nosa chorych na odrę.** (Gaz. Lek. 21). Autor badał na pasorzyty krew 37 chorych na odrę. W tym celu rozprawadzał ją na szkiełkach

przykrywkowych, suszył na powietrzu, zanurzał w alkoholu na 5—10 minut i barwił w ciągu 24 godzin przy ciepłoci pokojowej w mieszaninie 40 cz. stężonego wodnego roztworu błękitu metylowego, 40 cz. wody i 20 części  $\frac{1}{2}\%$  spirytusowego ( $7\%$ ) roztworu eożyny. Wykryte w ten sposób pasorzyty mają 0.5—0,7  $\mu$  długości, końce tępe, zaokrąglone. Grubość nie dochodzi połowy długości. Barwią się one dosyć trudno, przyczem część środkowa pałeczek pozostaje niezabarwioną lub słabo zabarwioną; wskutek tego pałeczki te podobne są przy mniejszych powiększeniach do diplokoków. Pasorzyty te leżą we krwi zwykle pojedynczo, rzadziej po dwa obok siebie lub jeden za drugim a jeszcze rzadziej w grupach po kilka osobników; najczęściej między czerwonymi krążkami krwi, rzadko zaś w nich samych. Pasorzyty, spotykane w wydzielinie nosa, są nieco dłuższe od spotykanych we krwi i leżą zwykle grudkami po kilka lub kilkanaście pośród mnóstwa innych drobnoustrojów. Autor badał również na zawartość tych pasorzytów skórę chorych odrowych, otrzymał jednak nie zupełnie pewne wyniki dodatnie. Przy ospie, szkarlatynie, tyfusie, zimnicy opisanych pasorzytów we krwi nie ma. Dla tego też autor, pomimo braku szczępeń, sądzi, że są one swoistemi dla odry, że są przyczyną wywołującą ją.

W. J.

9) M. Rejchman i S. Mintz. **O znaczeniu kwasu solnego w leczeniu chorób żołądka.** Autorzy, w celu przekonania się o ile wprowadzanie do żołądka kwasu solnego przez czas dłuższy może wpłynąć na wydzielanie się tego prawidłowego składnika soku żołądkowego, podawali chorym w godzinę po jedzeniu co kwadrans 15 kropeł ac. muriat. dil. w 3 odstępach 2 razy dziennie i badali zawartość w 10 lub 20 dniowych odstępach czasu w  $1\frac{1}{2}$  godziny po śniadaniu próbnem Rejchmana. U chorych, stanowiących materiał, przy badaniu pierwszym nie wykazywali obecności kwasu solnego wolnego. Obserwacyj podają autorzy 5, z tych w 2 żadnego wyniku nie osiągnęli nawet po dłuższem stosowaniu kwasu solnego, w jednym przypadku kwas solny i przedtem był obecny, w niewielkiej jednak ilości, w 1 przypadku ilość kwasu solnego zwiększyła się nawet, po odstawieniu kwasu solnego na czas dłuższy (40 dni) w jednym zaś zwiększyła się, ale przy ciągłem podawaniu kwasu solnego. Z tych doświadczeń autorzy wyprowadzają wniosek, że w niektórych przypadkach zmniejszonego wydzielania kwasu solnego wolnego, kwas solny, wprowadzany do żołądka, pobudza wydzielanie kwasu. Obserwacyj, jak widzimy mało, a z tych jedna (1-sza) tylko usprawiedliwia wniosek autorów. Przy badaniu, autorzy posilkowali się dla oznaczenia kwasu solnego wolnego metodą Mintz'a, kwasu solnego utajonego nie uwzględniali wcale.

J. Zaw.

11) Wacław Orłowski. **Zmiany w komórkach nerwowych przy wściekłości.** (Gaz. L., nr. 2). Autor badał rdzenie królików, którym zarazek wściekliczny wzmożonej szczepiony był przez trepanacyję pod oponę twardą mózgu. Odcinki rdzenia stwardniał w różnych płynach, przygotowywał skrawki metodą Ciaglińskiego i barwił metodą Delafield'a i eożyną. Pod drobnowidzem obserwował autor 2 typy komórek: jedne zachowują zupełnie normalną protoplazmę, gdyż ziarnistość, jaką Szaffer zalicza do objawów patologicznych w komórce, autor uważa za normalne zjawisko; drugie nie barwiące się zupełnie ani hematoksyliną, ani eożyną stają się przezrystemi i podlegają szklitemu

zwyrodnieniu. Pomiedzy temi krańcowymi typami istnieją typy przejściowe. Kontur jądra niewyraźny, chromatyna ściąga się w bryłki, ziarna, zupełnie nieprawidłowe masy, tworzące zwykle mniej lub więcej zbite skupienie wkoło jąderka, albo porozrzucane po całym jądrze, co się stosunkowo daleko rzadziej spotyka; takie rozmieszczenie chromatyiny autor wbrew twierdzeniu Schaeffer'a uważa za produkt normalny. W jąderkach obserwował autor niekiedy „szkliste” pęcherzyki a nie wakuole, jak chce Popow. *K. R.*

13) A. Wizel. **Najnowsze poglądy na kwestyję agrafii.** (G. L., nr. 22).

Autor w streszczeniu wykładu Déjérine'a przytacza poglądy ostatniego na kwestyję agrafii. Déjérine wbrew twierdzeniom Pitres'a, Charcot'a i Ballet'a przypuszcza, że nie ma w mózgu specjalnego ośrodka pisania i że agrafija zależy zazwyczaj od afazy ruchowej. *K. R.*

14) Bojasiński. **Otrucie essencyją octową resp kwasem octowym.** (M. 19).

Jest to opis czterech przypadków otrucia kwasem octowym. Otrucia były przypadkowe, dotyczyły dzieci od 2 do 4 lat mających. W trzech przypadkach nastąpiła śmierć, jeden zakończył się wyzdrowieniem. Autor opisuje szczegółowo jeden z przypadków wraz z badaniem pośmiertnem. *H. K.*

15) W. Biegański. **Kilka uwag o bredzeniu pogorączkowym.**

Autor opisuje trzy przypadki chorób zakaźnych (1 zapalenie płuc włóknikowe, 2 tyfus wysypkowy), z których w 2 pierwszych w okresie spadku ciepłoty, a w trzecim po spadku wystąpiło bredzenie. Zjawisko to, występujące najczęściej po zapaleniu płuc, róży, tyfusu wysypkowym, niezależnie od wieku i odżywiania chorego, uważano zwykle jako delirium ex inanitione, upadek czynności źle odżywianego mózgu po usunięciu bodźca gorączkowego. Niezależność jednak objawu od trwania i natężenia choroby, a także od stanu ogólnego odżywiania chorego zdaje się temu pogładowi zaprzeczać. Przeciw istnieniu zmian somatycznych w mózgu przemawia krótkotrwałość bredzenia (zwykle 2 doby) i jego nagłe występowanie. Wobec tego autor skłania się do objaśnienia omawianego zjawiska zatruciem ustroju nagromadzającymi się w nim w gorączkowej przeróbce materji toksyn, które w okresie pogorączkowym wydzielają się obficie. Jeżeli w tym czasie wydzielanie potu i moczu ulegnie zmniejszeniu, następuje przeżycenie ustroju i objawy zatrucia — w postaci bredzenia.

Doświadczenia autora nad toksycznością moczu według Bouchard'a przekonaly go, że gdy w okresie pokrytycznym stopień jadowitości wzrasta się zwykle znacznie, w jednym przypadku bredzenia pogorączkowego toksyczność moczu pogorączkowego była mniejszą.

Odpierając możliwy zarzut, że przyjmowana przezeń przyczyna może tak samo dobrze działać w okresie gorączkowym, jak i pogorączkowym, autor odrzuca wszelką różnicę między bredzeniem w czasie gorączki i po jej spadku, jako też udział przyczynowy w bredzeniu gorączkowego wzniesienia ciepłoty, jak to utrzymywał Liebermeister.

W leczeniu, autor, zgodnie ze swym poglądem, ma na celu wydalanie zatrzymujących się toksyn pobudzeniem wydzielin, potu, moczu (kamfora, kofeina, wstrzykiwanie roztworów soli kuchennej w cięższych przypadkach). Przy bredzeniu w okresie gorączkowym poleca kąpiele letnie (27—28° t.), koce, wreszcie leki przeciwgorączkowe — mając tu na celu nie samą obniżkę ciepłoty, ale towarzyszące jej obfitsze pocenie. (M.). *O. H.*

16) A. Grünbaum. **Dwa przypadki ropnia podprzeponowego.** (M. 20 i 21).

W pierwszym przypadku był u 32-letniego mężczyzny olbrzymi ropień podprzeponowy zaotrzewnowy po stronie prawej, ze znacznym przemieszczeniem wątroby i innych trzewów. Sprawa ropna rozwinęła się tu prawdopodobnie pierwotnie w tkance pozaotrzewnowej, gdyż nie było żadnych danych do przypuszczenia, aby pierwotne ognisko znajdowało się w którym z sąsiednich narządów. Po przecięciu i przedrenowaniu nastąpiło chwilowe polepszenie. Chory zmarł, prawdopodobnie w skutek rozprzestrzenienia ropienia w tkance podotrzewnowej na stronę lewą przepony.

W drugim przypadku ropień podprzeponowy był skutkiem zapalenia około kiszki ślepej. Z tkanki pozaotrzewnowej ropa przedostała się przez przeponę do prawej jamy opłucnej. I ten przypadek, pomimo przecięcia i przedrenowania skończył się śmiertelnie wskutek postępującej dalej sprawy ropnej. Badanie zwłok nie było uskutecznione ani w jednym ani w drugim przypadku.

Zestawiając wyniki zejść przy ropniach podprzeponowych (56 śmierci na 76 opisanych przypadków) autor sądzi, że rokowanie by się tu daleko polepszyło, gdyby można było daną sprawę wcześniej rozpoznawać.

Dz.

18) Heryng. **Bąblica (pemphigus) błony śluzowej gardzieli i krtani.** (Now. Lek. nr. 5). Mandelstamm podaje następujące charakterystyczne cechy tego cierpienia: 1) na błonie śluzowej jamy ustnej, gardzieli i na nagłośni występuje szarawy lub biały nalot w postaci plam ostro odgraniczonych wielkości od soczewicy do grosza; plamy te mogą zniknąć w jednym miejscu i zjawiać się w innym; 2) chorzy nie gorączkują; 3) cierpienie jest uporczywe, opiera się wszelkiemu leczeniu. H. podaje opis 6 przypadków (3 własnych i 3 Elsenberga), z których 2 dotyczyły kobiet między 40—60 rokiem życia, pozostałe 4 męż. od lat 14 do 40. Dwoje chorych po krótkim czasie usunęło się z obserwacji, pozostali wszyscy zmarli, skutkiem ogólnego wyniszczenia lub cierpienia płuc. We wszystkich przypadkach zakończonych śmiercią wystąpiła bąblica ogólna w 4—6 miesięcy po wybuchu sprawy w gardzieli.

W. Sz.

19) S. Jerzykowski. **Uwagi nad ostatnią epidemią grypy.** (Nowiny 5).

Autor spostrzegł sam około 300 odpowiednich chorych. Twierdzi on, że epidemia była słabsza, niż w r. 1889/90. Widział on sporo dzieci, cierpiących na tę chorobę; kilka z nich zmarło. Ciepłota spada u nich in ano do 35° C. a nawet do 34,1° C. U starszych dzieci dołączały się do zwykłych objawów wymioty, rozwolnienie i wysypka rozlana, podobna do szkarlatynowej, ustępująca po 1—2 dniach i nie sprowadzająca luszczzenia się naskórka. Z powikłań zdarzały się często prędko ustępujące, ale wędrujące zapalenia płuc, oraz bezsilność serca. Ostatnia była u osób przedtem cierpiących na serce tak znaczna, że sprowadzała zejście śmiertelne. Widział też autor powikłania zapaleniem otrzewnej, z których jedno z zejściem śmiertelnym, i jeden przypadek, powikłany zapaleniem opon mózgowych. Trwało ono 4 tygodnie, a chory odzyskał przytomność dopiero po 8 tygodniach. Leczenie polegało na bardzo energicznej antyflogozie. Autor twierdzi, że stare cierpienia organów rodnych u kobiet przy grypie wzmagają się. Widział też on w 2 przypadkach zapalenie okołomaciczne, pochodzenia grypowego. Z kobiet ciężarnych widział u jednej poronienie w 3-im miesiącu, u drugiej przyspieszenie porodu o miesiąc. Położnice od-

wiedzane przez osoby, które przebyły grypę, zapadały na nią również. Wpływu grypy na guzy w podbrzuszu autor sam nie zauważył; cytuje on jednak Lecere'a, który widział nadzwyczaj silny rozrost nowotworów macicy po tej chorobie. Powroty grypy autor widział tylko 2 razy. Leczenie powinno być wzmacniające. Należy starannie odosabniać zdrowych od chorych, gdyż zarazek przenosi się najłatwiej z pyłem płwociny.

W. J.

20) H. Świącicki. **Elektroliza w ginekologii.** (Now. Lek., nr. 5, 1892).

Autor zdaje sprawę z leczonych dotąd metodą Apostoli'ego 36 kobiet, 13 ich miało mięśniaki macicy, 11 cierpiało na krwotoki, 9 na silne upławy, 3 na brak peryjodów. Autor odbywał z nimi 2 posiedzenia 10-minutowe co tydzień, stosując najczęściej prąd o 120A, czasami tylko dochodząc do 180MA. W celu zmniejszenia mięśniaka, wydzielin z macicy i bólów, autor używał elektrody ujemnej, w celu zaś usunięcia krwotoków—dodatniej, wprowadzając zawsze elektrodę do samej jamy macicy. Okazało się, że tą drogą zmniejszenia mięśniaków macicy nigdy osiągnąć nie można; nie udało się również przerwać występujących przy nich krwotoków. Przeciwnie, bóle, mające miejsce przy mięśniakach, ustąpiły w 6 przypadkach na czas stosunkowo długi, bo aż na kilka miesięcy po kilku zaledwie posiedzeniach. Krwotoki z macicy ustąpiły tylko w 5 przypadkach z pomiędzy 11. W innych autor zmuszony był zastosować inne leczenie. W 9 przypadkach upławów elektroliza okazała się skuteczną, znacznie zmniejszając ilość wydzielin i jej własności żrące. W 3 przypadkach ustąpiły one zupełnie. W 3 przypadkach braku peryjodu autor otrzymał wynik dodatni już po 4—5 posiedzeniach. Wreszcie autor dodaje, że wpływ elektrolizy nie jest obojętny na późniejsze ciążę, o czem obiecuje w swoim czasie szczegółowiej pomówić. W ogóle Św. sądzi, że elektroliza w ginekologii może być uważana co najwięcej za środek paliatywny. Nie ręczy on za to, czy w przypadkach spostrzeganej przez się przy niej poprawy, nie osiągnąłby tej ostatniej, stosując inne metody lecznicze.

W. J.

21) W. Lepkowski. **Przyczynę do histologii zębiny z podaniem nowej metody sporządzania preparatów z zębów i kości.** (Prz. Lek. nr. 19 i 20).

Autor otrzymywał dobre preparaty z zębów w ten sposób, że kładł płytki, mające  $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$  mm. grubości na 24 godziny do mieszaniny, złożonej z 6 części 1<sup>o</sup>/<sub>10</sub> wodnego roztworu chlorku złota i 3 części kwasu mrówkowego czystego, następnie przemywał je wodą, trzymał przez 21 godzin w mieszaninie gumy arabskiej z gliceryną i zatapiał bądź w celulozydynie, bądź w parafinie. Kanaliki występowały przytem bardzo ładnie osadem złota na różowym tle zębiny zabarwione. Autor zwraca uwagę, że dokładnie barwią się tylko świeżo wyrwane zęby, i że chcąc otrzymać dobre skrawki należy traktować w sposób powyższy płytki nie grubsze nad  $\frac{3}{4}$  mm. Przy badaniu w ten sposób przygotowanych skrawków okazuje się, że kanaliki odchodzą w korzenie w kierunku prostopadłym do osi zęba, wyżej się pochylają do niej coraz bardziej pod kątem rozwartym. Są one esowato pozaginane, mają w średnicy 1,9—1,5  $\mu$  i mają przebieg jakby rozgałęziających się naczyń. Rozgałęzień tych jest najwięcej w części korzeniowej zębiny. Na granicy szkliwa rozgałęzienia są drobne i kończą się nie daleko od niego pałczkowato. Nadto autor opisuje rzadziej spotykane większe i częściej spotykane mniejsze puste przestrzenie, najczęściej znajdujące się na gra-



nicy zębiny i cementy. Jakkolwiek mówi sam, że nie wie, czem one są, jednakże z dalszego opisu wynika, że są to przecięcia rozszerzonych, łączących się z sobą kanalików kostnych. Zawartość tych ostatnich uważa autor za płynną.

*W. Janowski.*

22) M. Jaworski. **Uwagi nad leczeniem w Sanatorjach.** (Gaz. Lek.).

Przedstawiając wyniki leczenia gruźlicy płuc, otrzymane przez Brechmera (21:6<sup>o</sup>/<sub>o</sub>), Dettweilera (24:2<sup>o</sup>/<sub>o</sub>), Turbana (47,<sup>o</sup>/<sub>o</sub>) w ich znanych Sanatorjach, autor przeciwstawia leczenie w zakładach zamkniętych leczeniu wolnemu, bez ścisłego nadzoru lekarza. Wyższość pierwszego jest oczywistą. Oprócz doraźnych korzyści w czasie pobytu chory przechodzi pewną szkołę, wdraża się w tryb życia, który mu i po za zakładem nadal będzie wskazówką postępowania. Lekarze, wysyłający chorych na leczenie klimatyczne, zwłaszcza suchotników, nie powinni ich puszczać samopas a kierować do zamkniętych zakładów. W końcu autor wyraża życzenie, aby zajęto się urządzeniem sanatorjów tanich dla początkujących suchotników z klas niezamożnych, którzy w obecnej dobie skazani są prawie na nieuniknioną zagładę.

*O. H.*

23) Dr. med. Ziemiński. **Przyczynę do lekowej terapii chorób spojówki. O lekach ściągających.** (Przeg. Lek., nr. 20, 1892). Terapija zewnętrznych spraw zapalnych powiek i łącznicy, w zasadzie polega na stosowaniu t. zw. środków ściągających, adstringentia. Podstawą ich działania jest wytwarzanie się substancji nierozpuszczalnej w warstwach powierzchownych tkanki. Oba to otacza komórki i wnika między nie, odpycha ciecz, zawartą w tkankach, zatem działa osuszająco; stawia zapórę wciśnieniu się niższych drobnoustrojów do tkanek, nadto sprowadza pewne napięcie lub pewien ucisk z powierzchni na tkanki, w ten sposób przeciwdziała skutkom sprawy zapalnej, nowotworzeniu się komórek, obrzmieniu i rozpułchnieniu, przekrwieniu, wzmożeniu się sprawy wydzielniczej i innym objawom. Wytworzenie się istoty nierozpuszczalnej — nie zaś zwężenie naczyń, nie ściągnięcie tkanek, jak to dawniej błędnie sądzono — stanowi istotę działania ściągającego. Ściśle rzeczy biorąc, między działaniem ściągającym a żrącym zachodzi tylko różnica pod względem stopnia i w obu razach cała sprawa odbywa się kosztem białka, zawartego w tkankach. Nieraz też oba te działania mogą występować w jakiejś okolicy obok siebie.

Nasilenie działania rozczyńców różnych środków ściągających, miejscowo zastosowanych, np. soli różnych metali ciężkich, jest tu zależnem od właściwości powstałych białkanów metalicznych, a nie mniej od ilości, tudzież od jakości kwasu, który się oswobodził przy tym procesie chemicznym. Porządek, w jakim należałoby ugrupować te sole, zależy ceteris paribus głównie od stopnia ich rozpuszczalności, tudzież od jakości kwasu, wchodzącego w skład związku chemicznego. Pierwsze miejsce, co do energii działania, należy się rozpuszczalnemu chlorkom metali, jako to sublimatowi, chlorkowi cynku, dalej idą azotany (np. azotan srebra), następnie siarczany (np. cynku, miedzi).

W pewnych przypadkach dyfteryi łącznicy, w których nawet  $\frac{1}{10}$ <sup>o</sup>/<sub>o</sub> roztwór trójchlorku jodu (gorąco zalecany przez autora, jako najdzielniejszy środek przeciwnilny w chorobach oczu) nie wywierał skutku pożądanego, Z. stosował z widocznym pomyślnym wynikiem wodę wapienną — jest to jedyny lek ściągający, który zarazem rozpuszcza śluz.

Na podstawie spostrzeżeń klinicznych Z. dochodzi do wniosku, iż sublimat zazwyczaj bywa nader skutecznym przeciw jaglicy oka z tem zastrzeżeniem, że się go stosuje tylko w przypadkach zadawnionych, powikłanych z cierpieniami rogówki, a nie wykazujących obfitej wydzieliny z łącznicy. Skuteczność sublimatu nie może w tym razie polegać li-tylko na jego własnościach wydatnie bakteryjobjęcych, a warunkuje ich pewnie tem, iż środek ten, stosowany w roztworach odpowiednich, jest lekiem ściągającym analogicznie, jak i inne ściągające sole metaliczne.

24) Prof. Pareński i dr. Blattus. **O pasorzycie zimnicy.** (Prz. Lek. 10, 12, 13, 14, 19, 20). Ogólnie przyjmują dwie formy pasorzytów zimniczych: 1) formę ameboidową, 2) formę półksiężycową (Laveran). Wszyscy badacze włoscy i francuzcy utrzymują, że każdy napad zimniczy zależy ściśle od rozwoju jednej generacji pasorzyta, że jest następstwem dojrzwiania jednej generacji, i że nasilenie napadu jest w prostym stosunku do ilości pasorzytów we krwi się znajdujących.

Plasmodium śródciałkowe (pierwsza forma) wykryć się daje we wszystkich przypadkach ostrej zimnicy typowej. Pasorzyt ten badać można we krwi niezabarwionej lub też przy pomocy barwników, posiada on nadzwyczajną czułość na barwniki anilinowe zasadowe, sinek metylu barwi go na kolor lazuruowy. Kontury pasorzyta nie są zbyt ostro ograniczone. kształty bywają najrozmaitsze, plasmodium okazuje niekiedy rżęski i wykonywa ruchy ameboidalne: wśród pasorzyta widać strąty melaninu; przed napadem pasorzyt znacznie się powiększa, często zajmuje całe czerwone ciało krwi. Trzeciaczka i czwartaczka posiadają odrębną formę pasorzytów, o zimnicy codziennej powiedzieć tego nie można, formę tę za zakażenie mięszone uważać trzeba.

Różnicę pomiędzy pasorzytami trzeciaczki i czwartaczki, podaną przez Golgiego stwierdzili autorzy choć nie we wszystkich szczegółach. Bignami i Bastianeli opisują dwie nowe formy pasorzyta, spotykane w zimnicach letnio-jesiennych z ciężkim przebiegiem.

Drugą postacią plasmodium są t. zw. formy półksiężycowe —genus Laverani. O kształcie daje nam już sama nazwa pojęcie. Znajdują się wolne w surowicy krwi, barwią się jasno-niebiesko sinkiem metylu. Formy te są właściwe zimnicom ciężkim o przebiegu atypowym, a także charłactwu zimniczemu.

Następnie autorzy podają w krótkości opis 5 przypadków zimnicy, gdzie formy półksiężycowe wykryć się daly: plasmodie te nadzwyczaj rzadko spotykają się w zimnicach okolic środkowej Europy.

Odrębność poszczególnych gatunków pasorzyta stwierdzoną została przez szczepienie krwi chorych na zimnicę ludziom zdrowym, we wszystkich przypadkach dała się wytworzyć taka postać zimnicy, w jakiej występowała u osoby, z której krew wzięto. Rolę niszcycieli pasorzytów przyjmują na siebie białe ciała krwi.

Przechodząc do statystyki swych przypadków zimnicy, autorzy podają, że na 81 chorych u 73 znaleźli pasorzyty, zatem 90%. Autorzy w celach porównawczych badali krew przy rozmaitych ostrych i przewlekłych chorobach, a także u ludzi zupełnie zdrowych: okazało się, że krew niektórych chorych zawierała plasmodia, bliższe badanie jednak wykryło, że wszystkie te osobniki zimnicę przechodziły. Ilość hemoglobiny u chorych na zimnicę okazała się zmniejszoną, to samo zauważono odnośnie do ilości czerwonych i białych ciałek krwi.

Na zakończenie podają autorzy wpływ leków (chinina, sinek metylu, salicyl, antipiryna, antifebryna) na pasorzyty zimnicze. Chininę wypróbowali autorzy w 50 przypadkach, działa ona głównie na plasmodie śródciałkowe; zarodniki i formy półksiężycowe więcej się działaniu chininy opierają.

Sinek metylu, jak utrzymują autorzy, posiada również wybitne działanie na plasmodyja. Inne leki nie mają żadnego lub też bardzo ograniczony wpływ.

H. K.

### 27) *Uhma. Leucoderma syphiliticum.*

Na zasadzie liczego materiału szpitalnego autor zaznacza, że znajdował objaw ten przymiotu, któremu przypisuje ważne znaczenie rozpoznawcze, przeważnie przy wtórnych objawach choroby, prawie u połowy chorych (48,87%). Przy pierwotnym objawie przymiotu znajdował leucoderma tylko w 6,66% przypadków. W późniejszych okresach choroby jej nie spotykał. Plamy leucodermaris są zazwyczaj długotrwałe i do zniknięcia potrzebują od 2—20 miesięcy. Zajmują przeważnie okolice szyi, występują daleko częściej u kobiet niż mężczyzn, przedstawiają się pod postacią plam jasnych różnej wielkości o konturach okrągłych na ciemnym zabarwieniu skóry; nigdy się nie łuszczą. Występuje przeważnie pierwotnie, t. j. bez poprzedzającej wysypki lub nacieków; zmian czucia nie spowodują. Co się tyczy przyczyn choroby, to autor podobnie jak i w ostatnich czasach Kapozi przypisuje je podrażnieniu ośrodków nerwowych, wpływających na wytworzenie barwnika w skórze.

Wł. Kopyt.

28) Rosenblatt. *Przyczynę do przebywania ciał obcych w jelicie.* (P. L., nr. 22, 1892 r.). Dziecko 16-miesięczne połknęło monetę centową. Na razie była trudność w polykaniu, która po przepchaniu przez chirurgą ustąpiła. W tydzień potem zaburzenia ze strony żołądka; po zadaniu środka przeczyszczającego objawy te minęły, aby po kilku tygodniach znowu powrócić. Wtedy były objawy, wskazujące na stan zapalny trzewiów w okolicy dołu biodrowego prawego. W końcu rozwinęło się zapalenie otrzewny, cent wyszedł nareszcie jednego razu po zadaniu lewatywy (w 7½ miesięcy od połknięcia), co się jednak dalej z dzieckiem stało autorowi nie wiadomo.

Wnioski z tego przypadku wyprowadza Rosenblatt takie: miedź metaliczna, pozostając przez czas długi w kanale pokarmowym, objawów zatrucia nie wywołuje. Objawy chorobowe, jakie w danym przypadku istniały, daje się objaśnić zatrzymywaniem się monety w ciśniejszych miejscach przewodu pokarmowego, mechanicznym drażnieniem ścian tegoż, jako też zawady w krążeniu pokarmów. Dz.

### 29) Kapelski. 1. *Atresia hymenalis, haemato-colpos.* (Now. Lek. 5).

16-letnia dziewczyna zgłosiła się do autora z powodu niemożności oddawania moczu. Wypuściwszy go cewnikiem, autor stwierdził u niej zupełne zarośnięcie błony dziewiczej, która była wypukłona i napięta. Przedziurawivszy ją, K. wypuścił dość dużo ciemnej krwi. Macica była rozwinięta zupełnie prawidłowo. Dziewczyna miesiączkuje obecnie zupełnie prawidłowo. 1. *Ciało obce w oskrzelach.* Chora zakrztusiła się kiedyś przy jedzeniu. Od tego czasu skarżyła się ona na ból w dolku i na woń cuchnącą z ust. W końcu zaczęło następować wyczerpanie i gorączka do 40° C. Wtedy chora zgłosiła się do K., którą mógł tylko kilkakrotnie stwierdzić nieco rzężeń w płucach i nie wiedząc o zakrztuszeniu się, nie mógł pojąć przyczyny coraz to pogarszającego się

stanu chorej. Pewnego razu chora w napadzie gwałtownego kaszlu wyrzuciła kawałek kości od gęsiego łebka, i w ten sposób wyjaśniła się przyczyna jej choroby. Od tej chwili poprawiała się ona z każdym dniem. *W. J.*

30) **Salutrzyński. Poród opóźniony, przodujące ramiona, obrót na nogi, przepuklina mózgowa.** (Now. Lek. nr. 5). Rodząca była w ciąży, według dokładnych obliczeń, 312—315 dni. Przeszła dotąd szczęśliwie 8 porodów. Przy ostatnim, który sam naprzód nie postępował, okazało się drugie położenie poprzeczne płodu. Autor wykonał obrót, wyciągnął dziecko, łożysko zaś wycisnął sposobem Credégo. Dziecko było nieżywe. Czaszka jego pokryta była z tyłu grubą błoną, zamiast kości; na szczycie czaszki wychodzą z niej części mózgu, wielkości gruszki, okryte również błoną. Nos wystawał kulisto, części jego boczne tworzyły ku tyłowi nieforemny kąt; usta górne były nadmiernie wystające, szczęka dolna zniekształcona, oczy cebulowato wypukłe, przerosłe. Autor nie wie, czy opona twarda była w danym przypadku rozwinięta, gdyż nie zezwolono mu na zrobienie sekcji. W końcu autor przytacza rozmaite teoryje powstawania przepuklin mózgowych, nie podając swojej. *W. J.*

Sztampke. **Kilka słów z powodu ostrego gościca stawowego i przebiegającego z nim razem zapalenia wsierdza i płuc. Leczenie fenacetyną** (Nowiny nr. 5). Autor opisuje przypadek gościca stawowego u młodej panny, leczony fenacetyną. Twierdzi, że ta ostatnia ma być środkiem lepszym przeciwko gościcowi, niż wszystkie inne. Być może, że inne 2 przypadki, spostrzegane a nie opisane przez autora, przemawiają za tem jego zdaniem; z opisanego bowiem bynajmniej tego nie widać. Następnie autor dość szeroko dowodzi, łamiąc kopije o rzeczy dawno znane, że powikłanie ze strony wsierdza mogło stać w związku z gościcem. To samo myśli on o zapaleniu płuc (?), które opisanej chorobie towarzyszyło. *W. J.*

## SPROSTOWANIE.

W numerze piątym „Kroniki“ streszczenie N. 13 (str. 346) odnosi się do pracy I. Golda, opuszczonej w wykazie N. 9.

## Nadesłano do Redakcyi.

*St. Bernstein.* O syryngomyelii. Odb. z Med.

*J. Bączkiewicz.* O szybkości wchłaniania jodku potasu w kiszcze prostej. Odb. z Pam. Tow. Lek.

*E. Przewoński.* Działalność naukowa Rudolfa Virchow'a i jej znaczenie dla medycyny. Odczyt kl. Gaz. Lek. S. IV. Z. 4.

*Dr. med. St. Krysiński.* Niezwykły przypadek z praktyki chorób dziecięcych. Odb. z Now. Lek.

*Dr. Stanowski* (Gdańsk). Ein Versuch, die Ursache der Ataxie b. Tabes dorsualis zu erklären. (Odb. z Int. klin. Rundsch., 1892.

*N. Warman* (Kielce). Habituelle Molen-Gravidität, Blasenmole-