

# KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

---

Z kliniki chorób nerwowych i umysłowych Uniwersytetu Warszawskiego.

## O NASENNEM DZIAŁANIU TRIONALU.

Podał

Karol Rychliński

Ord. klin.

---

Każdemu praktykującemu lekarzowi wiadomo, jak trudno bywa nieraz zwalczyć bezsenność. Środków nasennych posiadamy wprawdzie bardzo dużo, jedno z nich atoli, działając skutecznie na sen, wykazują uboczne nieprzyjemne działanie na inne narządy, inne znów w wielu przypadkach zawodzą, a inne wreszcie wskutek nieprzyjemnego smaku lub zapachu wywołują niechęć do ich użycia.

W 1885 r. E. Baumann przygotował preparat t. zw. sulfonal (Diäthylsulfondimethylmethan), doświadczenia zaś nad fizyologicznem działaniem tego środka przeprowadził A. Kast, i po przekonaniu się, że nowy ten preparat działa bez szkody dla ustroju, wywołując jednak mocny i trwały sen, zalecił go w 1888 roku dla powszechnego użycia.

Doświadczenia, przeprowadzone na zwierzętach, przekonały Baumann'a i Kast'a, że z grupy disulfonów działają nasennie tylko te, które zawierają grupę etylową i tem działanie ich pewniejsze, im więcej ilościowo zawierają czynnika, wywołującego sen. Na tej zasadzie w lipcu 1889 r. przystąpili do doświadczeń nad nowym środkiem, zawierającym 3 grupy etylowe—Trionalem czyli Diäthylsulfonmethyläthylmethan'em i zawierającym 4 grupy etylowe — Tetronalem czyli Däthylsulfondiäthylmet-

hanem, i przekonawszy się, że na ustrój zwierzęcy nowe te środki nie działają szkodliwie, sprowadzają jednak mocny i trwały sen zachęcili innych badaczy do prób z nowymi środkami w szpitalach. Barth i Rumpel w Hamburgu pierwsi przekonali się, że oba zalecane środki działają nasennie na ustrój ludzki, zastrzegli jednak, że działanie to jest nieco odmienne, niż na ustrój zwierząt, gdyż większa ilość grupy etylowej na organizm człowieka nie wpływa dodatnio i dawkowanie tych środków powinno być mniej więcej takie same, jak sulfonalu.

Od chwili ogłoszenia obserwacji Barth'a i Rumpel'a trional zaczął wchodzić w użycie coraz więcej, coraz częściej zjawiały się w zagranicznej literaturze wzmianki o tym środku, co w pewnej mierze wpłynęło, że zacząłem stosować go najpierw w klinice, a następnie i w prywatnej praktyce, z rezultatami zaś klinicznej obserwacji pragnę się podzielić z czytelnikami.

Trional w celach obserwacyjnych stosowałem u kilkunastu chorych szpitalnych i kilku chorych w prywatnej praktyce. Stosowałem go przeszło sto razy i obserwację prowadziłem w ten sposób, że zapisywałem za pomocą sfigmografu puls przed przyjęciem proszku, w czasie snu (o ile to mi się udawało) i po przebudzeniu się chorego. Dla przekonania czy i o ile pewniej działa trional od innych nasennych środków, zastępowałem go w stosownych odstępach czasu sulfonalem, chloral-hydratem i Duboisinum sulfuricum. Kliniczny materiał, na którym robione były obserwacje dzieli się jak następuje; 1 przypadek Neurasthenia cerebro-spinalis; 2 przypadki Hysteria; 1 przypadek paranoia acuta; 1 przypadek Psychosis periodica; 2 przypadki paranoia chronica; 1 przypadek amentia; 1 przypadek psychosis epileptica; 1 przypadek Lues cerebri; 1 przypadek paralysis progressiva; 1 przypadek Dementia secundaria i 1 przypadek Laesio cerebri organica.

*Spostrzeżenie 1.* P. K. lat 37, cierpiąc od dłuższego czasu na dosyć ciężką postać Neurastheniae cerebro-spinalis, skarżył się na najuciążliwszy objaw—bezsennaść, trwającą prawie bez przerwy od 2 miesięcy. Radziłem najpierw choremu zachować stosowną dyjetę i użyć przed ułożeniem się do snu zabiegu wodoleczniczego. Rada o tyle poskutkowała, że przez 8 dni chory przynajmniej o 2—3 godziny sypiał dłużej, później jednak tą drogą bezsenności zwalczyć

nie mógł. Zastosowałem wtedy 0,5 trionalu. Po przyjęciu tego leku w szklance gorącego mleka mniej więcej w  $1\frac{1}{2}$  godziny chory zasnął i spał od 10 do 2-jej bez przerwy, następnie budził się kilka razy, do 6-jej jednak rano drzemał. Po przebudzeniu się wstał rzeświejszy, bez bólu i uczucia ociężałości w głowie.

Następnej nocy trionalu chory nie brał i noc znów spędził bezsennością. Zastosowany ten środek na 3-ą noc w dawce 0,78 wywołał dosyć mocny sen od godziny  $10\frac{1}{2}$  w. do 6-jej rano. W ciągu 8 dni kolejnych chory używał codziennie na noc powyższej dawki i zawsze miał 6—8-o godzinny pokrzepiający sen.

Zaprzestałem podawania środka, chcąc się przekonać, czy sen nie zjawi się sam przez się. Dwie pierwsze noce przeszły jako tako, później jednak znów zjawiała się bezsenność. Dla zwalczania jej przepisałem choremu sulfonal w dawce 1,00. Połowa tej dawki, użyta pierwszej nocy wywołała zaledwie  $3\frac{1}{2}$  godzinny sen, cała zaś dawka, używana później wywoływała sen 6—7-godzinny. Po przebudzeniu skarżył się na nieznaczne uczucie ociężałości w głowie.

U tego samego pacjenta później powróciłem do trionalu i zawsze widziałem dobre rezultaty, nie podając choremu więcej nad 0,78 trionalu.

*Spostrzeżenie 2.* P. E. lat 29, mężatka, z pomiędzy wielu objawów histerycznej natury wyróżnia bezsenność, która ją trapi z przerwami od 4 lat. Chora przed kilkoma laty miała bardzo ciężkie przejścia rodzinne, wskutek których zjawiała się choroba nerwowa i bezsenność. Zasięgała porady lekarzy; galwanizacja głowy przyniosła jej znaczną ulgę, gdyż sen wrócił na dłuższy przeciąg czasu. Zżywała chloral-hydrat. (1,25) bez wyraźnie dodatniego skutku, następnie używała sulfonalu (1,00), który w początku sprowadzał dłuższy sen, później jednak dawka powyższa nie skutkowała.

Nie mogąc na razie przeprowadzić kuracji racjonalnej, spróbowałem zwalczyć bezsenność u chorej trionałem. Podany w dawce 0,5 sprowadził zaledwie 3-godzinny sen, w dawce zaś 1,00 wywoływał conajmniej sen od g. 10 w. do 6-jej r. i sama chora zaznaczała, „nie pamiętam, bym kiedykolwiek tak dobrze spała“. Przez pierwsze 6 dni podawałem codziennie 1,00 trionalu, następnie zaleciłem używać proszek co drugi dzień i wreszcie, coraz to zwiększając odstępy czasu pomiędzy jednym i drugim przyjęciem leku nasennego, zaprzestałem zupełnie podawanie go, gdyż po 4-ch tygodniach sen wrócił.

Zaznaczyć mi wypada, że przez cały ten czas chora ani razu

nie miała bólu głowy, który ją przynajmniej raz w tygodniu przedtem trapił.

*Spostrzeżenie 3* należy do prof. Popowa, który zakomunikował mi co następuje: p. X., mężatka, lat około 26, przedstawia pod względem psychicznym typ usposobienia histerycznego. Badanie wykazało miejscowe znieczulenia, brak odruchu ze strony języczka i stałe zwężenie pola widzenia. Pacjentka miewała napady stenokardycznego charakteru z następem długotrwałym omdleniem. Od kilku lat wskutek wielu nieprzyjemności rodzinnych, chora zawsze na wiosnę i w jesieni traciła sen, gdy tymczasem letnią i zimową porą spała zazwyczaj dobrze. W czasie bezsenności stale używała 1,00—1,25 sulfonalu, po którym spała 5—6 godzin, po przebudzeniu się jednak czuła ociężałość. W mniejszych dawkach nawet w początkach bezsenności sulfonal nie wywoływał oczekiwanego skutku, lecz wreszcie i większe dawki snu nie sprowadzały, chociaż chora pokładała w tym środku całą ufność. Nagabywana przez rodzinę i leczącego ją lekarza zgodziła się wreszcie zażyć kilka dawek uretanu, snu jednak po tym leku nie miała. Podano wtedy chorej 0,5 trionalu, po przyjęciu którego wkrótce zasnęła i spała do rana; obudziła się bez uczucia ociężałości. Następnej nocy spała z przerwami bez środka nasennego. Pozez miesiąc u chorej co drugi dzień był stosowany trional w powyższej dawce zawsze z jednakowo dobrym rezultatem, poczem sen chorej unormował się do tego stopnia, że zaczęła sypiać bez środków nasennych.

*Spostrzeżenie 4.* D. były nauczyciel gimnazjum, obecnie urzędnik jednej z instytucji państwowych na prowincyi, przybył do szpitala Św. Jana Bożego z objawami ostrego pomieszania zmysłów (paranoia acuta), Chory, trapiiony przez wielką ilość przywidzeń słuchowych i wzrokowych, spędził pierwsze 6 dni pobytu w szpitalu literalnie bezsenność, gdyż podawany chloral-hydrat w dawce 2,00, a następnie 3,00 snu zupełnie nie sprowadzał.

23/III o godz. 8<sup>1</sup>/<sub>2</sub> w. podałem choremu w szklance dobrze ocukrzonych herbaty 0,5 trionalu. O godz. 9-ej chory zasnął i snem niezbyt mocnym przespał do 4-ej rano, potem hallucynował.

24/III znów dałem choremu 0,5 tego leku; spał od 9 w. do 4<sup>1</sup>/<sub>2</sub> r.

25/III spał z przerwami bez środka nasennego.

26/III zupełnie niespał.

27/III dostał 0,5 trionalu co sprowadziło sen od 9 w. do 5 r.

28/III, 29, 30 chory nie dostawał lekarstwa i spędził nocie bezsenne.

1/IV podałem choremu 0,5 sulfonalu, po którym spał zaledwie 1 $\frac{1}{2}$  godziny.

2/IV dostał 1,00 sulfonalu; spał całą noc dobrze.

3/IV chory lekarstwa nie dostał i prawie nic nie spał.

4/IV podałem 0,78 trionalu, po którym spał do 6 r.

Do 11/IV chory otrzymywał powyższą dawkę trionalu niemal codziennie i zawsze spał do tego stopnia mocno, że udało mi się dwa razy bez obudzenia śpiącego zapisać puls na sfigmografie. Jednocześnie stan psychiczny chorego zaczął się poprawiać. Od 11/IV do 15/IV chory sypiał z przerwami bez środków. Noc zaś z 15/IV na 16/IV i następną zupełnie nie spał. Odgrażał się, że pozbawi się życia, gdyż mu się naprzykrzyło już ciągle prześladowanie prokuratora i pastwienie się władz sądowych nad jego obrońcami.

17/IV podano choremu 1,00 sulfonalu, po którym spał dobrze do rana. Sulfonal, podawany najpierw codziennie, następnie co drugi dzień i wreszcie co 3-ci i 4-ty i t. d. dzień wywoływał zawsze dobry sen. Chory wypisał się z kliniki jako zdrowy.

O tym chorym nadmienić muszę, że przez długi czas używał morfiny w dużych dawkach, sen zaś blisko od pół roku przed chorobą umysłową wywoływał li tylko dużymi dawkami chloral-hydratu.

*Sportrzeżenie 5.* Maryja K. lat 17, wkrótce po urodzeniu dziecka dostała obłądu. Od dłuższego czasu nie sypia, ma przywidzenia słuchowe: słyszy głosy osób, znajdujących się za ścianą lub za sufitem, którzy urągają jej, na urągania odpowiada głośnie myśleniem i na podobnej kłótni spędza całe noce. Podawany kilkakrotnie chloral-hydrat (1,25—2,50) sprowadzał zaledwie 2—3 godzinny sen.

7/III chora dostała o godz. 8 w. w dobrze ocukrzonej herbacie 0,5 trionalu; w 20 minut zasnęła snem twardym. O godzinie 1-iej w nocy obudziła się, przez  $\frac{1}{4}$  g. nie spała, poczem zasnęła i spała bez przerwy do 8-iej g. r. Po przebudzeniu chorej dowiedziałem się, że czuje się dobrze, że głosy ją nie prześladowują i że dawno tak dobrze nie spała.

8/III, 9 i 10-go podawałem chorej taką samą dawkę trionalu zawsze z pożądanym rezultatem.

11/III, 12 i 13-go chora spała z krótkimi zaledwie przerwami bez środków nasennych.

14/III i 15-go zupełnie nie spała; klóciła się ze swymi wrogami, którzy, umieściwszy się gdzieś za oknem, nadawali jej różne nieprzyzwoite przezwiska. 16/III zaleciłem chorej 1,00 sulfonalu, lecz pożądanego skutku nie otrzymałem, gdyż z małymi przerwami prowadziła chora zacięty bój na słowa przez całą noc.

17/III podałem chorej 1,5 sulfonalu. Spała około 3 godzin.

18/III zażyła chora 0,78 trionalu. W pół godziny po przyjęciu proszka zasnęła snem twardym (zdjęty był puls bez przebudzenia chorej) i spała do 7-ej g. r.

19/III i 20-go na noc dostawała po 0,6 trionalu z bardzo dobrym rezultatem.

Od 21 do 25-go bez środków nasennych K. spała z małymi przerwami, potem jednak wróciła bezsenność.

28/III spróbowałem dać 2,00 chloral-hydratu bez pożądanego jednak rezultatu (spała od 10<sup>1</sup>/<sub>2</sub> g. do 11<sup>3</sup>/<sub>4</sub> i od 2—3<sup>1</sup>/<sub>4</sub>).

29/III podałem chorej 1,5 sulfonalu, po użyciu którego spała od 9<sup>1</sup>/<sub>2</sub> do 3<sup>1</sup>/<sub>4</sub> g. r.

W ciągu kwietnia całego i w maju kilkakrotnie podawałem chorej 0,6 trionalu i zawsze widziałem dobre rezultaty; taki sam skutek wywoływał sulfonal w dawce 1,5 z tą jednak różnicą, że nie gwarantował snu na następną noc.

*Spostrzeżenie 6.* Ign. Ch. lat 37, od 17 roku życia co pewien czas miewa napady obłądu, w czasie którego, nawiedzony mnóstwem hallucynacyj i pseudohallucynacyj wzrokowych i słuchowych całymi tygodniami nie sypia, lecz stosownie do treści przywidzeń śpiewa, śmieje się, płacze lub gwizdże po całych dniach i nocach. Napad zaczyna się stanem podniecenia, chory traci łaknienie i sen i wpada w okres przywidzeń, z którego podnosi się niespodzianie zupełnie przytomnym. Podawaniem przetworów bromu i sprowadzaniem snu w okresie zwiastującym udawało mi się kilkakrotnie odwlec napad choroby. Pierwotnie sprowadzałem sen u chorego dużymi dawkami chloral-hydratu, następnie taki sam rezultat otrzymywałem, przepisując choremu 2,00 sulfonalu.

14/III kiedy zauważyłem pierwsze oznaki zbliżającego się napadu, zastosowałem 0,78 trionalu, który chory przyjął o godz. 8 w. w gorącej herbacie. O godz. 10-ej w. zasnął i spał bez przerwy do g. 7-ej r. Po obudzeniu czuł się chory rzeźkim i sam zaznaczył, że spał wyśmienicie.

15/III i 16-go spał z małymi przerwami bez środków nasennych.

17/III dostał 2,00 sulfonalu i spał od 11 w. do 5-ej g. r.

18/III spał bardzo mało.

19/III użył 1,00 trionalu, po którym spał bez przerwy od g. 9<sup>1/2</sup> w. do 7 g. r.

20/III i 21-go spał bez lekarstw, podniecenie z wolna się zmniejszało i wreszcie tym razem udało się przerwać poczynający się napad choroby.

13/IV znów zauważyłem nadciągające zwiastuny nowego napadu choroby. Ch. stracił sen, był podniecony, wiele mówił i bywał wielce niedelikatnym, co w zwykłych warunkach nigdy mu się nie zdarzało. Na noc przeznaczyłem choremu 1,00 trionalu, po użyciu którego spał bez przerwy od godz. 9 w. do g. 7-ej r.

14/IV i 15-go dostawał taką samą dawkę z pożądanym skutkiem.

16/IV i 17-go nie spał.

18/IV dostał 1,00 sulfonalu, dzięki któremu spał od 11-ej g. w. do 4-ej g. r.

19/IV znów nie spał.

20/IV użył 1,00 trionalu, miał jednak sen przerywany i niespokojny.

21/IV zaleciłem choremu 1,5 trionalu. W 45 m. po zażyciu lekarstwa zasnął i spał do g. 8-ej rano.

22/IV i 23-go przyjmował chory po 1,5 trionalu z dobrym rezultatem.

24/IV i 25-go spał bez środków nasennych.

28/IV zaczął się u chorego okres przywidzeń, w czasie którego podawany kilkakrotnie trional w dawce 2,00 wywoływał sen mocny, przy dawce zaś 1,5 sen bywał przerywany. Sulfonał, podawany potrzykroć w tym okresie w dawce 2,00—2,5 również skutecznie działał, gdy tymczasem w dawce 1,00 i 1,5 snu nie sprawdzał.

*Spostrzeżenie 7.* D. lat 36, pod wpływem urojeń prześladowczych dwukrotnie targnął się na swoje życie. Skarży się, że przez jego głowę przepuszczają prądy magnetyczne, że zawsze ktoś z otaczających kieruje jego czynnościami, mową i myślą. Zazwyczaj cichy i spokojny gdzieś w kącie z niemą rezygnacją znosi męczarnie i tylko od czasu do czasu wybucha bezgranicznym żalem po utraconym spokoju. Od dłuższego czasu nie sypia, zachowuje się jednak spokojnie. Kilkakrotnie stosowałem u chorego chloral-hydrat w dawce

2,00—3,00, po którym spał 4—6 godzin. Następnie stosowałem (około miesiąca) sulfonal. 1,00 tego środka wywoływała 5—6-godzinny sen, 2,00 zaś tego środka sprowadzały 8—9-godzinny sen, następną noc chory zwykle spał nieźle bez środka nasennego.

13/III kiedy chory poprzednio przez kilka nocy nie spał podałem 0,78 trionalu. W 20 m. zasnął snem twardym i spał od g. 8<sup>1</sup>/<sub>2</sub> w. do g. 7 r.

14/III spał do g. 12-ej dobrze, później jednak budził się często.

15/III dostał poprzednią dawkę trionalu. Spał od g. 9-ej w. do g. 7-ej r.

16/III całą noc nie spał.

17/III użył 0,78 trionalu; sen niezbyt mocny z częstymi przebudzeniami.

18/III taka sama dawka sprowadziła 5-godzinny mocny sen.

19/III i 20-go chory źle spał.

21/III zażył 1,00 sulfonalu, po którym spał z małymi przerwami od g. 11-ej w. do g. 4-ej r.

22/III nie spał.

23/III dostał chory 1,5 sulfonalu; spał bez przerwy od 10 g. w. do g. 5 r. Po obudzeniu się skarży się na uczucie ociężałości, które trwało przeszło 2 godziny.

23/III spał z przerwami.

25/III, 26 i 27-go znów spędził bezsenie.

28/III dostał 1,00 trionalu, po którym spał od 9-ej g. w. do 7-ej g. r.

Następną noc spał z przerwami bez środków nasennych. Od tej pory przez miesiąc przeszło chory zażywał co drugi dzień 1,00 trionalu i cieszył się dobrym snem.

*Spostrzeżenie 8-me.* Z. lat 27, po raz drugi został umieszczony w szpitalu Św. Jana Bożego. Małomówny, na pytania odpowiada lakonicznie, spędza całe dni, siedząc na jednym miejscu, śmieje się sam do siebie, ciągle kreśli na około siebie krzyże, na czole rysuje sobie jakieś niezrozumiałe dla otaczających znaki. Cichy i spokojny, często zajmuje się samogwałtem; bardzo mało sypia. W nocy zachowuje się spokojnie, ciągle się jednak przewraca na łożku, często wstaje i spaceruje po sali.

13/III dostał 1,00 trionalu; w 40 m. po wypiciu herbaty z lekarstwem, zasnął snem twardym i spał do chwili, kiedy go obudzono na śniadanie. Czuje się rzeświejszym, na pytania odpowiada chętniej.



14/III spał nieszczególnie.

15/III dostał 1,00 trionalu, zasnął dopiero w 1 g. 40 m. po przyjęciu lekarstwa i spał do rana z małymi przerwami.

16/III spał źle; często wstawał i rozmawiał sam z sobą.

17/III zupełnie nie spał.

18/III użył 1,00 trionalu, zasnął dopiero w 2 g. 40 m. po przyjęciu lekarstwa, spał do g. 7 r. dosyć mocno.

19/III, 20/III i 21/III sypia bardzo mało. Na noc 22/III dostał 1,5 sulfonalu, po przyjęciu którego zasnął w 45 m. i spał do g. 2-iej bez przerwy, później często się budził. Rano małowówny, nie chciał spożyć śniadania.

23/III spał z małymi przerwami bez lekarstwa.

24/III spał krótko. Noce 25/III, 26/III i 27/III spędził prawie bezsennie.

28/III dostał 1,00 trionalu, po którym spał przeszło 5 godzin bez przerwy.

29/III źle spał.

30/III dostał 2,5 chloral-hydratu, po którym spał przeszło 6 godzin. Do 7/IV chory pozostawał bez środków nasennych i przez ten czas bardzo mało sypiał.

8/IV otrzymał 1,5 trionalu. Zasnął w 1 g. 40 m. po przyjęciu lekarstwa i spał bez przerwy do g. 7-iej r.

14/IV po kilku prawie że bezsennych nocach, chory dostał 2,00 trionalu, po którym spał do 8-iej rano. Następną jednak noc spał chory tylko od g. 12-iej do 4-iej r. Dopiero dawka 3,00 trionalu gwarantowała dłuższy sen na 2 noce.

*Spostrzeżenie 9-te.* B. student uniwersytetu lat 22, został umieszczony na oddziale kol. A. Rosenthala, z objawami bezładu myślowego.

Na kilkanaście dni przed wybuchem choroby i od pierwszych dni pobytu w szpitalu, spędzał noce bezsennie. W początkach swego pobytu, miał chory przeznaczony chloral-hydrat, który jednak wywoływał zaledwie kilkogodzinny sen, następnie próbowano sulfonalu (1,25—2,5). Środek ten sprowadzał dłuższy sen, całej nocy jednak chory nie przespiał.

Dnia 20/5, za zgodą kol. R., podałem choremu w mleku o g. 8<sup>1</sup>/<sub>2</sub> w. 1,00 trionalu. W niespełna godzinę, chory zasnął i spał bez przerwy do g. 2-iej, następnie do g. 6-iej spał z częstymi przerwami.

21/V podałem choremu 1,5 trionalu; spał od godz. 9-ej w. do g. 6-ej r.

22/5 spał z bardzo częstymi przerwami, zachowywał się jednak spokojnie.

23/V dostał chorey 2,00 trionalu, po którym spał od g. 9-ej do 7-ej r. bez przerwy. Po obudzeniu się do południa był spokojniejszy i mógł dać kilka logicznych odpowiedzi.

24/5 nie dostał lekarstwa, spał do g. 2-ej dobrze, później budził się często.

25/5 użył 2,5 trionalu. Spał do g. 7-ej bez przerwy. Następną noc spędził bez lekarstwa dosyć dobrze.

27/5 i 28/5 spał z przerwami.

29/5 dostał 2,00 trionalu, poczem spał dobrze; następną noc również spędził dosyć dobrze.

Choremu, kol. Rosenthal, dwa razy zastrzykiwał 0,001 Dubosini sulf. Po pierwszym zastrzyknięciu spał  $4\frac{1}{2}$  g. za drugim 5—6 *Spostrzeżenie 10-te.* O. l. 53, cierpi od dawnego czasu na padaczkowe. Po każdym napadzie chorey, na krótszy lub dłuższy czas traci świadomość siebie i otaczających go warunków, traci również sen.

15/IV podałem choremu o g. 8-ej w. 1,00 trionalu. O g. 9-ej zasnął i spał bez przerwy do g. 1-ej, potem budził się często.

16/IV dostał chorey 1,5 trionalu, po którym drzemał tylko lecz nie spał.

17/IV zażył 2,5 trionalu. Spał od g. 10-ej w. do 2-ej bez przerwy, później jednak często się budził.

18/IV spędził noc bezsennie.

19/IV dostał 3,5 trionalu. Spał od g.  $9\frac{1}{2}$  w. do g. 4-ej r.

20/IV i 21/IV prawie nie spał.

22/IV zaleciłem choremu 2,00 sulfonalu. O g.  $8\frac{3}{4}$  w. zasnął i spał snem twardym do g. 6-ej r. Następną noc spędził dobrze bez środków nasennych.

24/IV spał z przerwami do g. 5-ej r.

25/IV nie spał.

26/IV zażył 2,00 chloral-hydratu, po którym spał dobrze od g. 10-ej w. do g. 7-ej r.

Powoli stan psychiczny, a równolegle z nim i sen zaczął się poprawiać i chorey wkrótce opuścił szpital.

*Spostrzeżenie 11-te.* Jank. l. 32, przybył do szpitala z ob-

jawami silnego przygnębienia i apatii, wraz z nielicznymi urojeniami i przywidzeniami. Cierpienie umysłowe rozwinęło się wkrótce po przebytych przymocię. Chory mało sypiał, często wstawał, płakał i wypowiadał swoje urojenia.

5/III po kilku bezsenne spędzonych nocach, podano choremu w herbacie o g. 8<sup>1</sup>/<sub>4</sub> w. 1,00 trionalu. O g. 10<sup>1</sup>/<sub>4</sub> chory zasnął i snem twardym spał bez przerwy do g. 4-ej r. Od 4-ej do 5-ej nie spał, później jednak zasnął i spał nie budząc się do g. 10<sup>1</sup>/<sub>2</sub> rano. Po obudzeniu skarżył się na uczucie ociężałości w głowie.

6/III spał bez środka nasennego dobrze.

7/III spał blisko <sup>2</sup>/<sub>3</sub> nocy, z krótkimi przerwami.

8/III prawie że nie spał.

9/III użył 0,78 trionalu. Spał od g. 10<sup>1</sup>/<sub>2</sub> w. do 3-ej rano i od g. 6-ej do 8-ej r.

10/III bardzo mało spał. Wstawał często, płakał, gdyż, jak utrzymywał, zatruli mu gardło.

11/III o g. 7<sup>1</sup>/<sub>4</sub> dostał 0,8 trionalu. O g. 9<sup>1</sup>/<sub>2</sub> zasnął i spał do 12-ej, następnie od g. 4<sup>3</sup>/<sub>4</sub> spał do 7-ej r.

12/III spał z przerwami.

13/III użył 1,50 trionalu, poczem spał od g. 10-ej w. do 4-ej rano i od 6-ej do 9-ej r.

14/III spał dosyć dobrze.

15/III, 16/III i 17/III bardzo mało spał.

18/III dostał 1,00 sulfonalu, po którym spał od g. 11-ej w. do 3-ej r.

19/III mało spał.

30/III dostał 1,5 sulfonalu. Spał od g. 11-ej do 5-ej r. Następnej nocy spał od g. 11<sup>1</sup>/<sub>2</sub> w. do 2-ej bez przerwy.

25/III dostał 1,00 trionalu, po którym spał od g. 9<sup>3</sup>/<sub>4</sub> w. do 4-ej r. i od g. 5-ej do 7-ej r. Następnej nocy spał przeszło 5 godzin bez przerwy.

W kwietniu i maju stosowałem naprzemian to trional, to sulfonal i zawsze obserwowałem lepsze skutki po zastosowaniu pierwszego, niżeli drugiego środka.

*Spostrzeżenie 12-te.* S. lat 31, cierpiał na bezwład postępującą i niemal do samej śmierci zachowywał się bardzo niespokojnie. Po całych dniach i nocach bez ustanku mówił od rzeczy, często rzucał się na innych chorych i służącego.

13/IV zaleciłem choremu o g. 8 w. 1,00 trionalu. O g. 9<sup>1/2</sup> zasnął i spał z małymi zaledwie przerwami do g. 5-ej r.

14/IV podano choremu 1,00 trionalu, noc jednak spędził bezsennie.

15/IV dostał chory 2,00 trionalu, po użyciu spał od g. 9-ej w. do 1-ej r., potem jednak wstawał z łóżka, wychodził na korytarz, płakał i t. p.

16/IV użył chory 2,5 trionalu. Spał od g. 10 w. do 3-ej r. z małymi przerwami.

17/IV zupełnie nie spał; zachowywał się bardzo niespokojnie, tak, że musiano włożyć na chorego kaftan krepujący.

18/IV podałem choremu 3,5 trionalu, po którym spał od g. 10 w. do 5-ej r. prawie bez przerwy. Po obudzeniu się był spokojny i apatyczny.

19/IV spał bez środków nasennych od g. 11-ej w. do 2-ej r., następnie do g. 7-ej drzemał.

20/IV prawie nie spał.

21/IV podałem choremu 4,00 trionalu; spał od g. 9-ej w. do g. 6-ej r. Sen był bardzo mocny, udało mi się bowiem zapisać krzywiznę tętna bez przebudzenia śpiącego.

22/IV spał z krótkimi przerwami całą noc.

23/IV i 24/IV spał bardzo mało.

25/IV dostał 2,5 sulfonalu, po którym spał od g. 9-ej w. do g. 6-ej r. Następnego wieczoru dostał 2,00 sulfonalu i spał do g. 5-ej bez przerwy.

28/IV prawie że nie spał.

29/IV zastrzyknąłem choremu 0,001 Duboisini siarczanej, poczem spał od g. 8-ej w. do g. 1-ej, dalszą część nocy spędził bezsennie i niespokojnie. Podawany później kilkakrotnie trional, dopiero w dawce 4,00 sprowadzał trwałe sen. Takie same działanie wykazywał sulfonal tylko w mniejszej dawce (równającej się 3,00). Duboisinum siarczane w dawkach wyżej podanych pożądanego skutku nie wywierało.

*Spostrzeżenie 13-te.* Z. lat 34, po przebytem ostrem pomieszaniu zmysłów, dosyć prędko wstąpił w fazę wtórnego otępienia. Po całych dniach, a nieraz i nocach chory ciągle mówi, jakby odpowiadając na zarzuty, stawiane mu przez niewidzialnych przeciwników. Do odpowiedzi dobiera nieparlamentarnych wyrażań, wypowiada je do

nośnym głosem, czem przeszkadza innym spać. Oprócz tego, chory cierpi na niedomykalność zastawki dwudzielnej.

14/III po kilku prawie że bezsennie spędzonych nocach, podałem choremu o g. 8-iej w. 1,00 trionalu. O g. 8 m. 25 chory zasnął i spał snem twardym do rana.

16/III mało spał, rozmawiał sam z sobą.

17/III dostał 1,00 trionalu. W godzinę potem zasnął i spał do tego stopnia mocno, że udało mi się zapisać jedną linię pulsu bez przebudzenia chorego.

18/III dostał 1,00 trionalu. Spał od g. 9-iej w. do g. 6-iej r.

19/III spał ze znacznymi przerwami.

20/III, 21/III i 22/III bardzo krótko sypiał.

23/III podałem choremu 1,00 sulfonalu, po którym spał od g. 9<sup>1</sup>/<sub>2</sub> w. do g. 4-iej r. Po przebudzeniu uskarżał się na uczucie ociężałości.

24/III bardzo mało spał.

25/III dostał 1,5 sulfonalu. Spał od g. 10 w. do g. 4<sup>1</sup>/<sub>2</sub> r.

26/III spał z częstymi przerwami.

27/III dostał 2,00 sulfonalu. Spał mocno od g. 9-iej w. do g. 6-iej r.

28/III często się budził i rozmawiał sam z sobą.

29/III i 30/III sypiał źle.

1/IV podałem choremu 1,00 trionalu. Spał od g. 8<sup>3</sup>/<sub>4</sub> w. do g. 4-iej r.

2/IV spał źle.

3/IV i 4/IV prawie że nie spał.

5/IV dostał 1,00 trionalu. Spał od g. 9<sup>1</sup>/<sub>4</sub> w. do g. 4-iej r.

6/IV dostał 1,00 trionalu. Spał tylko 4 godziny.

7/IV podałem choremu o g. 8 w. 2,00 trionalu. Zasnął o g. 9-iej i spał z jedną krótką przerwą do chwili, aż go zbudzili na śniadanie.

8/IV spał bez lekarstwa od g. 10-iej w. do g. 4<sup>1</sup>/<sub>2</sub> r.

Kilkakrotnie później podawany trional, zawsze wykazywał dodatnie działanie na sen chorego, nie wywierając ubocznego złego działania na chore serce, o czem mogłem się przekonać z porównania krzywizny tętna, zapisanej przed użyciem tego środka, w czasie jego działania i po przebudzeniu się chorego.

*Spostrzeżenie 14-te* i zarazem ostatnie, dotyczyło 60-cio letniego staruszka, który, jako cierpiący na starczy obłąd, obok bardzo

ciekawych objawów czysto nerwowej natury, przeniesiony był z oddziału D-ra Sommera do szpitala Św. Jana Bożego. W ściankach naczyń zauważono znacznie posuniętą sprawę miażdżycową.

16/III po kilku bezsenne spędzonych na ciągłym utyskiwaniu nocach, podałem choremu o g. 8-ej w. 0,78 trionalu. O g. 9<sup>3</sup>/<sub>4</sub> w. zasnął i spał przez 3 godziny bez obudzenia; później jednak ciągle marudził.

17/III dostał 1,00 trionalu. Spał od g. 10<sup>1</sup>/<sub>2</sub> do g. 4-ej.

18/III spał, budząc się dosyć często.

19/III dostał 1,00 trionalu. Spał od g. 10<sup>1</sup>/<sub>2</sub> w. do 4<sup>1</sup>/<sub>2</sub> r.

20/III i 21/III sypiał źle.

22/III dostał 1,00 sulfonalu, po którym spał od g. 11<sup>3</sup>/<sub>2</sub> w. do g. 3<sup>3</sup>/<sub>4</sub> r.

23/III i 24/III sypiał źle.

25/III dałem choremu 1,5 trionalu. Spał bez przerwy od g. 9-ej w. do g. 6-ej rano.

26/III spał z krótkimi przerwami.

Później jeszcze kilkanaście razy podawałem choremu nowy lek i zawsze lepiej on działał, niż sulfonal.

Zapewne, że przytoczone powyżej spostrzeżenia, nie są tak liczne, byśmy mogli na zasadzie ich wyprowadzić jakieś pewne wnioski. Jeżeli jednak zestawimy je z tem, co o trionalu napisali inni autorzy, to zdaje się, że będziemy mogli zgodzić się, że trional przedstawia dla lekarza praktyka dosyć pewny nasenny środek i kto wie, czy nie pewniejszy od wielu innych, które obecnie są w użyciu.

1. Jedną z pierwszych, korzystnie wyróżniającą trional z pomiędzy innych środków nasennych, własnością jest pewne i skuteczne jego działanie, szczególnie, jeżeli idzie nam o zwalczenie bezsenności u osób z czynnościowym zaburzeniem układu nerwowego (w organicznych cierpieniach w wielu razach działa gorzej, niż chloral a nawet i sulfonal).

2-gą własnością trionalu jest nie okazywanie ubocznego złego działania nawet na chore serce.

3-cią własnością, wyróżniającą trional od innych jest względnie łatwa rozpuszczalność jego w gorącej herbacie i mleku i niezbyt przykry gorzkawy smak, dzięki czemu, chorzy przyjmują go chętnie.

4-tą dobrą cechą trionalu jest to, że nie sprowadza tego

nieprzyjemnego uczucia ociężałości po obudzeniu, na które skarżą się chorzy po użyciu sulfonalu, a nawet i chloral-hydratu.

5. Wreszcie nadzwyczaj ważną jest rzeczą i to, że trional stosować możemy w pewnych warunkach w stosunkowo mniejszych dawkach, niż inne nasenne środki, by wywołać ten sam rezultat.

Kwestyja przyzwyczajania się łatwego do tego środka, którą odrzucają niektórzy autorzy, nie może być przezemnie ani odparta, ani potwierdzona, na to, według mnie, potrzeba kilku lat obserwacji i bardzo znacznej liczby spostrzeżeń. Nie śmiem również kategorycznie utrzymywać, że trional nigdy nie okazuje jakichś ubocznych nieprzyjemnych komplikacyj i na wypowiedzenie podobnego zdania trzeba zaczekać kilka lat; na zasadzie wyżej przytoczonych obserwacji, mogę powiedzieć, że nie okazuje. O sulfonalu to samo mówili w początkach, gdy tymczasem obecnie notowane są wypadki zatrucia tym środkiem.

Warszawa, w październiku 1893 r.

W chwili, gdy niniejszą pracę miałem już przygotowaną do druku, zjawiła się w N. 40 „Berliner Klin. Woch.“ praca d-ra Oscara Collatz'a „Zur Wirkung des Trionals“, w której autor co do zasadniczych punktów wyprowadza te same wnioski, o których ja mówiłem, chociaż robił swe spostrzeżenia na nieco odmiennym i liczniejszym klinicznym materyjale. Dawkowanie według Collatz'a, winniśmy zaczynać odrazu od 1,00 a nawet częściej od 2,00.

---

## LITERATURA.

---

1) Trional und Tetronal bei Geisteskranken. Dr. Ernst Schulze. Therap. Monatl. 1891 October.

2) Ueber Trional als Schlafmittel von Dr. Brie. Neurol. Centr. 1892 N. 24.

3) Ueber die therapeutische Verwendung des Trionals und Tetronals von A. Schaefer. Berl. Klin. Woch. N. 29, 1892.

4) I nuovi ipnotici Trionale e Tetronale del C. Raimondi ed Mariottini. Ref. Neur. Cente 1892 str. 790.

5) Intoxication par le sulfonal. Jolles (Wien.). Bullet. med. 1891 December.

---

## KAZUISTYKA.

## PRZYPADEK PŁONICY,

powikłanej ropnem zapaleniem tkanki okołonerkowej. Wyzdrowienie.

• Podał

Dr. WŁADYSŁAW PAPIEWSKI

z Radomia.

Jakkolwiek powikłania w płonicy należą do zjawisk tak zwykłych, że w pewnych przypadkach usuwają na drugi plan charakterystyczną płonicową wysypkę, a nawet dają postać płonicy bezwysypkowej (*scarlatina sine exanthemate*), to jednak powikłanie sprawami ropnemi nie jest przy niej tak częste, jak przy ospie np. Jeżeli z procesów ropnych zapalenie gruczołów podżuchwowych, ucha środkowego lub tkanki łącznej na szyi są względnie częste w płonicy, a ropne zapalenie stawów nie należy do wyjątków, to natomiast także zapalenie tkanki okołonerkowej (*paranephritis purulenta*), o ile z dostępnej literatury mi wiadomo, dotąd postrzegane nie było.

Gdy wywiady u naszych anatomo-patologów i klinicystów utwierdziły mnie w tem mniemaniu, ośmielałem się przedstawić tu jeden przypadek płonicy, powikłany całym szeregiem cierpień wtórnych, z których ostatnie, t. j. ropne zapalenie tkanki przynerkowej, wyleczone na drodze zabiegu chirurgicznego, należy w każdym razie do zjawisk nader rzadko w płonicy spostrzeganych.

Czy będziemy w danym przypadku objaśniali tę sprawę ropną działaniem jadu płonicowego, czy wychodząc z powszechnie dziś przyjmowanej zasady wytlómaczymy ją sobie zakażeniem mieszanem, w każdym razie *paranephritis* ta *postscarlatinosa* zasługuje na uwagę zarówno ze względu na miejsce wyjścia sprawy ropnej, jak i na trudności, jakie się przy rozpoznaniu nastęrczały.

Rzecz dotyczy Salomei W., dziecka 3<sup>1</sup>/<sub>2</sub>-rocznego, do której byłem wezwany 13 września 1893 r. W tym czasie, zarówno przedtem jak potem, epidemii płonicy w mieście nie było, przypadek więc ten wraz z trzema innymi w temże mieszkaniu, stanowił małą epidemiję domową, która się nie rozszerzyła zupełnie. Początek choroby był nagły: dwoje dzieci, wczoraj zupełnie zdrowych, dostało dziś rano gorączki z równoczesną wysypką. Przy badaniu 13 września znalazłem pacjentkę w stanie następującym:

Dziewczynka prawidłowo zbudowana i dobrze odżywiona,



o skórze bladej, na której po całym ciele występuje wysypka drobnoguziczkowa, cokolwiek nad powierzchnią wystająca, barwy ciemno-czerwonej, wielkości od łepka od szpilki do ziarnka soczewicy. Na plecach wysypka ta przedstawia zlewające się szkarłatne plamy, pozostawiające przez czas dłuższy białe ślady przy ucisku palcem. Gruczoły podżuchwowe nieco obrzmiałe, niebolesne, inne gruczoły chłonne niewyczuwalne. Obydwa migdały powiększone i zaczerwienione z widocznymi żółto-szarymi punktami wielkości łepka od szpilki. Ciepłota  $40,2^{\circ}$  C. Granice serca niepowiększone, tony czyste; tętno około 120, napięte. W płucach słumień ani rzężeń niema, oddech 30, równomierny. Oczy łzawią, łącnice przekrwione. Wątroba i śledziona niewyczuwalne. Brzuch miernie wzdęty, o jednakim bębnistym wypuku. W moczu białka niema; jeden stolec normalny na dobę. Dziecko skarży się na ból przy polykaniu, trochę kaszle, zresztą jest w dobrym humorze, bawi się, siedząc w łóżeczku.

Stan opisany nie mógł przedstawiać trudności rozpoznawczych. Jakkolwiek wysypka na twarzy więcej była zbliżona do odrowej, nie było też wybitnych zmian w gardzieli, natomiast lekki nieżyt oskrzeli i łącnic, jednak wygląd wysypki na grzbiecie i typowa rozwinięta wysypka płonicowa u drugiego dziecka, leżącego w tymże pokoju, skłoniły mnie do rozpoznania płonicy i zarządzenia odpowiednich środków odkażających i izolacyjnych.

14/IX i 15-go wysypka trwała bez zmiany, gorączka trzymała się pomiędzy  $38,5$  a  $38,8^{\circ}$ ; objawy zapalenia gardzieli stopniowo ustępowały.

16/IX i 17-go ciepłota spadła do  $37,8$  i  $37,5^{\circ}$ , wysypka blednie, nacieczenie torebek na migdałach znika.

18/IX stan bezgorączkowy, migdały zaledwie zaczerwienione; skóra blada, w niektórych miejscach poczynające się łuszczenie w postaci otrąb (desquamatio furfuracea). Zalecono chorej nie opuszczać pokoju w ciągu dwóch tygodni, dyjetę wyłączną mleczną i płynną pożywną.

W ciągu następnych 10-u dni nie widziałem pacjentki, która, jak mi donoszono, przez tydzień nie opuszczała łóżka, piła dużo mleka; w ostatnich dniach zaczęła chodzić po pokoju, nie wychodząc za próg.

28/IX byłem znów do niej wezwany i znalazłem co następuje: Łuszczenie na całej skórze w postaci drobnych łuszczynek (furfur); w gardle zupełnie czysto. Ciepłota  $39,8^{\circ}$ , tętno drobne, twarde, podskakujące; oddech przyśpieszony, powierzchowny. W płucach słumień niema; oddech zaostrożony, nieliczne drobne rzężenia dźwięczne. Skóra sucha, rozpalona. Mocz oddawany bardzo skąpo, ciemny, zawiera nieznaczną ilość krwi i dużo białka ( $2,5\%$  przy określaniu metodą Brandberg'a), wałeczków niema. Zalecono suche bańki na okolicę nerkową, dyjetę wyłącznie mleczną, za napój wodę Bilin.

29/X ciepłota rano 38,8<sup>o</sup>, wieczorem 39,1<sup>o</sup>, tętno 114, oddech 30, prawie zupełna anuria, białka w moczu 3<sup>o</sup>/<sub>o</sub>, występuje obrzęk twarzy i kończyn. W okolicy nerkowej bardzo silny obrzęk i wypuklenie. Zrobiono kąpiel 30<sup>o</sup> R. przez 15 minut, następnie wino i koce na dwie godziny; nastąpiły obfite poty.

30/IX ciepłota 47,8<sup>o</sup>, bezmocz trwa, w skąpym moczu białka 3<sup>o</sup>/<sub>o</sub>; wywołano dwa płynne stolce, zrobiono kąpiel jak wczoraj, poty.

1/X stan bezgorączkowy, moczu więcej. (Ilości wydzielanego moczu obliczyć mi się nie udawało, gdyż płeć pacjentki nie pozwalała uciec się do receptora, zwykle u dzieci używanego, dobrowolnie zaś znaczną część oddawała ze stolcem lub w posciel). Białka 0,7<sup>o</sup>/<sub>o</sub>.

2/10 ciepłota 38,4<sup>o</sup>, wieczór 39,5<sup>o</sup>, ilość moczu się zwiększa: w nim białka 0,2<sup>o</sup>/<sub>o</sub>, ślady krwi i wałeczki szkliste. Tętno małe, 144. Kąpiel, poty. Obrzęk lewego stawu kolanowego i bolesność przy ruchach w kolanie.

3/X ciepłota rano 37,5<sup>o</sup>, wieczór 38,5<sup>o</sup>, w moczu krew i białko bez zmiany. Obrzęk i bolesność prócz stawu kolanowego zjawia się w biodrowym i stopowym lewym. Skłonność przybierania przez lewą kończynę położenia przykurzonego, wskutek czego kończynę unieruchomiono w położeniu wyprostnem.

4/X ciepłota 38,2<sup>o</sup>, wieczór 39,1<sup>o</sup>, tętno 120, oddech 48; w moczu krwi niema, białka 0,1<sup>o</sup>/<sub>o</sub>, wałeczki szkliste po dawnemu. Obrzęki stawów się wzmogły, ruchy czynne wielce bolesne, biernie możliwe bez wielkiej dla dziecka przykrości. Stawy unieruchomiono w położeniu wyprostowanym kończyny.

5/X ciepłota 38,6<sup>o</sup>, wieczór 39,5<sup>o</sup>. Mocz bez zmiany, 2 normalne stolce. Obrzęki stawów jak wyżej, cała lewa kończyna obrzękła daleko więcej, niż prawa; w jamie otrzewny trochę przesięku.

6/X Ciepłota 39<sup>o</sup>, wieczór 39,8<sup>o</sup>, tętno 144. Białka 0,15<sup>o</sup>/<sub>o</sub>, obrzęki stawów bez zmiany, wysięku się nie wyczuwa.

7/X ciepłota 38,1<sup>o</sup>, wieczór 39,6<sup>o</sup>. tętno 120. W moczu krwi niema, białka 0,1<sup>o</sup>/<sub>o</sub>. Podano kalomel jako środek moczopędny. Obrzęk kończyn mniejszy, w jamie otrzewny dość duży przesiek.

8/X ciepłota 38<sup>o</sup>, w moczu 0,05<sup>o</sup>/<sub>o</sub> białka, 2 kalomelowe stolce.

9/X ciepłota 38<sup>o</sup>, wieczór 39,4<sup>o</sup>, tętno 124. Obrzęk z prawej kończyny zniknął, na lewej się utrzymuje. W otrzewny przesiek mniejszy. W skórze brzucha z lewej strony szeroko rozgałęzione sploty żyłne występują bardzo wyraźnie.

10/X ciepłota 38<sup>o</sup>, wieczór 38,9<sup>o</sup>. W moczu ślady białka, ilość moczu zwiększona znacznie. Staw kolanowy obrzękły niewiele, ruchy biernie kolana niebolesne, czynne nieco trudniejsze.

Staw biodrowy ruchomy i niebolesny, stopowy również. W lewej pachwinie gruczoły chłonne znacznie obrzmiały, przy ucisku bolesne, skóra w pachwinie barwy normalnej. Zalecono okład wysychający na gruczoły.

11/X ciepłota 38,4<sup>o</sup>, w moczu znów ślady krwi, białka 0,05<sup>o</sup>/<sub>o</sub>. Obrzmienie gruczołów pachwinowych wzrasta, skóra zlekka zaczerwieniona.

12/X ciepłota r. 37,5<sup>o</sup>, wiecz. 39<sup>o</sup>, tętno 132, w moczu krwi niema, białka 0,05<sup>o</sup>/<sub>o</sub>. Gruczoły w pachwinie bardzo bolesne, skóra nad nimi napięta, zaczerwieniona, chełbotania nigdzie wyczuć nie można. Staw biodrowy ruchomy.

13/X ciepłota 38<sup>o</sup>, wieczór 39<sup>o</sup>. Naciek zapalny w pachwinie rozszerza się ku dołowi w trójkąt Scarpy, gruczoły ciągle twarde i bolesne.

14/X ciepłota 39<sup>o</sup>. Białka ani krwi w moczu niema. Naciek bez zmiany, konsystencja ciastowata.

15/X ciepłota 38,4.

17/X ciepłota 38,2, wieczór 39,3<sup>o</sup>. Naciek rozszerza się na wewnętrzną stronę uda. Skóra w pachwinie zaczerwieniona, pod nią twarde, bolesne gruczoły, chełbotanie daje się wyczuwać na wewnątrz od gruczołów, lecz dość niewyraźnie. Staw biodrowy ruchomy, przy ruchach biernych niebolesny. Obrzęk lewej kończyny utrzymuje się, acz znacznie zmniejszy, niż na początku.

19/X. Na naradzie z kolegą Kosickim, chirurgiem miejscowym, znaleźliśmy: stwardnienie i bolesność gruczołów pachwinowych, naciek, rozprzestrzeniający się od fałdy pachwinowej na wewnątrz uda w kierunku krętarza małego. W samej pachwinie wyczuwa się wyraźne chełbotanie głębokie, które na całej przestrzeni nacieku ustępuje miejsca konsystencji ciastowatej. Prócz tego, na lewym pośladku, w górnej jego części, wyczuwa się głęboko położony guz, wielkości dużej śliwki, o elastycznej konsystencji, podobnej do głębokiego chełbotania. Skóra w tem miejscu niezmieniona, bolesność nieznaczna. Ruchy stawu biodrowego zupełnie swobodne. Brzy ugniataniu jednego z opisanych zbiorników ropy nie widzimy powiększenia drugiego; guz, wyczuwany na pośladku, przy ucisku się nie zmniejsza, Przyruszając, że mamy do czynienia z ropniem okołostawowym, któremu początek dały ropiejące głębokie gruczoły pachwinowe, postanowiliśmy operować nazajutrz.

20/X. Operacja dokonana przez kol. Kosickiego. Po zachloroformowaniu dziecka, cięcie było poprowadzone w kierunku fałdy pachwinowej, na miejscu najwyraźniejszego chełbotania i przedłużone prostopadle ku dołowi, w kierunku mięśnia biodrowo-łędźwiowego, z rany wyszło bardzo dużo gęstej zielono-żółtej ropy, w której badanie drobnowidzowe wykryło masę streptokokków. Po oczyszczeniu pola operacyjnego, spostrzegliśmy że

z jamy, jaka się wskutek nagromadzenia ropy tu utworzyła, prowadzą dwie przetoki: Jedna z nich od wewnętrznego górnego kąta jamy idzie pod więzem Poupart'a, do miednicy, wzdłuż mięśnia pośladźwiowego wielkiego w kierunku lewej nerki. Wymiar zewnętrzny otworu jej około 1 ctm.  $\times$  0,7 ctm. tak, że palca wprowadzić w przetokę nie było można, natomiast zgłębnikiem wchodziliśmy w nią do głębokości około 10 ctm. Druga przetoka prowadziła z dolnego wewnętrznego kąta jamy w kierunku mięśnia pośladźwiowego ku małemu krętarzowi pomiędzy mięśnie wewnętrznej strony uda (mm. ksobne uda), główka zgłębnika do niej wprowadzonego, dawała się wymacać na tylnej powierzchni uda, u brzegu mięśnia dwugłowego; też rozszerzono tę ostatnią na tępo i u drugiego jej końca na wysokości  $\frac{1}{3}$  uda zrobiono przeciwotwór. Na lewym pośladku cięcie poprowadzono prostopadle od grzebienia kości biodrowej, w linii środkowej guza ku dołowi i po przecięciu dość obfitej tkanki podskórnej i mięśnia pośladkowego wielkiego, trafiono na drugi zbiornik ropy, o takimże jak poprzednia wyglądzie. Z jamy, która się po wymyciu ropy uwidoczniła, idąc palcem ku górze, wyczuwaliśmy doskonale w szerokiej zatoce grzebień kości biodrowej i zewnętrzny bieg mięśnia czworobocznego lędźwi, obok którego przetoka prowadziła również ku lewej nerce dobrze palcem wyczuwalnej. Ku dołowi jama ropnia nie komunikowała się z ropniem w pachwinie i wogóle żadnych zatok nie dawała. Złożono dwa sączki gumowe: jeden długi na 10 ctm., z przedniej rany pod więzem Ponpart'a do przynercza, drugi z tejże rany do przeciwotworu, zrobionego na udzie pomiędzy mięśnie uda. Przetokę, idącą do nerki od tylnej rany, wypełniono dokładnie gazą jodoformową, którą opatrzone również wszystkie trzy rany operacyjne.

Ciepłota, niebawem po operacji, spadła do 36,6°; wieczorem dnia tego, podniosła się do 36,9°; następnego dnia, rano do 36,6°, wieczorem 37,8°. Było to najwyższe wzniesienie się ciepłoty po operacji, gdyż odtąd przebieg był bezgorączkowy.

Opatrunek zmieniano co dwa dni; rana podczas gojenia przedstawiała się bardzo czysto; wydzielina ropna, początkowo dość obfita (bandaż w pierwszych dniach przesiąkał), stopniowo się zmniejszała; przy przemywaniu przynercza przez tylną przetokę, płyn początkowo wypływał przez przetokę przednią, później powracał. Przy V-m opatrunku (1/XI) skrócono sączki, przy VII-m (5/XI) wyjęto górny (idący do miednicy), przy VIII-m (7/XI) skrócono dolny do połowy, a przy IX-m (9/XI) usunięto pozostałą resztę. Rany przedstawiały się doskonale, ziarninowały z nieobfitą wydzieliną ropną, po wyjęciu sączków ściągały się bardzo dobrze, tak, że w końcu listopada zablizniły się zupełnie.

W przebiegu pooperacyjnym, białka w moczu ani razu nie

wykryto, stan dziecka szybko się poprawiał: po zablżnieniu ran zalecono słone kąpiele,

Obecnie dziecko jest zupełnie zdrowe.

A teraz kilka uwag co do rozpoznania i przebiegu choroby. Rozpoznanie pierwotne płonicy potwierdził przebieg, wskazując, że mamy do czynienia z postacią łagodną, która po 4-ro dniowej gorączce skończyła się łuszczeniem niedość, co prawda, dla płonicy charakterystycznym, lecz i objawy skórne niezbyt były wyraźne. Ale poczynając od fatalnego dla chorych po-płoniczych, 3-go tygodnia występuje kolejno cały szereg powikłań, z których ostatnie przedłuża nadmiernie chorobę i zmusza nas do zabiegu chirurgicznego.

W 15 dni po pierwszej wysypce występują objawy ze stro-ny nerek. Powikłanie to w płonicy pospolite, wystąpiło tu z wielkim natężeniem i bardzo obfitym białkomoczem (w nawiasie dodam, że określanie białka za pomocą przyrządu *Esbacha* daje wyniki nie jednolite, jak się o tem przekonałem, godną więc polecenia wydaje mi się metoda, której stale używam, zwana metodą Brandberg'a, właściwie Roberts - Stolnikow - Brandberg'a, mało, o ile wiem, u nas dotąd stosowana), groźne te jednak objawy, ustąpiły w krótkim czasie przy leczeniu napotnem: jest to dla płoniczego cierpienia nerek dość znamiennej cechą. Silny obrzęk okolicy nerkowej, jaki już wtedy wystąpił, odnosiłem do ostrej sprawy w nerkach, nie przypuszczając oczywiście zapalenia okołonerkowego, jakie już wtedy, prawdopodobnie się zapoczątkowało.

W 5 dni po wystąpieniu białkomoczu, a w 20 od początku choroby, wystąpiło porażenie stawów kolanowego, biodrowego i stopowego. Obrzęk kończyny lewej, który górował już nad prawą, do pewnego stopnia maskował sprawy wysiękowe w stawach, ze względu jednak na ich bolesność i upośledzenie ruchów nie ulega wątpliwości, że mieliśmy doczynienia z synovitis scarlatinosa. To właśnie zajęcie stawów utrudniło wczesne rozpoznanie nowego i głównego powikłania, które, najwidoczniej, wobec dość słabo zaznaczonej sprawy stawowej, od początku warunkowało gorączkę, stale się utrzymującą.

Obrzęk, utrzymujący się na lewej kończynie, gdy z prawej zupełnie ustąpił, a mocz wykazywał zaledwie ślady białka, obok gorączki, stale z porannemi zwolnieniami utrzymującej się na na 38<sup>o</sup>—39<sup>o</sup> i wyżej, kazał nam już 10/X domyślać się sprawy zapalnej, jakoteż odnosiliśmy ją do lewych gruczołów pachwinowych, które będąc nacieczone zapalnie przez ucisk mechaniczny, mogły obrzęk kończyny utrzymywać. Bolesność przy ruchach w stawie, dość zresztą nieznaczna, i skłonność dziecka przybierania pozycji nogi skurczonej, objaśniłem nie zupełnie jeszcze zrezorbowanym wysiękiem wewnątrzstawowym; godne jest jednak zaznaczenia, że ułożenia kończyny charakterystycznego przy

zapaleniach mięśnia połędźwiowego niebyło, pomimo, że jak operacja wykazała w kierunku mięśnia tego szedł ropień ostry, opadający od nerki, zapalenia więc tego mięśnia wykluczyć prawie niepodobna. Chełbotanie, jakie konstatowałem dość późno, bo 17.X, robiło wrażenie głębokiego, że zaś gruczolę powierzchowne były wyczuwalne jako twarde, umocniło to mnie w rozpoznaniu głębokiej flegmony, wychodzącej prawdopodobnie z gruczolów głębszych. Ropień na pośladku — wyznać to muszę ze wstydem — zupełnie usunął się z pod mej obserwacji i rozpoznany został dopiero przed samą operacją. Winą tego było głębokie jego pod mięśniem położenie, niezmieniona w tem miejscu skóra i zupełny brak skarg dziecka na bolesność w tamtej okolicy.

Cokolwiekby, operacja wykazała nam rzecz, której nie spodziewaliśmy się bynajmniej, sprawę ropną w tkance luźnej okołonerkowej, sprawę, która z pierwotnego ogniska opuściła się dwoma drogami: jedną po zewnętrznym brzegu mięśnia czworobocznego lędźwi, przebiwszy powięź lędźwio-biodrową, po nad grzebieniem biodrowym zstąpiła na pośladek i wytworzyła zbiorowisko ropy pod mięśniem pośladkowym wielkim, drugą wzdłuż mięśnia biodrowo-przyłędźwiowego, która opuściła się pod więzem Pó up art'a do pachwiny i rozszerzyła się pomiędzy mięśnie kso-bne uda.

Że w danym przypadku mieliśmy do czynienia z pierwotną sprawą ropną, mianowicie w przynerczu, za tem przemawia właśnie droga zstępowania ropnia. Zwyczajny myositis purulentus psaoitis, nie prowadziłby do wytworzenia ropnia na pośladku w górnej jego części, co najwyżej w dolnej — u krętarza małego, z drugiej strony mielibyśmy wybitniejsze objawy w położeniu charakterystycznym kończyny, czego nie było.

Następnie, przy operacji palcem, dochodziliśmy do lewej nerki, widocznie więc zatoka do niej prowadziła, przy przemywaniu zaś rany pooperacyjnej, od tyłu płyn zciekał przez fistulę przednią, co dowodzi, że obydwie przetoki prowadziły do jednego, wysoko położonego ogniska. Sprawy zapalne w kręgach lędźwiowych mogłyby warunkować podobny kierunek ropni opadających, lecz, pominąwszy już, że byłyby one przy płonicy niezmierną rzadkością, przeciw nim przemawia brak wszelkiego bólu przy ucisku na kręgosłup, brak skrzywień kręgosłupa i szybkie zejście pomyślnie sprawy.

Pozostaje więc nam przyjąć rozpoznanie ropnego zapalenia tkanki luźnej przynerkowej — paranephritis purulenta. Co do patogenezy danej sprawy, to trudno mniemać, by była ona w związku bezpośrednim z ostrem powikłaniem ze strony nerek. Wiadomem jest, że ostre sprawy w nerkach, wikłające płonice, bywają natury niezżytowej lub mięszonej, w żadnym razie ropnej; w danym też przypadku, zarówno badanie moczu, jak szybka

poprawa, która pod wpływem leczenia nastąpiła, wyklucza podejrzenie na sprawę ropną w nerkach; najprawdopodobniej istniało tu zakażenie mieszane streptokokkami, podobnie jak bywa przy durze brzuszonym np., powodujące rozległe ropnie w różnych okolicach, a często właśnie w przyległych do głównie cierpiącego organu, na przykład zapalenie ropne mięśnia prostego brzucha, być może podrażnienie przez podległy zapaleniu organ sąsiedni, jest momentem usposabiającym lub też jad swoisty, wytworzony przez nieznaną dotąd drobnoustroje płonicowe, czy też same owe drobnoustroje powodują rozległe ropienia.

W każdym razie, przypadek przytoczony powyżej, daje obraz bardzo rzadko się zdarzającego, jeżeli wogóle postrzegane-go dotychczas, umiejscowienia ropnej sprawy w płonicy.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. Patologija i Medycyna wewnętrzna.

24. S. PRIEOBRAŻENSKIJ. **O ciałach obcych w drogach oddechowych.** „*Ueber Fremdkörper in den Athmungswegen.*“ *Wiener Klinik*, 1893, Heft 8, 9 und 10).

Praca składa się z 2-ch części: w pierwszej zestawia autor dotychczas notowane w literaturze odnośne przypadki i stara się ze statystyki 848 przypadków wyciągnąć pewne wnioski; w drugiej części pracy donosi autor o doświadczeniach, robionych na kotach i królikach.

Zestawione przypadki dzieli autor na 3 grupy: 1) *przypadki leczone*: a) drogą operacyjną (235 osób wyzdrowiało, 91 zmarło), b) za pomocą ekstrakcji śródkraniowej—55 przypadków, z tych 47 osób wyzdrowiało, 1 zmarła, w 7 zejście nieznane), c) za pomocą odpowiedniego ku temu ułożenia chorego—12 przypadków, wszystkie zakończyły się wyzdrowieniem, d) za pomocą środków wymiotnych—12 przypadków (z tych 10 wyzdrowiało, 2 zmarło); 2) *przypadki nieleczone* — z tych 169 wyzdrowiało, a 186 zmarło; 3) *przypadki z nieznanem zejściem*—ogółem 78. Tak więc procent śmiertelności wynosi: w przypadkach leczonych wogóle—23<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, w leczonych drogą operacyjną 27<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, w nieleczonych 52<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Do r. 1866, to jest dopóki nieznaną była laryngoskopija, procent śmiertelności był znacznie większym, *leczeniu więc śródkraniowemu zawdzięczać należy zmniejszenie (ię śmiertelności.* Ta ostatnia jest największą, gdy ciało obce ma swoje siedlisko w oskrzelach (55<sup>0</sup>/<sub>0</sub>), mniejszą, gdy w krtani 39,8<sup>0</sup>/<sub>0</sub>), najmniejszą, gdy w tchawicy (33<sup>0</sup>/<sub>0</sub>)—(do wręcz prze-

ciwnych rezultatów doszedł Heller). Najczęściej dostają się ciała obce do krtani, rzadziej do oskrzeli, najrzadziej do tchawicy; do prawego oskrzela częściej, niż do lewego (ze 138 przypadków—74 razy do prawego i 54 razy do lewego); ciała obce w lewym oskrzeli dały 62% śmiertelności, w prawem zaś 46%. Kości i monety zatrzymują się najczęściej w krtani, ziarenka grochu, pestki od śliwek i nasiona dochodzą zwykle głębiej (do tchawicy, lub oskrzeli). Śmiertelność z powodu ciał obcych w drogach oddechowych, większą jest u osób dorosłych, niż u dzieci; w przypadkach nieleczonych, procent śmiertelności u osób dorosłych (30%). Do dróg oddechowych dostają się ciała obce najczęściej podczas jedzenia, często również z żołądka podczas ruchów wymiotnych. Z zestawionej statystyki okazuje się, że ciała obce rzadko kiedy wywołują zmiany anatomiczne w miejscu, gdzie się znajdują, lecz najczęściej powodują cierpienia w sąsiednich, lub dalszych narządach. W niektórych przypadkach śmierć następuje natychmiast po dostaniu się ciała obcego do krtani; do niezbyt rzadkich należą przypadki, w których pacjenci przez pewien czas czuli się dobrze i dopiero później stał się widocznym wpływ ciała obcego; najczęściej jednak, natychmiast po dostaniu się ciała obcego; najczęściej jednak, natychmiast po dostaniu się dróg oddechowych ciała obcego, pacjent dostaje ataku duszności, który trwa od paru sekund do paru godzin i atak ustępuje, poczem czasami następuje wyzdrowienie, czasami pojawiają się nowe ataki, lub nawet śmierć. Częstokroć jedynym objawem jest kaszel, w niektórych przypadkach brak go całkiem. Bóle są albo stałe, albo występują tylko podczas polykania. Jeżeli ciało obce przejdzie przez krtani, to dostaje się do tchawicy, gdzie, jeżeli jest nieruchome, to powoduje mniej groźne objawy i silny kaszel oraz ataki duszności. W oskrzelach ciała obce mogą być również ruchome lub nieruchome. W poszczególnych przypadkach może brakować tego, lub innego objawu, jakie wywołują ciała obce w drogach oddechowych, czasami niema ani jednego objawu i, pomimo tego, że chorzy stanowczo twierdzą, że dostało się im do dróg oddechowych ciało obce, lekarz nie może znaleźć na to żadnych dowodów, jak również zdarzają się przypadki, w których chorzy nie mają najmniejszego pojęcia o dostaniu się ciała obcego tak długo, aż nastąpi jakiegokolwiek bądź powikłanie i ciało obce zostanie całkiem przypadkowo odkryte; nawet ciała obce o ostrych kształtach mogą się znajdować w drogach oddechowych, nie powodując żadnych objawów. Przy rozpoznawaniu należy przedewszystkiem uwzględnić wywiady i subiektywne dolegliwości, pomimo niestałości objawów; następnie należy kierować się badaniem obiektywnem za pomocą opukiwania, osłuchiwania i *wziernika krtaniowego*. Pojawienie się gorączki, jest dowodem, że nastąpiło powikłanie: rozpoznanie jest wówczas znacznie utrudnione i wymaga wielkiej uwagi i bystro-



ści umysłu ze strony lekarza; czasami zbadanie wykrztuszonych cząsteczek ułatwia rozpoznanie. Z ciał obcych najgorsze rokowanie dają kości, następnie ziarenka grochu,—lepsze — guziki, a jeszcze lepsze pestki od owoców; rzecz zadziwiająca, że w 25 przypadkach w których ciałem obcym były łądygi, lub kłosy, 22 zakończyły się wyzdrowieniem samodzielnie, ciało obce zostało wykrztuszone. W każdym okresie cierpienia, nawet po dłuższym czasie, ciało obce może być wykrztuszone i może nastąpić wyzdrowienie. Jeżeli ciało obce nie zostało wydalone, to można z największą pewnością twierdzić, że prędzej, lub później, nastąpi zejście śmiertelne.

*Leczenie* za pomocą zgłębnika żołądkowego, jest nie na miejscu, gdyż można ciało obce zepchnąć jeszcze głębiej. Stosowanie środków wymiotnych rzadko prowadzi do celu; w 12-tu przypadkach ciało obce zostało wydalone przez odpowiednie ułożenie chorego: kładzie się go na brzuchu w poprzek łóżka, ręce powinny opierać się na podłodze, górna połowa ciała powinna być podniesioną ku przodowi, przyczem chory musi oddychać powoli i głęboko; jednocześnie druga osoba ma chorego często uderzać po plecach, a chory mocno kaszlać; ta metoda leczenia, zwłaszcza dzieci, prowadziła często do celu. Najskuteczniejszą jednak metodą leczenia jest *środkrtaniowe usuwanie ciał obcych*, to jest przy pomocy wziernika krtaniowego; metoda ta nie wymaga asystencyi drugiej osoby i nie powoduje, jak tracheotomija, silnych krwawień. Do usunięcia ciała obcego używać można tak dobrze pincetki Schrötter'a, jak kleszczów Mackenzie'go i t. d. Jeżeli jednak ta metoda nie doprowadziła do celu, to należy uskutecznić laryngo albo tracheotomiję; wyjątek stanowi dostanie się pokarmów do dróg oddechowych i w tych przypadkach tylko natychmiastowa operacya może uratować chorego. Należy wogóle wykonywać tracheotomiję wysoką, nawet wówczas, gdy ciało obce znajduje się w krtani. W przypadkach, gdy ciałami obcemi są łądygi, kłosy i tym podobne ciała,—nie trzeba wcale wykonywać tracheotomii.

Po zużytkowaniu materiału statystycznego, zajął się autor doświadczeniami nad królikami (3 doświadczenia) i kotami (40 doświadczeń). Doświadczenia te dzieli autor na 3 grupy i do pierwszej zalicza te przypadki, w których po pewnym przeciągu czasu ciało obce usunął drogą środkrtaniowej ekstrakcyi; drugą grupę stanowią te przypadki, w których zwierzęta przed usunięciem ciała obcego zostały zabite, lub zdechły; do trzeciej wreszcie grupy zaliczył autor te przypadki, w których ciało obce samodzielnie zostało wykrztuszone i nastąpiło wyzdrowienie. Pierwsze dwie grupy obejmują razem 35 przypadków (25 zakończyło się śmiercią), z tych tylko w 6-iu przypadkach zmiany patologiczno-anatomiczne polegały na nieznacznych objawach zapalnych, podczas gdy w pozostałych 29 przypadkach wystąpiła sprawa de-

strukcyjna, która nie ograniczyła się na błonę śluzową wyłącznie, ale rozszerzyła się na perichondrium i krtani; w nieznacznej liczbie przypadków, w których nastąpiły powikłania ze strony sąsiednich narządów, zauważył autor zawsze pewien związek pomiędzy powikłaniem i ciężkimi miejscowymi zmianami; tak więc powikłania przy ciałach obcych w drogach oddechowych zależne są nie od tych ostatnich, jako takich, lecz od zmian, jakie ciała obce wywołują w miejscu, gdzie się znajdują. Co się tyczy przebiegu, to w pierwszej grupie doświadczeń w 9 przypadkach nastąpiła śmierć, pomimo tego, że ciało obce zostało usunięte, w 6-iu zaś nastąpiło wyzdrowienie.

Ciała obce więc są w stanie wywołać znaczne zmiany i mianowicie przeważnie w miejscu, gdzie się znajdują, — powikłania następują jednak rzadko ze strony sąsiednich narządów, przyczem znajdują się w związku z miejscowymi zmianami; własności fizyczne ciał obcych, nie mają decydującego wpływu na zmiany patologo-anatomiczne, jak również na przebieg. Zmiany anatomo-patologiczne, widoczne za pomocą wziernika krtaniowego, można było najprędzej zauważyć w tych przypadkach, w których ciało obce siedziało w krtani i mianowicie w szparze głosowej; w przypadkach tych wystąpiły już w przeciągu pierwszych 24 godzin silne objawy zapalne i sprawa powiększała się z każdą godziną; jeżeli uszkodzony został jeden tylko więz głosowy, to zapalenie przechodziło po paru dniach i na drugi, chociaż tylko w słabym stopniu;—w tchawicy zmiany, jakie daje się zauważyć przy laryngoskopowaniu, są mniej znaczne i sprawa rozszerza się powoli. Żeby ciała o ostrych brzegach chętniej zatrzymywały się w krtani, niż gdzieindziej, tego autor nie zauważył. W przypadkach, stanowiących trzecią grupę, najrozmaitsze ciała obce samodzielnie zostały wydalone z dróg oddechowych, jako to: kanciaste kości, zgięte druty, szpilki i t. d., powodując tylko czasami (i to nie zawsze) zacerwienie i nacieczenie. Z doświadczeń tych wynika, że należy usuwać ciała obce z dróg oddechowych tak prędko, jak tylko można, gdyż zmiany patologo-anatomiczne mogą się wytworzyć nie w przeciągu dni, lecz godzin. Usuwanie ciał obcych za pomocą odpowiedniego ułożenia, uważa autor za odpowiednie tylko wówczas, gdy zadosyć się staje dwóm warunkom: 1) gdy ciało obce ma pewną wagę i niezbyt wielkie rozmiary, 2) gdy nie posiada ostrych brzegów.

*Józef Winiarski.*

25. Prof. E. LEYDEN (Berlin). **O zapaleniu wsierdzia pochodzenia rzeźączkowego.** (*Deut. Med. Woeh. Nr. 38. 1893*).

W pracy swojej przytacza autor historję choroby młodego rzemieślnika, który wskutek silnego bólu i obrzmienia stawu kolanowego i stopowego wstąpił do kliniki, gdzie jednocześnie skonstatowano przewlekłą rzeźączkę w połączeniu z zapaleniem przy-

jądrza. Wkrótce potem chory na klinice zaczął gorączkować, rozpoznano złośliwe zapalenie wsierdzia, które w niedługim czasie spowodowało zajęcie śmiertelne. Badanie pośmiertne wykryło obecność gonokoku Neisser'a w produktach zapalnych wsierdzia. Zupełnie podobny przypadek zapalenia wsierdzia pochodzenia rzeżączkowego opisał autor przed kilkunastu laty. Na stosunek przyczynowy i związek pomiędzy zapaleniem wsierdzia i rzeżączką od dawna zwrócili autorzy uwagę i licznymi dowodami i spostrzeżeniami zdanie to poparli. Zapalenia te można podzielić na dwie grupy: jedne mają charakter ostry, przebieg szybki i kończą się zazwyczaj śmiertelnie, inne znowu przypadki mniej złośliwe, przebiegają chronicznie i dają daleko lepsze rokowania. Dotychczas uważano zapalenie wsierdzia przy rzeżączce za wynik zakażenia mieszanego, mianowicie z jednej strony gonokokami Neisser'a, z drugiej drobnoustrojami ropotwórczymi (paciorkowcami i gronowcami). Opisany jednakże przez Leyden'a przypadek rzucił nowe światło na tę sprawę, L. wykazał ścisły związek pomiędzy rzeżączką i zapaleniem wsierdzia wykrył jedynie gonokoki, i otrzymał z nich czyste hodowle, innych zaś drobnoustrojów żadną drogą nie można było wykryć.

Do wsierdzia dostają się gonokoki przez krew i limfę, tembardziej, że surowica krwi jest doskonałym podłożem dla nich.

*H. Kucharzewski.*

26. Dr. WILMS. **Przyczynek do rzeżączkowego zapalenia wsierdzia.** (*Münchener Med. Woch. Nr. 40. Internationale Klinische Rundschau Nr. 52. 1893*).

Autor poddaje krytyce przypadek rzeżączkowego zapalenia wsierdzia ogłoszony w Nr. 27 Deutsche Medicinische Wochenschrift przez Leydena, odnośnie do wykazania w nim gonokoków, a to na mocy literatury tego przedmiotu i przypadku przez się spostrzeganego. Utrzymuje on, że gonokok wogóle nie jest wstanie sprowadzić spraw ropnych i wrzodziejących. Ropnie okołocewkowe, zapalenie gruczołów Bartholini'ego, zapalenie jajowodów, ropnie jajników nie są właściwie ropniami, lecz zebraniem leukocytów.

Prawdziwe ropnie w następstwie rzeżączki mogą tylko powstawać skutkiem zakażenia mięsowego (stafylo- i streptokoki). Również i gościec rzeżączkowy, w którym miano znaleźć gonokoki, nie jest, zdaniem autora, zależnym od tych grzybków. To samo odnosi się i do zapalenia wsierdzia i osierdzia rzeżączkowego. Autor nie uznaje wykazane przy gościu rzeżączkowym i w przypadku Leyden'a w zapaleniu wsierdzia gonokoki za takowe, chociaż pod względem postaci, obecnością w komórkach i łatwością odbarwienia wydają się nimi, a żąda dla pewnego ich stwierdzenia czystych hodowli i przeszczepienia.

Następnie podaje autor przypadek przez się spostrzegany

zapalenia wsierdzia w następstwie rzeżączki, zakończony śmiercią, przyczem oględziny pośmiertne wykazały na tylnej zastawce półksiężycowej aorty obfite wegetacje, w części owrzodziałe, a obok tego małe ropnie w mięśniu serca. Przy badaniu bakteryjologicznem znalazł tak w wegetacjach jak i ropniach koki podobne do gonokoków w protoplazmie leukocytów, które posiadały też własność takiego odbarwiania. W cewce zaś znaleziono liczne komórki nabłonkowe bez gonokoków.

Pomimo pewnych cech właściwych dla gonokoków autor nie uważa znalezione przez się koki za rzeżączkowe, ponieważ morfologiczne własności nie dostarczają zadawalniającej dla różniczkowego rozpoznania pewności. W końcu autor stawia dwie następujące tezy.

1) Gonokok nie jest w stanie spowodować złośliwego zapalenia wsierdzia tak samo, jak nie spowoduje innych spraw wrzodzących.

2) Powikłania w rzeżączce z wyjątkiem tak zwanych rzeżączkowych ropni polegają na wtórnych zakażeniach, wywołanych przez inne drobnoustroje, pochodzące z cewki. *Arnstein.*

27. Dr. GRÜNING. **O limfie ospy ochronnej.** (*Odczyt, wygłoszony w Tow. lekarzy praktycznych w Rydze 23 marca 1893 roku.* St.-Petersburger Medicin. Wochenschrift 1893. Nr. 29.)

Ze względu na rozmaite choroby, które czasem występują bezpośrednio po zaszczepieniu ospy, ciekawem jest przypomnieć przygotowanie limfy ochronnej i niektóre jej własności.

Wiadomo, iż sposób szczepienia ospy przechodził już rozmaite fazy. Początkowo szczepiono t. zw. oryginalną krowiankę, t. j. limfę, zbieraną z krów, które chorowały na ospę. O sile jej ochronnej przekonywano się przez przedwstępne szczepienie. Ten sposób szczepienia t. z. limfą zwierzęcą wyszedł niedługo z użycia i zastąpiony został t. z. limfą humanizowaną, zbieraną z ogniska ospy ochronnej, szczepionej człowiekowi. Nie widziano przytem żadnej różnicy pomiędzy szczepieniem tą ostatnią, a prawdziwą krowianką. Przeszczepiana jednak w ten sposób z człowieka na człowieka ospa traciła wiele na sile, tak że w końcu krosty po pierwszym szczepieniu wyglądały tak samo, jak po powtórnem. Gdy nadto przekonano się, że ten rodzaj limfy nie chroni od ospy naturalnej, stało się to bodźcem do zwrócenia się ponownie do limfy zwierzęcej. Najważniejszą jednak przyczyną, dla której humanizowana limfa zarzuconą została, była obawa przeniesienia tą drogą zarazka przymiotu. Ponieważ ten ostatni umiejscawiano we krwi, starano się przy zbieraniu limfy uniknąć wciągania jej, nie jest to jednak możliwem, bo nawet w limfie, która dla gołego oka nie zawiera krwi, pod mikroskopem zawsze znaleźć można czerwone ciała krwi. Wreszcie trudno przypuścić, żeby w limfie zarazka, znajdującego się we krwi, zupełnie

nie było. Jedynem, co dałoby możliwość uniknięcia przenoszenia tą drogą zarazka, byłoby przeszczepianie limfy z dzieci, mających nie mniej, niż 5 miesięcy, gdyż przymiot dziedziczny objawia się dopiero w 2—3 miesiącu, a czasami znacznie później.

Oprócz przymiotu i gruźlicy występowały u dzieci przy szczepieniu limfy humanizowanej nieraz epidemie herpetis tonsurantis, impetiginis, pemphigus.

Dziś, jak wiadomo, szczepimy t. zw. krowiankę; za prawdziwą krowiankę uważamy tylko taką, która pochodzi od zwierzęcia, szczepionego już limfą zwierzęcą; najodpowiedniejszą jest limfa cieląt.

Dla otrzymania dobrej, zdrowej limfy koniecznym warunkiem jest utrzymywanie cieląt w czystości, dochodzącej niemal do pedanterji, w miejscach obszernych, widnych, z dobrą wentylacją przy temperaturze 14—15° R.

Szczepienia najlepiej robić pomiędzy wymionami a pępkiem. Miejsce to należy przedtem bardzo starannie oczyścić i ogolić. Samo szczepienie limfy cielętom odbywa się w ten sposób, że albo na przetrzeniu kilku centymetrów kwadratowych robi się nacięcie ostрым lancetem, umieszczonym poprzecznie w limfie, a następnie naciera się tę powierzchnię ostrym szpatlem kilkakrotnie, aż do otrzymania powierzchni, sięgającej wielkości ręki, albo też robi się 40—60-ciu oddzielnych nakłóć w odległości około 2-ch centymetrów jedno od drugiego. Autor oddaje pierwszeństwo temu drugiemu sposobowi z względu na większą ilość nakłóć, na możność wyboru lepiej udanych szczepień przy zdejmowaniu limfy, oraz na to, że sposób ten nie jest tak bolesnym dla zwierzęcia. W celu zbierania limfy zaciska się miejsce nakłóte szczytkami 4-go lub 6-go dnia po szczepieniu; wyciśniętą kroplę limfy zbiera się ostrą łożeczkę lub lancetem na szkiełko zegarkowe. Po zebraniu limfy cielę zostaje zabite dla stwierdzenia, czy wszystkie organy jego są zupełnie zdrowe. Tylko w tym ostatnim razie limfa ta może być użyta do szczepień dzieciom. W ten sposób przeniesienie limfą jakiegokolwiek choroby staje się niemożliwym.

Jeżeli przy przeszczepianiu limfy z jednego cielęcia na drugie pęcherzyki ospy okazują się coraz mniej wyraźnymi i w końcu zupełnie nieudanymi, co się wyraża zupełnym brakiem w nich limfy przy naciskaniu kleszczykami, dowodzi to pewnej wrodzonej odporności pierwszego szczepionego cielęcia dla przyjęcia zarazka. W takim razie radzi autor sprowadzać z nowego źródła, np. z zagranicy, świeżą krowiankę, a nie szczepić cielęciu limfy, wziętej od dziecka.

*Justyna Salberg.*

## 28. GŁIŃSKI. Cholestearyna w moczu. (*Wręcz N. 15, 1893 r.*)

Cholestearyna w normalnym moczu zupełnie się nie spotyka, bardzo zaś rzadko w warunkach patologicznych.

Nerki nie wydzielają cholestearyny, a wytwarza się ona w drogach odprowadzających mocz (miedniczkach, moczowodach i pęcherzu) przy zapaleniu ich błony śluzowej; materiały dają rozpadające się ciała krwi, białe i czerwone i komórki nabłonkowe nerek; przytem złożone substancyje białkowe rozszczepiają się.

Czasem wytwarzanie kryształów cholestearyny odbywa się w samej tkance nerki, między nabłonkiem kłębków i nabłonkiem torebek Bowman'a. Mocz, zawierający cholestearynę, może być kwaśny lub alkaliczny. *M. Roteroven.*

29. Dr. S. Z. BENDEL (Bireza). **Przypadek niemoty, jako przedmiot orzeczenia sądowo-lekarskiego.** (*Ein Fall von Aphasie als Gegenstand gerichtsarztlicher Begutachtung*). Wien. Med. Pr. Nr. 18. 1893.

Autor stawał jako biegły w sprawie, którą akta sądowe w następujący sposób przedstawiają: służąca została przez pana spoliczkowaną, uderzoną w czaszkę pięścią, poczem po otrzymaniu kilku kopnięć nogą wyrzuconą za drzwi. Po kilku chwilach powróciła do pokoju i prócz silnego pobudzenia nic anormalnego nie można się było w niej dopatrzeć. W dwie godziny po tem dostała napadu, który, podług opisu obecnych, można było przyjąć za padaczkę. Napad zakończył się głębokim, kilka godzin trwającym snem, po którym pozostała niemota. Chora przedtem nigdy napadów padaczki nie miewała, ani też żadnych zaburzeń w mowie nie okazywała, natomiast od czasu pobicia przychodzą często napady padaczkowe.

Zbadawszy dokładnie chorą, autor na podstawie szeregu objawów jako to: stanu pobudzenia, nadczułości, złego umiejscowienia uczucia bólu, nerwobóli jajników, krzyża, żołądka i t. d. i przy braku wszelkich zbroceń organicznych, któreby nam pomienione objawy wytłómaczyć mogły, doszedł do wniosku, że ma tu do czynienia z histeryją, a właściwie z histero-epilepsyją. Co zaś do niemoty, która w tym przypadku nastąpiła, to uważa ją autor za niemotę, zależną od zaburzeń w szlakach, idących od ośrodków korowych (psycho-motorne) do ośrodków ruchowych (mięśnia mowy). (*Leitungsaphasie*).

Zważywszy, że histeryja, jako taka, od dawna u tej chorej datować się musiała i zaznaczywszy w protokole badania lekarskiego, że pobita dopiero po napadzie padaczki mowę straciła, przez dwie godziny zaś po pobiciu jeszcze mówiła, autor w następujących słowach swe orzeczenie wyraził:

„Utratę mowy uważam za objaw histeryczny, mógł on zatem u histeryczki wystąpić niezależnie od obrażenia cielesnego, nie wykluczam jednakże możliwości powstania padaczki, do której histeryczki wogóle okazują wiele usposobienia, wskutek uszkodzenia; i napad padaczkowy mógł bardzo łatwo niemotę wywołać z powodu zaburzeń w ukrwieniu mózgu. Nie jestem w sta-

nie niezachwianie twierdzić, czy utrata mowy jest stałą czy też przejściową, gdyż, choć niemota historyczna zwykle występuje jako objaw przejściowy, jednakże afazyja spowodowana zaburzeniami w unaczynieniu mózgu w większości przypadków stałe sprowadza zaburzenia lub też osłabienia mowy“.

H. Kucharzewski.

## II. Farmakologia,

30. Prof. Dr. RUMMO (Piza). **O fizjologicznych i leczniczych własnościach jodokofeiny, jodoteiny i jodoteobrominy.** (*La Sem. Méd. N. 58, 1893*).

Jodoteina, jodokofeina i jodoteobromina są to związki jodku sodu z kofeiną. Otrzymują się one dość łatwo. Przedstawiają się pod postacią soli mało stałych, jak wszystkie sole kofeiny i teobrominy. Wystarcza rozpuścić je w wodzie gorącej i ostudzić roztwór, by zobaczyć tworzące się kryształy kofeiny, teiny i teobrominy, gdy tymczasem jodek sodu pozostaje w roztworze.

Autor przeprowadził szereg doświadczeń z nowymi preparatami nad żabami oraz zwierzętami ssąciami, poczem zaczął je stosować u chorych z organicznymi wadami serca, w chorobach nerek, opłucny, wątroby, błony brzusznej, o ile cierpienia te były połączone z wysiękami. We wszystkich tych przypadkach jodokofeina i jodoteobromina wywołały przyspieszenia czynności serca, które trwało przez cały czas stosowania leku, a nawet pewien czas po odstawieniu preparatu.

W przypadkach tachycardii jodokofeina i jodoteobromina wywoływały zwolnienie tętna, niekiedy dość znaczne. Preparaty te, szczególnie jodoteobromina, powiększały energię i amplitudę tętna, usuwały arytmieję i wyrównywały tętno.

Moczopędne działanie jodokofeiny i jodoteobrominy, uwidoczniło się dość jaskrawo, nawet w tych przypadkach, gdzie nie było zupełnie obrzęków, lub też w nieznacznym stopniu.

Dawki dla dorosłych wynoszą od 0.5 do 3,0 dziennie, najlepiej pod postacią proszków w opłatkach.

Porównawcze badanie nad działaniem obu tych preparatów, jodokofeiny i jodoteobrominy wykazały, że ten ostatni wywołuje silniejsze skurcze serca, większe ciśnienie tętnicze oraz jest środkiem moczopędnym.

Jodokofeina i jodoteobromina nie wywierają widocznego wpływu na oddech, ani na ciepłotę, trawienia nie psują, nerki wydzielają je dosyć prędko. Preparaty te mają jedną tylko ujemną stronę, że sprowadzają kaszel spazmatyczny wskutek wydzielania się jodu w dużych ilościach.

Autor mniema, że preparaty te, łączące w sobie z jednej strony własności fizjologiczne jodu, a z drugiej kofeiny i teobrominy uzyskają należyte poparcie w lecznictwie.

*H. Kucharzewski.*

31. M. LAMZOIS. **Przyczynek do zewnętrznego stosowania gwajakolu.** (*Lyon Méd.* 32, 1893).

Autor robił spostrzeżenia nad przeciwgorączkowym działaniem smarowań gwajakolowych na klinice prof. Vinay'a.

Do doświadczeń wybrał trzech gorączkujących suchotników. Dla przekonania się czy kwajakol nie paruje i, w ten sposób wchłonięty przez płuca, nie wywołuje spadku ciepłoty, stawił autor przy łóżku chorych talerze, napełnione gwajakolem i polecił jak najczęściej po nad talerzami głęboko oddychać, po czem sprawdzał co godzina ciepłotę, która jednakże zmianie nie podlegała. Natomiast pędzlowania skóry gwajakolem wywoływały wyraźne przeciwgorączkowe działanie. I tak u jednego chorego po zapędzlowaniu obu okolic obojczykowych 2,5 gwajakolu ciepłota z 39,4 spadła po 5 godzinach do 36,7; u drugiego 38,8 na 34,8<sup>o</sup> w tymże przeciągu czasu, u trzeciego wreszcie z 39,4 na 36,3<sup>o</sup> w przeciągu trzech godzin. Pędzlowania te drażnią skórę do pewnego stopnia. Podobne przeciwgorączkowe działanie wywołuje stosowanie gwajakolu przez odbytnicę.

*H. Kucharzewski.*

32. E. ROBILLIARD (Lille). **O przeciwgorączkowym działaniu gwajakolu, stosowanego pod postacią pędzlowań skóry.** (*Gaz. Méd. de Paris.* Nr. 37, 1893).

Autor na podstawie swych doświadczeń, robionych w klinice Lemoine'a, przychodzi do wniosku, że pędzlowania skóry gwajakolem znakomicie obniżają ciepłotę u gorączkujących chorych. Wybór miejsca na skórze nie odgrywa tu żadnej roli. Autor stosował go na plecach, piersiach, ramieniu, udzie bez wyraźnej różnicy w działaniu. Co do dawki, to 0,5 jednorazowo zupełnie wystarcza do otrzymania zupełnego skutku. Natomiast czystość preparatu nie pozostaje bez wpływu. Niezupełnie czysty gwajakol, z pewną domieszką kreozytu, wywołuje silne palenie i zaczerwienie skóry. U wszystkich chorych gwajakol zewnętrznie stosowany sprowadzał obfite poty i wyraźny smak gwajakolu w ustach. Ten ostatni objaw jest oznaką wchłaniania się tego preparatu przez skórę, przedostanie się bowiem jego do ustroju przez drogi oddechowe zostało uniemożliwione wskutek szczelnego przykrycia posmarowanej powierzchni skóry.

*H. Kucharzewski.*



## III. Chirurgija,

33. Prof. RIEDEL (z Jeny). **Częstość powstawania martwaków w gruźlicy zajętych wielkich stawach oraz uwagi o leczeniu gruźlicy stawów.** (*Centralblatt für Chirurgie Nr. 7 r. 1893*).

Pracę swoją ilustruje autor stosunkowo nieliczną statystyką przez siebie w klinice w Jena obserwowanych przypadków gruźlicy stawów, zwracając przy tem pilną uwagę na obecność martwaków.

Obserwował on 314 przypadków, z tej liczby: w 102 t. j. 32<sup>0</sup>/<sub>0</sub> znaleziono pierwotną gruźlicę błony maziowej; w 212 t. j. 68<sup>0</sup>/<sub>0</sub> pierwotnie kostną, z tych ostatnich w 212 znalazł R. martwaki w 142 przypadkach t. j. w 67<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Przy rozdzieleniu tej liczby na oddzielne stawy wypada:

	Staw biodrowy		Staw kolano- wy		Staw łokcio- wy		Staw gołen- stopowy	
		Pr.		Pr.		Pr.		Pr.
Pierwotna gruźlica błony maziowej	14	16 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	45	39 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	20	41 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	14	36 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Pierwotna gruźlica kostna	7 <sup>4</sup> / <sub>(12)</sub>	84 <sup>0</sup> / <sub>(62)</sub> 16 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	71 <sup>(43)</sup> / <sub>(28)</sub>	61 <sup>0</sup> / <sub>(39)</sub> 39 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	28 <sup>(15)</sup> / <sub>(13)</sub>	54 <sup>0</sup> / <sub>(46)</sub> 46 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	25 <sup>(15)</sup> / <sub>(10)</sub>	60 <sup>0</sup> / <sub>(40)</sub> 40 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>

Dla stawu biodrowego odróżnia jeszcze autor miejsce w którym w stawie znajdował się martwak, przyczem okazało się, że najczęściej znajdował je w acetabulum 43 razy 70<sup>0</sup>/<sub>0</sub>  
w główce i szyi 12 „ 12<sup>0</sup>/<sub>0</sub>  
w główce i acetab. 4 „ 6<sup>0</sup>/<sub>0</sub>

Obecność martwaka lub brak takowego decyduje w części o wyborze metody, jaką wybierzemy do leczenia danego przypadku. Można próbować wstrzykiwań do stawu tylko w drugim razie, jeżeli zaś jest martwiak to tylko na drodze operacyjnej należy szukać ratunku dla chorego. Opierając się na wyżej wspomnianej statystyce, widzimy dalej, że leczenie wstrzykiwaniami do stawów ma rozmaite szanse powodzenia w rozmaitych stawach. Najmniejsze szanse przedstawia leczenie tą metodą cierpień gruźliczych stawu biodrowego, największe stawu łokciowego. Zresztą autor zawsze oddaje pierwszeństwo zabiegom operacyjnym. Swoich chorych leczył albo wypiłowaniem stawu, albo wyluszczeniem błony maziowej, zajętej sprawą gruźliczą, albo w najgorszych przypadkach u chorych bardzo wyniszczonych, lub przy bardzo rozległych zniszczeniach odjęciem kończyny (amputacja, albo wyluszczenie). W swoich operacjach trzymał się

Riedel metody otwartego leczenia ran pooperacyjnych, ale to nie w tym sensie, ażeby miał nie używać opatrunku, lecz że ran, o ile były równoległe do osi operowanej kończyny, nie zeszywał a wypełniał gazą, zeszywał zaś tylko dodatkowe poprzeczne lub skośne cięcia.

Wyższość tej metody polega na tem, że się unika zbierania w ranie zbyt wielkiej ilości krwi, sączącej się zawsze z przepiłów kości, unika się też obecności sączka, grającego rolę obcego ciała, około którego zwykle rozpoczyna się recydywa cierpienia. Rana w tych warunkach goi się od wewnątrz ku zewnątrz, powstająca zaś blizna jest trwała i wcale nie gorsza od powstałej po zeszytciu rany.

Do wypięlowania lub wycięcia stawu biodrowego R. używa cięcia Langenbeck'a z dodatkiem, jeżeli idzie o wyłuszczenie błony maziowej, cięcia poprzecznego, idącego zaraz poniżej spina ant sup, a obejmującego miękkie części aż do nervus cruralis.

Cięcie poprzeczne zeszywa ranę podłużną, wypełnia gazą, włożywszy poprzednio sączek w acetabulum. Dla sączka tworzy rodzaj żłobka w lymbus acetabuli. Sączek usuwa po 8-u dniach. W wieku po za 40 rokiem radzi R. zawsze od razu robić wyłuszczenie uda.

Statystyka leczonej w ten sposób gruźlicy stawu biodrowego jest wcale dobra. Wogóle dokonał R. 49 wypięlowań stawu i jedno wycięcie błony maziowej. Z tej liczby wyzdrowiało 31 t. j. 62<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, przy czem nadmienić należy, że za wyleczonych uważa R. tylko tych chorych, u których nietylko rana pooperacyjna zupełnie się zagoiła, ale którzy wyszli z oddziału bez jakichbądź śladów ogólnego cierpienia.

Do wypięlowania stawu kolanowego lub wycięcia błony maziowej posługuje się autor dwoma podłużnymi cięciami i trzeciem poprzecznym, łączącym poprzednie i przechodzącym przez rzepkę. Cięcie poprzeczne autor zaszywał, podłożne wypełniał gazą.

Statystyka obejmuje tu 51 przypadków, z których wyzdrowiało 45 chorych t. j. 88<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Tu zarówno jak w cierpieniach stawu biodrowego u chorych starszych nad lat 40 radzi R. zawsze od razu robić amputację uda.

Staw golenia-stopowy rezekował metodą König'a i otrzymywał 78<sup>0</sup>/<sub>0</sub> wyzdrowienia. Pracę swą autor kończy niejako swoim wyznaniem wiary co do leczenia gruźlicy stawów. Według zdania R. wstrzykiwania jodoformowe stosować należy przy cierpieniach gruźliczych kręgosłupa, szczególnie jeżeli są już ropnie opadowe. Dobrego skutku od operacji w tym przypadku R. nie spodziewa się osiągnąć. Wstrzykiwania mogą też być stosowane przy tak zwanem „hydrops tuberculosus“ i nareszcie u osobników starszych w rodzaju próby zanim zdecydujemy się na odjęcie kończyny. U młodych osobników, zdaniem autora, zawsze należy jaknajwcześniej przystępować do wypięlowania stawu albo

do arthrotomii, zwłoka bowiem naraża chorego na rozszerzenie się cierpienia na gruczolę chłonna lub na wycieńczenie wskutek długiego ropienia.

Nad chorymi, cierpiącymi na gruźlicę stawów, zawsze wisi jak miecz Damoklesa widmo ogólnej gruźlicy, ale w rękę naszym jest poczęści zapobiedz temu usuwając możliwie prędko ognisko chorobowe. Narzekamy często na terapeutów, że za późno chorych skierowują do chirurgów, a czyż nie to samo robimy, wyczekując i dając się rozwielić cierpieniu.

*J. Garbowski.*

#### 34. URASABUROKOSIMA. Przebieg i zejście gruźlicy stawu łokciowego. (*D. Zeitschr. f. Chirurg. T. 35*).

Autor podaje statystyczne dane z kliniki prof. Königa, zebrane co do gruźlicy stawu łokciowego, w ciągu ostatnich lat 15-tu.

Cały materiał statystyczny obejmuje 137 przypadków; z tych 63 = 46<sup>0</sup>/<sub>0</sub> męz., 74 = 54<sup>0</sup>/<sub>0</sub> kob. Przewaga procentowa kobiet w tym razie nie jest zwykłą, gdyż cierpienia gruźlicze stawów częściej u mężczyzn występują. Porażenie obustronne obserwowano tylko w 3-ch przypadkach = 1,5<sup>0</sup>/<sub>0</sub>; prawostronne 74 = 54<sup>0</sup>/<sub>0</sub>; lewostronne 61 = 44,5<sup>0</sup>/<sub>0</sub>.

*Przyczyny.* Pod względem etiologicznym, gruźlica stawu łokciowego była przeważnie częściowym przejawem gruźlicy narządów wewnętrznych 57 = 41,5<sup>0</sup>/<sub>0</sub> i tylko w nieznacznej liczbie przypadków była obserwowana u ludzi pozornie zdrowych, jako skutek urazu stawu łokciowego (16 = 12<sup>0</sup>/<sub>0</sub>). Dziedziczność daje się wykazać w 8 przyp. = 6<sup>0</sup>/<sub>0</sub>; z niewiadomej zaś przyczyny 56 = 40,5<sup>0</sup>/<sub>0</sub>.

*Wiek chorych* był następujący:

przed 10-tym rokiem	34 = 25 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
po między 10—20	" 27 = 20 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
" 20—30	" 16 = 12 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
" 30—40	" 21 = 15 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
" 40—50	" 11 = 8 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
" 50—60	" 19 = 14 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
" 60—70	" 9 = 6 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>

Z tych liczb okazuje się, że ilość przypadków gruźlicy stawu łokciowego nie zmniejsza się z wiekiem, lecz cierpienie nawet dosyć często występuje w podeszłym wieku, jak np. pomiędzy 50-ia a 60 latami.

*Objawy i przebieg.* Gruźlica stawu łokciowego przebiega zwykle bardzo wolno, i objawy w poszczególnych przypadkach są zwykle mniej lub więcej podobne. Staw puchnie często z powodu błahego obrażenia łokcia. Opuchnięcie bywa ograniczone w jednym miejscu, bądź rozciąga się na cały staw, zachodząc nawet na tylną powierzchnię wyżej wyrostka łokciowego, a tak-

że poniżej i po obu stronach ścięgni m. trójdzielnego (triceps). Gdy dotknięta zostaje błona maziowa, co często bywa, wtedy można wyczuć najwyraźniej elastyczne obrzmienie w postaci guzika, pomiędzy główką kości promieniowej i zewnętrznym brzegiem wyrostka łokciowego, a także w okolicy brózdki pro n. ulnari. Opuchnięty staw często przyjmuje postać wrzecionowatą, skutkiem zaniku mięśni ramienia i przedramienia. Bywa też, że obrzmienie ogranicza się tylko do kłykców kości ramieniowej; czasami zaś daje się zauważyć zupełny brak obrzmienia. Ruchy chorej kończyny są mniej więcej ograniczone. Przedramię jest zgięte pod kątem prostym lub tępym. Staw jest w stanie skurczu lub sztywności. Wywrót i nawrót (sup. et pron.) są także ograniczone. Zdarza się i samoistne zwichnięcie główki kości promieniowej. Ucisk na staw wywołuje ból. W połowie danych przypadków zanotowano przetoki (53<sup>0</sup>/<sub>0</sub>), z siedliskiem po większej części na tylnej powierzchni pomiędzy kością promieniową i łokciową; powstają one skutkiem pęknięcia ropni gruzliczych. Hydrops tuberculosus zdarza się bardzo rzadko. Przebieg choroby jest nadzwyczaj powolny; w przypadkach zabranych przez autora, trwał przeciętnie 2 lata i 1 miesiąc, licząc czas od początku choroby do wstąpienia chorego na klinikę. Maximum wypadła lat 16, minimum 1 miesiąc.

*Zmiany anatomo-patologiczne.* Należy rozróżniać dwie odmiany gruźlicy stawu łokciowego. Jedna z nich ma siedlisko w błonie maziowej i tu głównie wywołuje różne zmiany, przy czem chrząstka i kość podlegają chorobie tylko wtórnie. Druga z tych odmian pierwotnie zajmuje kość i dopiero w miarę posuwania się sprawy przechodzi na staw i wtedy zaraża błonę maziową. Mogą też obie odmiany występować jednocześnie i wtedy trudno orzec, która z tych spraw jest pierwotną, a która wtórna.

Prócz 2-ch wymienionych odmian, bywa jeszcze trzecia—tak zwany hydrops tuberculosus, a wtedy w stawie znajdujemy płynny wysięk, ciątka ryżowe i kosmykowate narosty. Ta ostatnia postać jednak, w stawie łokciowym, zdarza się rzadko w danych przypadkach—hydrops tuberculosus 10 razy = 7<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Współczesne zajęcie kości 91 = 70<sup>0</sup>/<sub>0</sub> najczęściej ramienia 47<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Zajęcie błony maziowej 37 = 29<sup>0</sup>/<sub>0</sub>.

Interesującym jest, że w najrozmaitszych postaciach ognisk gruźliczych w kości, jako to owalnych, okrągławych niekształtnych, zdarza się często postać klinowa. Kształt takich ognisk można objaśnić tylko pochodzeniem zatorowem; zatory pochodzą z innych ognisk, znajdujących się w ustroju.

*Leczenie.* Pod względem leczniczym wszystkie przypadki rozdzielone zostały na dwie grupy: a) leczone metodą radykalną amputacją i typową rezekecją, b) leczone metodą nieradykalną—do niej należą: rezekecja częściowa, opatrunek gipsowy, wstrzy-

kiwanie emulsji jodoformowej, przecięcie ropni z wyskrobanie gruzliczej ziarniny.

Rezekcyję częściową należy rozumieć jako operację, w której staw bywa otwierany z błony maziowej, chrząstki, bądź z kości. Zastrzykiwanie emulsji jodoformowej stosowano tylko w 2-ch przypadkach, lecz bez rezultatu. Jak wiadomo, emulsja ta działa w ten sposób, że zabija leseczniki gruzlicze, i najlepiej zastosowana bywa w tych stawach, gdzie budowa anatomiczna daje możliwość łatwego rozprowadzenia płynu leczniczego w stawie jak to ma miejsce np. w stawie kolanowym. Stan łokciowy nie posiada tych warunków.

Opatrunek gipsowy był zastosowany w 2-ch przypadkach, lecz bez widocznego wyniku. Prócz tego, w 8-iu przypadkach, gdzie początkowo zastosowano opatrunek gipsowy, musiano następnie wykonać amputację ramienia, wskutek dużego zniszczenia stawu i daleko posuniętej gruzlicy organów wewnętrznych. Prócz tego, w 17-tu przypadkach wykonano przecięcie ropni gruzliczych. Metodą więc nieradykalną leczono 21 przypadków, to jest 15<sup>0</sup>/<sub>0</sub>.

Metodą radykalną leczono 116 przyp. = 85<sup>0</sup>/<sub>0</sub>.

1. Rezekcją 108  
     podług Langenbecka 94.  
     podług Königa 14.
2. Amputacją 8.

Rezultat leczenia metodą radykalną i nie radykalną, przedstawia się w następujący sposób:

	a. M. radykalna.	b. M. nieradykalna.
Zupełne wyleczenie	54 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	31,5 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Niezupełne wyleczenie	8 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	7,5 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Śmierć	38 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	61,5 <sup>0</sup> / <sub>0</sub> .

Z zestawienia powyższych liczb widzimy, że metoda radykalnego leczenia zasługuje na uwzględnienie.

Niezmiernie ważną rzeczą jest, o ile staje się kończyna użyteczną przy leczeniu radykalnym lub nieradykalnym sposobem. Pod tym względem wszystkie przypadki zupełnego wyleczenia dają się rozdzielić na 3 grupy:

	M. radyk.	M. nieradyk.
1. Mniejsza lub większa ruchomość stawu. Użyteczność kończyny dobra	60 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	75 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
2. Staw unieruchomiony. Użyteczność zadawalniająca	33 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	25 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
3. Staw chwiejny (Schlottergelenk)	7 <sup>0</sup> / <sub>0</sub> .	
Przebieg ran po operacji był następujący:		
	M. radyk.	M. nieradyk.
a) Aseptyczny, bezgorączkowy	73 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	76 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>

b) Gorączkowy, z ropieniem i formowaniem się ropni	24 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	19 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
c) Śmierć	3 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	5 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>

Gdy zaś pominąć przypadki śmierci, ponieważ nie zależały one od chorób ran, to otrzymamy następujące dane:

	M. radyk.	M. nieradyk.
Przebieg aseptyczny	75 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	80 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Przebieg z ropieniem	25 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	20 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>

Ztąd możemy wnosić, że przebieg pooperacyjny rany przy metodzie radykalnej jest nieco gorszy, niż przy sposobie nieradykalnym. Czas pobytu chorych w klinice jest także zależny od metody leczniczej. Dla rezekcji przeciętnie wynosi 41 dni—maximum 6 miesięcy, min. 11 dni. Dla amputacji przeciętny czas 19 dni; max. 29 d., min. 9 dni.

Dla przypadków nierzekowanych czas przeciętny 33 dni; max. 99 dni, min. 10 dni.

B. Łaski.

### 35. KÖNIG FRANZ. Cierpienia stawów u chorych na haemofiliją ze zwróceniem szczególniejszej uwagi na rozpoznanie. (*Sammlung Klin. Vortr. Nr. 36, r. 1892.*)

Już przed 40-tym rokiem t. w. wspominają o cierpieniach stawów u chorych na hemofiliją. Wachsmuth, opisując takowe w pracy wydanej w 1840 r., nazywał tę formę pseudorheumatismus, ale, tak samo jak i później Nange w 1851, nawet i Grandidier (1840) istoty cierpienia nie rozumiał, a uważał je za odmianę cierpień reumatycznych. Dopiero Ryszard Volkmann w 1868 roku, a za nim Reinert w 1869 opisali formę cierpienia stawów powstałe u skorbutyków i hemofilików przez nagle wylewy krwawe w ścianę torebki stawowej albo do samego stawu. Odtąd więc tylko zaczęto pilniej zwracać uwagę na cierpienia takie i to tłumaczy stosunkowo nieliczną dotąd ich kazuistykę.

Ważność rozpoznania tego cierpienia stawów ilustruje K. dwoma przypadkami, w których wskutek błędnego rozpoznania i wykonanej operacji stracił dwóch chorych z niczem niepowstrzymanego krwawienia z rany pooperacyjnej. W obu przypadkach dokonano tylko przedrenowania stawu kolanowego. Objawy i przebieg cierpienia stawów u haemofilików daje się podzielić na trzy okresy.

Pierwszy okres charakteryzuje się wylewem krwawym w staw. Objawy podobne są do tych, jakie bywają przy zwykłej urazowej hemartrozie, a dają się odróżnić na zasadzie następujących danych: najprzód u cierpiących na hemofiliją wylew powstaje nagle albo bez wszelkiego urazu, albo siła urazu nie odpowiada ilości krwi wylanej. Zwykle znajdują się prócz wylewów w staw wylewy krwawe podskórne, na kończynach tej samej, ale daleko od stawu, a nareszcie w wywiadach możemy

znaleść wskazówki, że albo sam chory, albo ktoś z rodziny cierpi na hemofiliję. Drugi okres daje objawy bardzo podobne do tych, jakie spotykamy przy „hydrops fibrinosus tuberculosus“. W obu przypadkach znajdziemy wysięk w stawie, pływającą rzepkę i zgrubienie błony stawowej. Rozpoznanie w tym okresie jest bardzo trudne, a nawet niemożliwe, jeżeli w wywiadach nie znajdziemy wskazówek co do sposobu powstania cierpienia, rozwijania się jego i co do objawów hemofilii. Częściej jednak i w tym okresie można znaleźć cechy, odróżniające oba cierpienia. Hemofilija zwykle dotyka osobników młodych, najczęściej mężczyzn. Chory błądy opowiada, że cierpienie powstało nagle, że staw był niebolesny i że pogorszenie następowało napadami. Często też znajdujemy u chorego ślady pozostałe po przebytych takich samych zapaleniach w jednym, albo i kilku innych stawach. W tych warunkach udało się autorowi dwa razy postawić rozpoznanie.

W trzecim okresie spotykamy się już tylko z rezultatami zapalenia z zesztynieniem lub zupełną ankilozą stawu a rozpoznanie może być postawione tylko na zasadzie przebiegu cierpienia i tego faktu, że w cierpieniach stawów u hemofilików nigdy nie dochodzi do ropienia przetok. Anatomo-patologiczny obraz zapaleń stawów tego rodzaju w każdym okresie jest inny.

W pierwszym okresie znajdujemy w stawie albo tylko płynną krew, albo też poczęści przyczepione skrzepy zabarwione, albo niecałkowicie odbarwione. Torebka stawowa zgrubiała, w niektórych miejscach nasiąknięta barwnikiem krwi, gdzie nigdzie pokryta złogami włóknikowemi. Chrzątka stawowych powierzchni także bywa pokryta gdzie niegdzie złogami włóknikowemi, czasami nawet niewielkimi owrzodzeniami.

W drugim okresie torebka stawowa wypełniona krwawo surowicznym, albo surowicznym, brunatnym płynem, ma kolor brunatny, a cała jej wewnętrzna powierzchnia i chrząstek stawowych pokryta jakby mchem strzępami włóknika. Prócz tego w tym okresie już wyraźnie na chrząstce widać zmiany, właściwe włóknikowemu zwyrodnieniu takowej, a prócz tego sięgające czasami aż do kości o ostrych brzegach, mające formę rysunków na mapie geograficznej. Nareszcie w trzecim stadium znajdujemy albo tylko bliznowate ściągnięcie torebki ze słabemi zrostami pomiędzy powierzchniami stawowemi, albo zupełną kostną ankilozę z tą jednak cechą, że i w takich zarośniętych stawach zawsze można znaleźć jamy, zupełnie przypominające obraz drugiego okresu.

Co się tyczy leczenia to K. radzi w pierwszym okresie unieruchomienie i ucisk, czasami wypuszczenie płynu.

W drugim okresie gips albo inny przyrząd ortopedyczny, mający zapobiedz ruchom. Od zabiegów operacyjnych prócz

przekłócia i wypuszczenia płynu, opierając się na własnym smutnem doświadczeniu, K. radzi się powstrzymać.

*J. Garbowski.*

36. Dr. SCHULZE - BERGE. **O wyleczeniu nerwobólu trójdzielnego za pomocą wyciągania nerwu twarzowego.** (*Arch. f. Klin. Chirur.* 46, H, I. 1893).

Cierpiąca od sześciu z górą lat na nerwoból w okolicy lewego nerwu trójdzielnego pacjentka była nawiedzana w ostatnim roku przez napady prawie do kwadrans; napady poczynały się od uczucia lekkiego bólu w miękkich częściach lewego policzka i towarzyszących bólowi ruchów żucia, które stopniowo wzmacniały się, poczem, wśród drgawek klonicznych w obrębie lewego n. twarzowego (n. facialis), zjawiały się błyskawiczne bóle, obejmując policzek, obie szczęki i okolice skroniową lewą. Wszelkie, stosowane poprzednio, środki farmakologiczne pozostały bezskutecznymi.

Ponieważ doświadczalnie wykonywane przez autora drażnienie n. twarzowego lewego (n. buccinatorius) od strony błony śluzowej policzka—wywoływało zawsze typowy napad newralgiczny u powyższej chorej, wyciął tedy autor część (1,5 ctm.) n. twarzowego; polepszenie stanu chorej było nieznaczne i krótkotrwałe; wycięcie czterocentymowego kawałka n. infraorbitalis pozostało również bez wyniku dodatniego.

Wówczas autor postanowił spróbować, czy napady nie dadzą się usunąć przez proste wyciąganie nerwu twarzowego, doprowadzone aż do niedowładu mięśni twarzy. Wynik operacji był pomyślny; nerwobóle powtarzały się jeszcze w ciągu czterech dni po operacji, piątego zaś dnia nagle ustały. Rok czasu upłynął i chora nie doznawała dawniejszych cierpień; dwunastego tylko miesiąca po operacji zaczęła odczuwać lekkie klócie w lewej szczęce górnej, które jednakże znikło po zastosowaniu leków wewnętrznych.

Wpływ wyciągania n. twarzowego na newralgię nerwu trójdzielnego jest, według autora, mechaniczny: mięśnie odpowiednie ulegają porażeniu, gałązki zaś n. trójdzielnego, przebiegające w okolicy danego policzka nie podlegają już więcej drażnieniu i mają możność wypoczynku.

Czy należy dokonywać operacji wyciągania n. twarzowego we wszystkich przypadkach nerwobólu n. trójdzielnego, połączonego z drgawkami klonicznymi mięśni twarzowych, tego autor jeszcze nie rozstrzyga, przypuszcza jednakże, iż powyższy zabieg chirurgiczny należałoby stosować w tych razach, kiedy drogi czuciowe zostają pobudzane przez silne bodźce ruchowe.

Bezwiad n. twarzowego po tej operacji nie może być przeciwskazaniem do niej, gdyż, jak uczy doświadczenie, restitutio



nerwu po takichże operacjach z powodu tic convulsif jest prawie zupełne po pewnym przeciągu czasu.

Wreszcie, jeśliby operacja wyciągania n. twarzowego zawiodła nasze oczekiwania, to ani choremu przez to nie przynosi się uszczerbku znacznego, ani też nie przeszkadza do wykonania innych poważniejszych operacyj; z drugiej zaś strony wiadomo, że niejednokrotnie bardzo ciężkie nerwobóle n. trójdzielnego były usuwane na drodze przecinania lub wyciągania n. twarzowego.

*W. Żurakowski.*

37. MATLAKOWSKI WŁADYSŁAW: Pięć przypadków wycięcia kiszki z natychmiastowym doraźnym jej zeszcyciem. (*Gaz. Lek. Nr. 51. 1893*).

Opisuje tu M. pięć przypadków wycięcia kiszki z natychmiastowym jej zeszcyciem, jeszcze z r. 1889, wszystkie zakończone śmiercią. Przypadek pierwszy dotyczy 40-letniej kobiety, gdzie aczkolwiek wcześniej rozpoznano zwężenie kiszki z domniemaną lokalizacją w okolicy coeci, operację opóźniano z powodu łudzającej na razie poprawy, oraz niezgadzenia się na razie rodziny chorej. Gdy do operacji przystąpiono chora była już w bardzo złym stanie; przy operacji znaleziono rozlane ropne zapalenie otrzewny. Zwężenie znajdowało się na granicy colonis desc. i flex sigmoideae, część zwężoną usunięto, odcinki kiszki doraźnie zaszyto, w 14 godzin po operacji chora zmarła. Na razie zagadkową tu się zdawała przyczyna zwężenia, miało ono wygląd ulceris cingentis, z brzegami i dnem miękkim, bez żadnego stwardnienia. Powyżej i poniżej stwardnienia w wyciętym odcinku były różnej wielkości i głębokości owrzodzenia. Syfilisu ani dyzenteryi chora nie przechodziła. Dopiero wytrwałe mikroskopowe badanie licznych skrawków wykryło rakowatą naturę zwężenia, przy bardzo skąpej ilości elementów rakowych w ogólnej masie tkanki bliznowatej. Opis tego przypadku kończy M. uwagą, że w tak ciężkim przypadku byłoby może lepiej powstrzymać się od zabiegu radykalnego, a ograniczyć się na sztucznym odbycie lub spojeniu jelit.

W przypadku drugim 42-letnia kobieta, matka 2 dzieci, zachorowała nagle po błędzie w dyjecie na objawy wewnętrznego uwięźnięcia; po środkach czyszczących stan ten się poprawił, chora zamyślała już wypisać się ze szpitala, gdy w tem raptownie wystąpiły objawy, które kazały przypuszczać pęknięcie kiszki. Na drugi dzień po wystąpieniu objawów powyższych, przy rozpaczliwym stanie chorej, przystąpiono do operacji. Peritonitis purulenta diffusa. W jamie miednicy małej znaleziono dwa powrózkowate zrosty, idące od prawego rogu macicy do prawego chrząstkozrostu krzyżobiodrowego, które uciskały przyrośniętą do nich pętlę jelita cienkiego. Po przecięciu zrostów i uwolnieniu pętli znaleziono w niej otworek. Porozrywawszy inne sklejenia i zrosty,

zrobił M. resekcję zmienionego odcinka, poczem natychmiast szew kiszkowy. Chora w 4 godziny po operacji zmarła. Na sekcji znaleziono w całym kiszku cienkie objawy nieżytu przewlekłego, oraz nacieczenie, zgrubienie i owrzodzenie wszystkich kępek Peyer'a przy niezmienionych gruczołach solitarnych i chłonnych kiszek. Rezultat badania mikroskopowego pozostał M. niewiadomy.

W przypadku trzecim było pęknięcie kiszki od kopnięcia w brzuch. Objawy z początku były bardzo niewyraźne, a obecność przepuchliny pachwinowej jeszcze więcej je zaciemniała. Do operacji przystąpiono dopiero po 24 godzinach przy bardzo złym stanie ogólnym. Znaleziono zapalenie otrzewny i kał w jamie otrzewny, pęknięcie jelita ciemnego na przestrzeni piątki. Brzegi pęknięcia obrównano i zaszyto; choć operacja trwała krótko, nie dłużej nad godzinę, chory wkrótce, w 2 godziny, po niej zmarł.

Czwarty przypadek dotyczył 26-letniej kobiety, dotkniętej uwięźniętą od dni 5-u przepukliną udową prawą. Przy herniotomii znaleziono kiszkę w dwóch miejscach zgangrenowaną, septycznego zapalenia otrzewny jeszcze nie było. Zmartwiałą kiszkę wycięto, na odcinki nałożono szew trzypiętrowy. Przez trzy dni po operacji chora miała się wybornie; trzeciego wieczorem raptem osłabła, dostała bólei w brzuchu i wymiotów, czwartego dnia z rana zmarła. Niewątpliwie szew puścił, nastąpiło zapalenie otrzewny, które ze względu na osłabienie poprzedniemi przejściami, przebiegało piorunująco. Sekcji nie robiono.

W piątym przypadku 37-letnia kobieta od lat 11-u nosiła się z przepukliną udową lewą, która niejednokrotnie już dawała objawy przemijającej inkarceracji, a od kilku miesięcy wcale nie dawała się odprowadzać. W ostatnich czasach od dwóch tygodni powoli rozwijały się objawy uwięźnięcia, od 5-u dni absolutne zaparcie. Ogólny stan niezły, przepuklina w pachwinie płaska, twarda, skóra na niej zaczerwieniona, nacieczona, odgłos jasny, bębny, jakby gazy były tuż pod skórą. Herniotomia. Worek i zawarta w nim kiszka zgangrenowane, kiszka rozdęta gazem. Po zmniejszeniu objętości kiszki przez punkcję i oczyszczeniu worka wyciągnięto dalszy ciąg kiszki z brzucha, wycięto 30 ct. zgangrenowanych, kreskę wolną obcięto wraz z krwawiącemi naczyniami szwem kuśnierskim, trzypiętrowym szwem kiszkę zeszyto i do jamy brzusznej odprowadzono. Już miano ranę opatrywać, gdy w tem pokazało się z kanału, wiodącego od brzucha, krwawienie. Otwarto wtedy jamę brzuszną, przekonano się, że krwawienie pochodzi z jednej z gałązek tętniczych kiszki. Miejsce krwawiące obkluto, skrępy wygarnięto, jamę brzuszną zaszyto. Choć operacja trwała  $2\frac{1}{4}$  godzin i chora wyżyła 90 gr. chloroformu, po operacji prędko przysła do siebie i nieźle się później miała, na 4-ty dzień po operacji zaczęto się pogorszenie: rozwolnienie, osłabienie, niepokój, wymioty, bóle brzucha;

po trzech dniach takiego stanu śmierć. *Autopsia*. Peritonitis septica ograniczona do dołu biodrowego lewego i kiszek zeszytą pętlicę otaczających. Szwy trzymają, lecz w linii szwu zarówno ze strony błony śluzowej jak i surowiczej liczne owrzodzenia na grzbietach zmarszczek. Nephritis chronica. *Dzierżawski*.

## WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

38. W celu przekonania się jaki wpływ wywiera wycięcie pęcherzyka żółciowego na trawienie Rosenberg robił doświadczenia na psach. Badając kał zwierząt przy określonym pożywieniu zarówno przed jak i po operacji, znalazł też same ilości tłuszczu i azotu, niezależnie od tego na sekcji zwierzęcia mógł się przekonać, iż wydzielanie żółci nie ustawało. (*Phlüg. Arch.* T. 53). *J. Z.*

39. Rössler w 4-ch przypadkach rozszerzenia żołądka stosował absolutne wstrzymanie pokarmów per os w ciągu 4—5 dni, poczem, nie zaprzestając stosowania ławatyw odżywczych, stopniowo podawał niewielkie ilości pokarmów do wewnątrz. Obok tego stosował codzienne przepłókiwania żołądka i kokainę dla usunięcia nieznosnego uczucia głodu. Wyniki są zachęcające: siła motoryczna żołądka wzmacniała się, czynności wydzielnicze poprawiały się znacznie. Ławatywy stosował po uprzednim wypłókaniu kiszek; przez wprowadzony głęboko zgłębnik wlewał do kiszek 250 grm. mleka, 2 jaja, 50 grm. wina i nieco soli. Chorzy utrzymywali ławatywy dobrze, w jednym tylko przypadku było niewielkie rozwolnienie, które po 2-dniowym zaprzestaniu ławatyw ustąpiło. (*Wien. Med. Woch.* Nr. 40, 1893 r.). *J. Z.*

40. Badając na zwierzętach wpływ gorączki na przemianę materii May doszedł do wniosków, nieobojętnych dla patologii ogólnej. W czasie gorączki ogólne wytwarzanie ciepła ulega zaburzeniom, zależnie od zwiększonego spalania się białka, co jednak zmniejszyć można przez obfitszy dowóz wodoru węgla; glikogen wątroby szybciej znika podczas gorączki, niż w prawidłowym stanie, natomiast w mięśniach jego zawartość jest nieco większa, niż zazwyczaj. (*Zeitsch. f. Biol.* T. 30). *J. Z.*

41. Opierając się na znacznej liczbie przypadków Meinert przychodzi do wniosku, iż główną przyczyną blednicy jest opadnięcie żołądka i kiszek (gastroenteroptosis, morbus Glénardi), co zależy najczęściej od noszenia gorsetów. Zmiany we krwi są wtórne, są tylko objawem rozwijającej się w tych stanach nerwicy. (Jakkolwiek trudno wszystkie przypadki blednicy podciągać pod ogólną chorobę Glénarda, mogą jednak z własnych spostrzeżeń zaznaczyć, iż blednica bardzo często istnieje współcześnie z enteroptozą. *Przyp. spr.*). *Wien. Med. Woch.* 41. 1893). *J. Z.*

42. Prof. O. Rosenbach ostrzega przed nadużywaniem węgla sodu u chorych żołądkowych, zwłaszcza w większych dawkach i w cierpieniach przewlekłych. Stałe używanie obniża perystaltykę kiszki, wywołuje zastój ruchu pokarmów, a przy zmniejszonej ilości kw. solnego zmniejsza siłę trawienną i tak już małą. Wysokie dawki są wskazane tylko w ostrym nieżycie, spowodowanym przez niestrawność. W przewlekłych cierpieniach należy sode stosować tylko szczyptami, aby dać chwilową ulgę przy pewnych nieprzyjemnych objawach. (S. M. 5). H.

43. Dyferyt gardzieli leczy skutecznie Dr. Goubeau pędzłowaniem mocnymi rozczykami sublimatu w glicerynie (1—20, 1—30). Pędzlowania radzi robić co 12 godzin, nadmiar roztworu zetrzeć po pędzlowaniu suchym tamponem. Błony po tym pędzlowaniu jakoby prędko odpadają, stan ogólny również prędko się poprawia. Leczył Dr. G. w ten sposób 21 przypadków, z tych 9 ciężkich, a kilka takich, że przy innym sposobie leczenia niezawodnie zakończyłyby się śmiercią (?). Działania żrącego w roztworach glicerynowych sublimat jakoby nie posiada; pomyślnie działanie objaśnia G. zabiciem mikrobów, co jakoby stwierdził eksperymentalnie. (Mercur. Méd. 1894, Nr 1). Dz.

44. Dr. Helbing z Norymbergii poleca galwanizację przeciw odmrożeniu nosa. Strumieniem średniej siły (5—8 elementów) należy działać w ciągu 5—10 minut, przesuwając elektrody po miejscach zaczerwienionych. U osób bardzo wrażliwych biegun dodatni należy postawić na kości licowej, ujemnym zaś stopniowo przechodzić obie połowy nosa. W następstwie galwanizacji występuje zaczerwienienie, trwające od paru godzin do kilku dni, niekiedy zjawiają się pęcherzyki i łuszczenie się skóry. Objawy te dają się łatwo usunąć przy pomocy wazeliny. Posiedzenie co 2—3 dni. Już po pierwszym czerwość i swędzenie słabnie. Wyleczenie ostateczne następuje po 10—15 posiedzeniach. Doświadczenie autora opiera się na 21 spostrzeżeniach (w jednym trzeba było aż 30 posiedzeń). (Sem. Med. 5). H.

45. Przypadek śmierci przy brometylowej narkozie opisuje prof. A. Kehler z Berlina. Był to 150-ty przypadek stosowania przez K. brometylowej narkozy. Podawano br. et. w celu przecięcia przetoki odbytnicy w sposób zwykle przez K. praktykowany, t. j. najróżnie kilka kropli dla przyzwyczajenia chorej do zapachu, potem od razu 15 gr. Chora liczyła 21 lat wieku, była nieco osłabiona, ale wogóle zdrowa. Po krótkiej ekscytacji niedalej niż w pół minuty nastąpiło odurzenie, jednocześnie z tem jednak i serce bić przestało. Oddech trwał dalej, zastosowano rytmiczne uciskania okolicy sercowej, wlańie 1,500 gr. normalnego rozczyntu soli kuchennej w v. med. basilica, 3 szpryki eteru etc., pomimo stosowania zabiegów orzeźwiających przez całą godzinę chora umarła. Badanie pośmiertne wykazało tłuszczowe zwyrodnienie mięśnia sercowego. Reich (Wiener Med. Wochenschrift 1893, Nr. 23—28) zestawit 16 przypadków śmierci przy brometylowej narkozie; z tych w 11-tu przypaokach są pewne wątpliwości co

do czystości preparatu, pozostaje zatem 5 na rachunek czystego brometylu, z przypadkiem zaś K. będzie to już 6. Jak na narkotyki, używany wyłącznie przy małych i krótkotrwałych operacjach jest to cyfra dosyć poważna, stawiająca co do niebezpieczeństwa brometyl narówni z innymi środkami anestetycznymi. (C. f. Chir. 1894, Nr. 2).

Dz.

46. W celu niszczenia wyrzutów trądzikowych Dr. Jamieson, prof. dermatologii w Edynburgu, radzi wtedy, gdy wyrzuty mają jeszcze postać guziczków (papula), zapędzować każdą krostkę mieszaniną z trzech części wody i jednej ichtyolu, która winna zaschnąć na skórze. W okresie przyszczyków (pustula) należy działać czystym kwasem karbolowym, a posmarowane miejsce pociągnąć kolodjonem. (Sem. Med. 5).

H.

47. Skworcow przekonał się w trzech przypadkach, że *T-ra Strophanthi* okazuje się nader skuteczną przy *dypsomanji*. Spostrzeżenie to zrobione zostało u nałogowego pijaka, przedstawiającego objawy upadku działalności serca. Po pierwszej dawce (7 kropli) wystąpiły wymioty i wstręt do spirytusu taki, że człowiek ten przestał zupełnie pić. U dwóch innych rzecz się miała podobnie (S. M. 4).

H.

48. Dr. Lydston utrzymuje, że olejek eukalyptusowy podawany „per os“ stanowi najlepszy środek odkażający dla dróg moczowych. Dozowanie: przez pierwsze dwa dni po 10 kropli co dwie godziny, następnie trzy razy na dobę. (S. M. 4).

H.

49. Dr. Singer przypisuje nieprawidłowym fermentacjom i samozatruciu źródło chorób skórnych. W celu ich zwalczania stosuje mentol:

Mentholi 0,10

Ol. amygd dul 0,25

na 20 kapsulek żelatynowych, których zaleca 6 do 10 dziennie. Środek ten zapewnia „asepsis“ kiszek (! R.). (L. M. 4).

H.

## PRZEGLĄD BIBLIJOGRAFICZNY.

S. Mintz. O zabiegach chirurgicznych w chorobach żołądka. Odczyty kliniczne. Nr. 61. Styczeń 1894.

Odczyty kliniczne dały nam znowu pracę oryginalną pod wyżej przytoczonym tytułem. Autor rozpatruje zabiegi chirurgiczne, jakie stosowano lub stosować należy w zwężeniach odźwiernika niezłośliwego pochodzenia, we wrzodach przewlekłych żołądka, w rozszerzeniu żołądka przewlekłym, oraz w nowotworach złośliwych żołądka. Najdłużej zastanawia się autor nad operacjami w zwężeniu odźwiernika niezłośliwego pochodzenia, słusznie kładąc przytem nacisk na tę okoliczność, że dziś rozsądny terapeuta powinien zawsze zorientować się w porę, kiedy jest już wobec chorego bezsilny i oddać go w ręce chirurga, który jeden tylko może mu właściwą i trwał-

szą przynieść pomoc. Z pomiędzy czterech możliwych w zwężeniu odźwiernika operacji (resectio pylori, gastroenterostomia, pyloroplastica i operacja Loreta, polegająca na gwałtownym rozszerzeniu palcem zwężonego odźwiernika), autor uznaje za najwłaściwsze gastroenterostomię i pyloroplastykę. Wnioski te oparte są po części na własnym doświadczeniu, oraz na całym istniejącym dotąd w literaturze tego rodzaju materiale, który zebrany jest z odznaczenia godną starannością. Przy pierwszym też rozdziale autor rozpatruje strony dodatnie i ujemne każdej z wyżej wymienionych czterech możliwych operacyj na żołądku. Nie będę zaznaczać, o ile rozumowania w tej mierze wydają się zawsze słusznymi, gdyż nie streszczam tu ani wywodów autora, ani kilku podanych przez niego ciekawych przypadków, celem bowiem słów niniejszych nie jest streszczenie w mowie będącego odczytu. Polecamy go tylko na tem miejscu uwadze tych, którzy chcieliby wyrobić sobie należyte pojęcie o tem, co wogóle przy znaczniejszych zaburzeniach żołądka, zależnych od zwężenia odźwiernika, dotąd czyniono lub czynić należy.

Jasno i systematycznie skreślony odczyt kol. M., najlepiej o tem czytelnika w krótkim bardzo czasie objaśni. *Wł. Janowski.*

### List otwarty do Redakcyi Kroniki Lekarskiej w Warszawie. \*)

W artykule, zatytułowanym: „Lekarze u hypnotyzera,“ Redakcyja Kroniki Lekarskiej pomieściła mnie na liście kolegów obwinionych:

- 1) O oddanie się na usługi hypnotyzera: p. Feldmana.
- 2) O zasłanianie swoim dyplomem jego karygodnej działalności.
- 3) O nieprotestowanie publiczne przeciwko ogłaszaniu w Gazecie Warszawskiej naukowych nonsensów tego pana.

Na zarzuty te odpowiadam co następuje:

Zarówno artykułu w Odeskim listku, jako też w Gazecie Warszawskiej nie czytałem i autorów ich osobiście nie znam. O pierwszym artykule dowiedziałem się z Nr. 48 Wracza 93 r. Odpowiednie sprostowanie wysłałem w początku grudnia. Pojawiło się ono w 3 tygodniu później t. j. w Nr. 2 t. r. O artykule w Gazecie Warszawskiej dowiedziałem się dopiero z Kroniki Lekarskiej. Z listu mego, który w oryginale załączam, drukowanego we Wraczu, przytaczam tylko najważniejsze fakty.

Pan Feldman zgłosił się do mnie w listopadzie r. z. *w charak-*

\*) List ten, rzucający właściwe światło na podnoszoną przez nas sprawę, pomieszczamy bez komentarzy i po ogłoszeniu tego listu i listu kol. Słonimskiego, kwestyję uważamy za wyczerpaną.

(Red.).

*terze pacyjenta*, z powodu chronicznego cierpienia jamy nosowo-gardzielowej. Zarówno osoba jego, jak i opinia, były mi zupełnie nieznanne. Od Dr. Rewidzowa dowiedziałem się, że p. Feldman zajmuje się specjalnie hypnotyzmem i że *uzyskał pozwolenie czasowe stosowania hypnozy w szpitalach warszawskich*. Mając podówczas w kuracyi chorą, dotkniętą bezgłosem histerycznym, nieustępującym zwykłym metodom leczenia, zgodziłem się na propozycję Dr. Rewidzowa, odesłania chorej do p. Feldmana, *wobec zapewnienia, że kurację prowadzić będzie bezpłatnie*.

Po 10-iu dniach, pan Feldman zjawił się *do mnie w godzinach przyjęcia* i przedstawił pacjentkę, która w istocie głos odzywała. Obecni byli wówczas dwaj moi asystenci, i dwóch lekarzy pozostających u mnie w leczeniu. Od tej chwili p. Feldmana więcej nie widziałem.

Z powyższego wynika, że żadne seanse u mnie miejsca nie miały. Zarzuty zwrócone przeciwko mnie przez Kronikę Lekarską, są bezpodstawne, niczem nie usprawiedliwione. Że p. Feldman przypadek wyleczenia bezgłosu histerycznego, nie przedstawiający nic godnego uwagi, ogłosił w pismach politycznych, w celach reklamy, jak również że rzecz ta przedstawioną została w korespondencyjach z Warszawy w zupełnie fałszywym świetle, odpowiedzialności żadnej nie przyjmuję. Natomiast podzielam zdanie Kroniki Lekarskiej, że publikowanie tego rodzaju faktów w pismach codziennych, przez lekarzy, jest zupełnie niewłaściwe.

Warszawa, d. 5/2 94 r.

T. Heryng.

Szanowny Panie Redaktorze!

Z powodu dotkliwego zarzutu, uczynionego mi w ostatnim zeszycie „Kroniki Lekarskiej“, oświadczam kategorycznie, że nigdy żadnej korespondencji do gazety: „Odesskija nowosti“ nie pisałem i tam nie posyłałem, że podpis mój pod artykułem w Nr. 2793 (21/IX 93) pomienionej gazety został sfalszowany, że oburzającego podstępu tego i fałszerstwa dopuścił się bawiący wówczas w Warszawie hypnotyzer S. Feldman.

Sądzę, że Szanowny Redaktor nie odmówi mi i umieści w szpaltach swego czasopisma te kilka słów wyjaśnienia i zrehabilituje mnie tem co do wymienionego wyżej zarzutu.

Z szacunkiem i poważaniem

Dr. Słonimski.

---

## KRONIKA MIESIĘCZNA.

---

— Sprawozdawca „Kuryjera Codziennego“ p. Ego podjął poruszoną przez nas sprawę bezpłatnej pomocy lekarskiej, zaofiarowanej przez jednego z lekarzy Towarzystwu Wzajemnej Pomocy pracowni-

ków handlowych i przemysłowych m. Warszawy. Poglądy p. Ego są wprost przeciwne zapamiętaniom przez nas wygłoszonym. Usiłuje on dowieść, że postępek lekarza X. uważać należy za czyn szlachetny, na publiczną pochwałę zasługujący, oraz, że wzmiankowane Towarzystwo, jako czysto filantropijne, złożone z ludzi przeważnie niezamożnych, ma uzasadnione prawo do korzystania z bezpłatnej pomocy lekarskiej.

Ponieważ sprawa powyższa obok znaczenia ogólnego posiada ścisły związek z kwestyją bytu i powagi stanu lekarskiego, czujemy się w obowiązku dać w tym względzie kilka słów wyjaśnienia.

Lekarz, który się podejmuje udzielać bezpłatnej pomocy członkom pewnego zgromadzenia, zaciąga jednakże zobowiązania względem wszystkich zarówno członków. W myśl tych zobowiązań niema on prawa przyjmować wynagrodzenia ani od biednych, ani od zamożnych członków danego zgromadzenia. Przyjmując bowiem honorarium od członków zamożniejszych, naraża się na zarzut, iż bierze wynagrodzenie, które mu się nie należy, które udzielone mu zostało „z łaski“, co godności jego bynajmniej nie podnosi. Ponieważ z drugiej znowu strony nieprzyjmowanie wynagrodzenia od ludzi zamożnych za objaw „dobrego serca“ poczytanem być nie może, sądzimy więc, że mieliśmy rację, utrzymując, iż postępek D-ra X. do zakresu prawdziwej filantropii nie należy.

Przypuśćmy jednak na chwilę, jak tego chce p. Ego, że do lekarza X. zwracać się będą o poradę wyłącznie tacy członkowie rzeczonego towarzystwa, którzy rzeczywiście nie posiadają dostatecznych środków utrzymania, a więc ludzie istotnie biedni. Udzielanie ludziom biednym jałmużny w postaci bezpłatnej pomocy lekarskiej jest rzeczą tak powszechną wśród lekarzy, czynem tak powszednim w ich zawodowej działalności, iż poszczególne fakty tego rodzaju nie zasługują, zdaniem naszym, na publiczne odznaczenie. Gdybyśmy bowiem zechcieli oddawać publiczne pochwały wszystkim lekarzom, którzy wyrażają chęć udzielania bezpłatnej pomocy ludziom biednym, powinniśmy przedewszystkiem uwieńczyć tych, którzy zamieszczają w pismach stereotypowe ogłoszenia: „biednych bezpłatnie“. Czemu tego nie czynimy? Ponieważ wiemy wszyscy doskonale o tem, co o „dobrem sercu“ takich lekarzy trzymać należy. Jest to, jak wiadomo, jeden ze znanych środków reklamy, reklamy, zdaniem naszym karygodnej, bo ukrywającej się pod płaszczem rzekomej filantropii.

Nie wchodzimy bynajmniej w sprawę, jakie pobudki mogły skłonić lekarza X. do zaofiarowania swych usług Towarzystwu pracowników handlowych i przemysłowych. Nie przestaniemy jednak utrzymywać, iż postępek D-ra X. ma wszelkie pozory czynu niezgodnego z zasadami etyki lekarskiej.

Nie obliczaliśmy zasobności poszczególnych członków Towarzystwa pracowników handlowych i przemysłowych, nie możemy więc wyrokować, czy stowarzyszenie ma uzasadnione prawo do korzystania



z bezpłatnej pomocy lekarskiej. Zdaje nam się jednak, że pomoc taka powinna być do pewnego stopnia upokarzającą dla stowarzyszonych. Według naszego bowiem zapatrywania mają niezaprzeczone prawo do bezpłatnej pomocy lekarskiej pozbawieni opieki i środków utrzymania—starcy, kaleki, małoletni, jednym słowem ludzie, którzy nie są w stanie zarobkować. Lecz ludzie tacy nie zawiązują stowarzyszeń wzajemnej pomocy, gdyż pomagać sobie wzajemnie nie mogą. Opiekę nad nimi rozciąga społeczeństwo i tu bezpłatna pomoc lekarska jest zupełnie na miejscu.

Stowarzyszenia, które jako główny cel swego istnienia wystawiają pomoc koleżeńską, nie mogą i powinny w interesie własnym pomocy tej nadawać cech żebraniny. Chcąc uprzystępnić swym członkom pomoc lekarską, stowarzyszenia według powszechnie przyjętego zwyczaju zakładają t. zw. kasy chorych. Takie bowiem instytucje, które są rzeczywiście wyrazem *pomocy koleżeńskiej*, osiągają cel zamierzony, bez ujmę dla godności członków.

Musimy się zastrzedz, że podejmując sprawę powyższą, nie mieliśmy najmniejszego zamiaru nikomu uchybić, ani wyrządzić przykrości. Skorzystaliśmy jedynie z następczącego się faktu w celu wypowiedzenia swych zapatrywań na sprawę, która tak żywo dotyczy interesów naszego stanu.

Na zakończenie jeszcze kilka słów.

Stało się u nas zwyczajem, że ktokolwiek z poza koła lekarskiego zabiera głos w sprawach wzajemnego stosunku lekarzy i publiczności, czuje się w obowiązku wypowiedzieć kilka żartów lub szyderstw na konto tak zwanej etyki lekarskiej. To nieuzasadnione lekceważenie etyki lekarskiej wytlómaczyć chyba można jedynie tem, że ogół ma zupełnie błędne pojęcie o jej zasadach. Zdaje się, że etyka lekarska w pojęciu ogółu jest to zbiór praw, ustanowionych przez lekarzy w celu wyzysku publiczności—jest to coś w rodzaju zobowiązań syndykatu cukrowników lub producentów nafty. Uważamy sobie za obowiązek zaprotestować przeciwko takiemu pojmaniu etyki lekarskiej. My lekarze pod tem mianem rozumiemy pewien kodeks moralny, ustanawiający wzajemne i obustronne obowiązki publiczności i stanu lekarskiego ku dobru stron obu. Kodeks ten poucza nas—lekarzy, jakie obowiązki ciążą na nas względem ogółu i powierzających się naszej opiece chorych, czego mamy prawo wymagać za naszą pracę i kiedy winniśmy dawać pomoc bezinteresowną, wreszcie jak powinniśmy postępować, chcąc zachować godność i powagę stanu lekarskiego. Jedyną i wyłączną podstawą tego kodeksu stanowią zasady ogólno-ludzkiej moralności.

Pojmując w ten sposób istotę etyki lekarskiej bronić zawsze będziemy jej zasad, nie przestając występować przeciw wszelkim postępkom, które w jakikolwiek sposób przeciw niej wykraczają.

*Redakcyjja.*

— 3-go lutego r. b. otwarto w Suwałkach Towarzystwo lekarskie, którego ustawa została Najwyżej zatwierdzoną. Oprócz le-

karzy rzeczywistymi członkami mogą być farmaceuci i weterynarze. Na prezesa jednogłośnie wybrano inspektora lekarskiego J. Siergiejenko. Po inauguracyjnej mowie ostatniego lekarz wojskowy Dr. Ernst miał odczyt „Histeria u mężczyzn“. Odczyt zakończył się demonstracją chorego—żołnierza.

— Konferencja wojenno-medycznej Akademii obrała na członków honorowych profesorów: Pasteur'a, Billroth'a i Trappa (prof. emeryt).

— W Petersburgu zaczął wychodzić nowy ruski naukowo-przemysłowy tygodnik pod tytułem „Drogist“, poświęcony interesom drogistów i farmaceutów.

— W cerkwi W. M. Akademii wmurowano czarną tablicę, na której wyryte zostały złotymi czcionkami nazwiska lekarzy i studentów, wychowawców Akademii, którzy padli ofiarą walki z epidemią w latach 1891—1892, a także i D-ra Swierczkowa, lekarza okrętu „Rusałka“.

— W Saratowskiej gubernii panuje straszny dyfteryt, który rozszerzył się na przeszło 300 miejscowości; w niektórych wsiach wymarły wszystkie dzieci. W celu wzmocnienia opieki lekarskiej zarząd ziemski postanowił powołać 40 lekarzy i 200 felerzów. Oprócz tego, ze względu że i sąsiednie gubernie są bądź to zagrożone, bądź już zajęte przez epidemię, ma się odbyć zjazd lekarzy i przedstawicieli ziemstw gub. Saratowskiej, Tambowskiej, Woronezkiej, Astrakańskiej, Samarskiej, Simbirskiej i Ziemi Wojska Dońskiego w celu obmyślenia środków dla walki z zarazą. (Wr. 3),

— W Wiedeńskim Uniwersytecie w ubiegłym miesiącu ustanowione zostały pomniki prof. E. Brücke'go i K. Brauna.

— Według Hamburger Freisin. Ztg. w Prusach w ciągu roku zmarło na delirium tremens 1,200 osób, odebrało sobie życie z pijaństwa 500. (S. M. 4).

— Prof. Benedikt wydał dzieło, skierowane przeciw entuzyas-  
tom hipnotyzmu i dzieło to dedykował E. Hart'owi, który w swoim czasie wyświecił błędy niektórych paryzkich hipnotyzerów, działających myślą na odległość, przez płyny i t. p. W dedykacji autor mówi, że hipnotyzm i sugestya stały się przedmiotem mody, środkiem zdobywania taniej popularności i wędką do łowienia łatwower-  
nych chorych. Dla tego to autor i Hart wypowiedzieli wojnę omyłkom, nadużyciom i umyślnym oszustwom ztąd płynącym. Wystąpienie swe zaś uznali za konieczne ze względu na niebezpieczeństwo, jakie zaczęło zagrażać z tej strony całemu wykształconemu światu z powodu rozszerzania fałszywych poglądów.

— Drugi zeszyt tegoroczny „Berliner Klin. Wochenschrift“ ogłasza szereg kursów feryjnych dla lekarzy w Berlinie. Kursy te rozpoczną się 5 marca r. b. i trwać będą do 7 kwietnia, dotyczą one najrozmaitszych gałęzi nauk lekarskich, tak teoretycznych jak i praktycznych. Zgłoszenia przyjmuje urzędnik stowarzyszenia docentów p. Anders, Ziegelstrasse 10—11.

— Tegoroczny kongres chirurgiczny w Berlinie odłożony został z powodu międzynarodowego zjazdu lekarskiego w Rzymie na koniec kwietnia (18—21).

— Prof. Thoma z Jurjewa (Dorpat) opuszcza zajmowane dotąd stanowisko profesora anatomii patologicznej.

— Prof. Tuzek został mianowany dyrektorem kliniki psychiatrycznej w Marburgu.

— W Monachium ma powstać nowy miesięcznik, poświęcony praktycznemu wodolecznictwu oraz pokrewnym metodom leczniczym (mechano i elektroterapii). Redaktorem ma być Dr. Krüche w Monachium.

## PRZEGLĄD PRAC ORYGINALNYCH,

pomieszczonych w pismach polskich

w miesiącu Styczniu 1894 r.

1. *Fr. Kijewski*. O ropniach podprzeponowych. (Gaz. Lek. Nr. 1—3). P. spr. z księgi jub. prof. Brodowskiego.
2. Dr. med. *A. Ciągliński*. Przypadek t. zw. choroby Litte'a. (Gaz. Lek. 1, patrz tamże).
3. Dr. med. *Sokołowski*. Kilka słów w kwestyi stosowania kreozotu przy leczeniu suchot płucnych. (Gaz. Lek. Nr. 1).
4. *Z. Dmochowski*. O wtórem cierpieniu jamy nosogardzielowej u suchotników. (Gaz. Lek. Nr. 2—4, z księgi jubil.).
5. *E. Biernacki*. Analgezyja nerwu łokciowego jako objaw wiađu rdzenia. (Gaz. Lek. Nr. 2).
6. *M. Warman*. Przyczynek do leczenia poronień, osnuty na tle 250 przypadków. (Gaz. Lek. Nr. 3 i 4, niesk.).
7. *L. Feinstein*. Wrzody łącnicy pochodzenia ospowego. (Gaz. Lek. Nr. 3).
8. Doc. dr. *R. Trzebicky*. Przyczynek do osteoplastycznej resekcji stopy według Władimirowa Mikulicza. (Med. 2).
9. *Funk i Grundzach*. O pokrzywce u dzieci i związku jej z krzywicą i atonią żołądka. (Med. 2).
10. *W. Bruner*. O zwracaniu i przeżuwanu pokarmów. (Med. 3).
11. *J. Sz wajcer*. Gorączka powrotna w Warszawie w roku 1892. (Med. 3 i 4).
12. *A. Wojnicz*. Próby przepiókiwania przewodu pokarmowego w cholerycznym sposobem prof. Generisch'a. (Med. 3).
13. *L. Lubliner*. Przyczynek do etylogii wyprysku gardzieli. (Med. 4, niesk.).

14. *E. Machek*. Gruźlica tęczęwki i ciała rzęskowego. (Przeg. Lek. Nr. 1).
15. *L. Wachholz*. O połączeniu sinu z barwikami krwi. (Przeg. Lek. Nr. 1 i 2).
16. *A. Gabryszewski*. O wartości kokainy w chirurgii. (Prz. Lek. Nr. 2—4, niesk.).
17. *St. Schoengut*. Kilka uwag o leczeniu ropnego zapalenia ucha środkowego. (Przeg. Lek. Nr. 3).
18. Dr. med. *K. Rumszewicz*. O leczniczej wartości wstrzykiwań sublimatu pod spojówkę gałki ocznej. (Prz. Lek. Nr. 4, niesk.).
19. *Cz. Sędzimir*. Nowy sposób żywienia chorych. (Prz. Lek. Nr. 4).
20. *W. Łepkowski*. O zastosowaniu kokainy w dentystyce i działaniu jej na drobnoustroje ropotwórcze. (Now. Lek. Nr. 1, niesk.).
21. *K. Koehler*. Aprosexia senilis, tępość umysłu z niedrożności nosa. (Now. Lek. Nr. 1).
22. *H. Święcicki*. Przyczynę do przebiegu porodu niemłodych pierwiastek. (Now. Lek. Nr. 1).
23. *B. Wicherkiewicz*. Rzekomy kilak tęczęwki na podstawie urazowej, (N. L. Nr. 2).
24. *Jacobson*. Ciało obce w macicy. (N. L. Nr. 2).

---

3. Dr. med. *A. Sokołowski*. Kilka słów w kwestyi stosowania kreozotu w leczeniu suchot płucnych. Rozpowszechnienie się kreozotu autor przypisuje temu, że jest on stosunkowo najmniej szkodliwym wśród wielu polecanych środków. Dalej temu, że stosowanie kreozotu wypadło jednocześnie z rozpowszechnieniem się metody higieniczno-dyjetetycznej leczenia suchot i że wyniki pomyślne tego sposobu leczenia nieraz niekrytycznie przypisywano kreozotowi. Według autora kreozot ma znaczenie, jako środek pobudzający łaknienie (bądź przez drażnienie błony śluzowej żołądka, bądź dezynfekowanie polykanej płwociny) i jako środek wykrztuśny, w żadnym jednak razie nie można go uważać za środek swoisty przeciw suchotom. Autor stosuje małe dawki 1 do 10-gr. dziennie, w znacznem rozcieńczeniu. *H.*

5. *Edmund Biernacki*. Analgezyja nerwu łokciowego jako objaw wiądnicy rdzenia. Autor na zasadzie szczegółowego badania 20 przeszło tabetyków przyszedł do przekonania, że w mniejszym lub większym stopniu mają oni znieczulenie przy ucisku pnia nerwu łokciowego w sulcus ulnaris. W innych cierpieniach organicznych mleczka objaw ten nie istnieje i na tej zasadzie wyprowadza autor wniosek, że „analgezyja nerwu łokciowego zdarza się tylko u tabetyków“. Autor jest zdania, że objaw ten stoi w związku ze zmianami tabetycznymi w górnych odcinkach rdzenia. *K. R.*

7. *Leon Feinstein*. Wrzody łącznicy pochodzenia ospowego. Autor przytacza trzy przypadki wrzodów łącznicy—dwa swoje, trzeci

kolegi Mutermilcha, w których obserwowano owrzodzenia łącnicy—dwa na spojówce dolnej powieki, jeden na łącnicy gałkowej. Wrzody były o brzegach nierównych, wzniesionych nad powierzchnią łącnicy, o dnie pokrytem szaro-żółtym nalotem; wogóle wygląd bardzo zbliżony do wrzodów natury syfilitycznej.

Sprawie chorobowej towarzyszył dosyć dotkliwy ból, obrzęk powiek i łącnicy gałkowej, w jednym zaś przypadku, spostrzegano lekkie zmiany w rogówce, lekkie nastrzyknięcie okołorogówkowe, światłowstręt i łzawienie. Wywiady wykazały w każdym z wyżej wymienionych przypadków bliską styczność chorego z ospą naturalną (w jednym przypadku żona doglądała chorego na ospę męża, w domu—chorowały dzieci).

Ostatnia okoliczność, objawy cierpienia i podobne przypadki przytoczone przed dwoma laty na zjeździe okulistów w Heidelbergu przez Schirmera, skłoniły autora do uznania cierpienia za wrzody pochodzenia ospowego.

Łagodny względnie przebieg sprawy i krótkie jej trwanie każe stawiać pomyślne rokowanie. Leczenie polega na przemywaniach przeciwgnilnych, użyciu jodoformu i opaski na oko.

#### *S. Cetnarowicz*

8. Trzebicki R. Przyczynek do osteoplastycznej resekcji stopy podług Władimirowa-Mikulicza. Opisuje tu T. przypadek operacji Władimirowa-Mikulicza, dokonanej u 19-letniego chłopca, z powodu mięsaka ścięgna Achillesa, przechodzącego na kość piętową i goleniową. Kość piętową i skokową odpiłował tu T. powyżej stawu Choparta, czem operacja ta przypomina modyfikację, wprowadzoną przez Mikulicza, a opisaną w ostatnich czasach przez Samtera. Artykuł Samtera nie był jeszcze wtedy Trzebickiemu znany, do wyżej wymienionego sposobu operowania zniewoliła T. indywidualność opisywanego przypadku, gdyż kości podudzia trzeba było tu z powodu wzrostu z nowotworem odpiłować na wysokości 6 ctm. po nad stawem skokowym gdyby tu od kości stopy odpiłować w miejscu zwykłym t. j. poniżej stawu Choparta (przez naviculare i cuboideum), kończyna byłaby nadmiernie skróconą. Modyfikacja, zastosowana przez Trzebickiego i w innym jeszcze kierunku przewyższa zwykłą operację Wł. Mik., w skutek utrzymania stawu Choparta, chód w przypadkach w ten sposób operowanych jest znacznie elastyczniejszy. Niestety, w przypadku Trzebickiego chory nie długo się cieszył doskonałym pod każdym względem skutkiem operacji, gdyż w krótkim czasie musiał się znowu położyć do łóżka z powodu recydywy w dole podkolanowym, nareszcie zaś zmarł w skutek regionarnej generalizacji (przerzuty guzkowe na skórze uda, naciek nowotworowy w gruczołach miednicowych, pachowe były wyłuszczone wcześniej). Przypadek ten interesujący jest jeszcze i z tego względu, że przy wyłuszczeniu gruczołów z pachwiny, uległa podwiązaniu v. cruralis, przy wyłuszczeniu zaś recydywy z dołu podkolanowego v. poplitea, poprzednio zaś przy samej rezekcji art. tib. postica. Brak zgody ze strony rodziny zmarłego, nie

pozwoił Trzebickiemu zbadać za pomocą iniekcji, jak się wobec tych podwiązań odbywała cyrkulacja.

*Dz.*

9. Dr. Funk i Dr. Grundzach. **O pokrzywce u dzieci i związku jej z krzywicą i atonią żołądka.** Krótki opis klinicznych postaci omawianej wysypki poprzedza wyniki badań autorów. We wszystkich 45 obserwowanych przypadkach pokrzywki, autorowie znaleźli objawy krzywicy. W obec stale napotykanych u dzieci zaburzeń w trawieniu i wzdęcia brzucha, autorowie zajęli się badaniem granic żołądka w różnych warunkach).

Znaleziono u tych dzieci stale granice żołądka rozszerzone. Dolna granica sięgała stale wysokości pępka o 1—3 ctm. wyżej lub niżej. Podczas gdy badania 64 dzieci zdrowych lub cierpiących, lecz nie dotkniętych krzywicą ani chroniczną niestrawnością wykazały, że dolna granica umiarkowanie wypełnionego żołądka sięga granicy górnej  $\frac{1}{3}$  z średnią  $\frac{1}{3}$  odległości od wyrostka mieczykowatego do pępka i sięgać może połowy tej linii, nigdy jednak jej nie przechodzi.

Jako przyczyny takiego osłabienia żołądka są: błędy w dyjete, nieregularnie karmienie, nadmierne użycie napojów. Istnieje pewne pokrewieństwo między rumieniem pokrzywkowym a prurigo. Autorowie badali żołądek u 11-u osobników, dotkniętych świerzbiączką: z trojga dzieci od  $1\frac{1}{2}$ —3 lat u dwojgą (krzywicowych) znaleźli dolną granicę żołądka dochodzącą do pępka; w innych wypadkach granic żołądka, prawidłowe przepisy dyjetetyczno-hygieniczne stanowią podstawę leczenia.

Badania dokonano w szpit. dla dzieci im. Baumanów i Bersonów.

*J. B.*

10. Wł. Bruner. **O zwracaniu i przeżuwanu pokarmów.** Autor po krótkim streszczeniu dotychczasowych wiadomości o zwracaniu i przeżuwanu, przytacza własny przypadek zwracania u 38-letniej wieśniaczki, gdzie w następstwie rozwinął się rak, kładzie więc nacisk, aby z prognozą być w przypadkach zwracań ostrożnym, gdyż często dowodzą one istnienia choroby ze zmianami anatomicznymi, chociaż częstokroć mamy do czynienia i z nerwicą. Nerwicą zwykle jest też i przeżuwanie. Cierpienie to niekiedy wikła się zmianami w chemizmie trawienia, zwykle jednak typu oddzielnego tych zmian uchwycić się niedaje, gdyż dane są bardzo sprzeczne. Autor opisuje przypadek własny zwracania.

*J. Z.*

11. S. Szwaјcer. **Gorączka powrotna w Warszawie w roku 1892.** Autor zdaje sprawę z przebiegu małej epidemii gorączki powrotnej (4 przypadki), której, jak wiadomo, od roku 1880 u nas nie obserwowano. Epidemija ta powstała w areszcie policyjnym przy uliku gorączki a krzewicielem jej był niejaki B., który po trzecim atacy Chłodnej, powrotnej, przebytej w szpitalu zapasowym, osadzony w areszcie policyjnym, zaraził tam 3 swoich towarzyszy. Przedsięwzięte energiczne środki rozwojowi szerszemu epidemii, widocznie, tamę położyły.

*K. W. S.*

12. A. Wojnicz. Próby przepłukiwania przewodu pokarmowego w cholery azjatyckiej sposobem prof. Genersicha. Autor przedstawił kilka przypadków cholery, gdzie stosował przepłukiwania sposobem Genersicha. Wniosków jednakże żadnych ze spostrzeżeń swych nie wyprowadza, ponieważ 1-o, nie udało mu się przepłukać całego przewodu pokarmowego, 2-o niektóre względy stawały na przeszkodzie ścisłości doświadczeń.

H. K.

14. Dr. E. Machek. Gruźlica tęczówki i ciała rzęskowego. Na wstępie autor przypomina o różnicy, jaka zachodzi, pod wieloma bardzo względami, pomiędzy gruźlicą tylnej części jagodówki (choroiditis tuberculosa) i gruźlicą przedniej jej części (iritis et cyclitis tuberculosa). Wówczas, kiedy zapalenie gruźlicze naczyńówki przedstawia końcowy okres sprawy gruźliczej, teźże samej natury zapalenie błony tęczowej cechuje początkowy okres zakażenia gruźliczego. Stosownie do tego zapatrywania się w obydwu tych przypadkach zachodzi różnica w przebiegu klinicznym i we wskazaniach leczniczych. Spostrzegany przez autora przypadek dotyczy 3<sup>1</sup>/<sub>2</sub> letniej dziewczynki, uktórej, po wkluczeniu kiły i urazu tęczówki, rozpoznana została gruźlica tęczówki i ciała rzęskowego (iridocyclitis oc. dextri tuberculosa) na zasadzie następujących danych: 1) Ognisko gruźlicze w kręgach; pochodzenie z rodziny gruźliczej. 2) Przebieg kliniczny: w okresach początkowych mierne zadrażnienie, niebolesność, brak światłowstrętu; przebieg przewlekły. 3, Znaczne, a niejednostajne obrzmienie miąższu tęczówkowego; wytworzenie się wielu nowych żył; wypocina na tylnej ścianie rogówki. W rok przeszło po wyłuszczeniu gałki ocznej, dziecko ma się świetnie, jest dobrze odżywione i znacznie urosło.

W. Garliński

19. Cz. Sędzimir. Nowy sposób żywienia chorych. Chorej bardzo wrażliwej nie udało się wprowadzić zgłębnika. Autor uszył z bardzo cienkiej gęstej jedwabnej tkaniny kiszkę o przekroju 4 milim., długości metra. Do jednego końca przyszył kawałek waty, którą napoił mieszaniną cukru, wanilji i żółtka. Chora z zamkniętymi oczami—ssać watę jak cukierek, połknęła rurkę. Wtedy zapomocą szprycki wiano pewną ilość pokarmu. Odtąd powtarzano tę manipulację codziennie i chora zносиła ją bardzo dobrze.

H.

23. Dr. Heliodor Świącicki. Przyczynę do przebiegu porodu niemłodych pierwiastek. Na zasadzie 14 przypadków obserwowanych poliklinicznie S. kreśli następujące dane: niemłode pierwiastki (od 30-go roku życia) mają utrudniony poród wskutek braku dostatecznej elastyczności części rodnych i upośledzenia działalności tłoczni brzusznej, pominawszy przypadki ścieśnienia miednicy. Nieprawidłowości te powodują słabe bóle porodowe i długie trwanie porodów, atoniją macicy, krwotoki poporodowe i stosunkowo częste naddarcia międzykrocza. Ponieważ choroby nerek z wiekiem stają się częstsze, u starych pierwiastek częściej zauważyć można białkomocz. Przemiana wsteczna macicy znacznie upośledzona.

Wład. Stan.

23. Bol. Wicherkiewicz. Rzekomy kilak tęczówki na podstawie urazowej. Na tęczówce osobnika nieobciążonego gruźlicą; ani przyznającego się do przebytego przymiotu autor obserwował wytwór łudzający podobny do gumatu, lub też gruzełka; na wewnątrz od guzika widoczne były dwa przyczepy tęczówkowe, sprawie całej towarzyszyły objawy podrażnienia oka, wzziernik dawał możność oglądania zupełnie prawidłowego dna oka. Po kilku tygodniach leczenia przeciwniegnilnego i stosowania atropiny guzik zupełnie ustąpił, na miejscu zaś jego widoczną była plamka żółto-czerwona, w której widoczne były dwa połyskujące i występujące po nad powierzchnią tęczówki końce. Ponieważ przy badaniu rogówki, autor znalazł w dalszym odcinku tejsze plamkę, naprowadziło go to na myśl istnienia pewnego związku tej ostatniej z błyszczącymi końcami tkwiącymi w tęczówce, jakoż w samej rzeczy, skoro choremu oświadczył autor, iż ma obce ciało w tęczówce, tenże przypomniał sobie, że na krótko przed cierpieniem oka, strzelał z fuzji kapiszonówką i uczuł po wystrzale jakoby zaproszenie oka, na które zresztą małą zwrócił uwagę.

Wytworzenie się na tęczówce guzika, objaśnia autor zapaleniem odczynowem, jakie wywołał zanieczyszczony odłamek kapiszona.

*S. Cetnarowicz.*

24. Dr. Jacobson. Ciało obce w macicy. Do znanych w literaturze 17-tu przypadków ciał obcych w macicy J., to daje swój 18-ty. Kobieta podczas poronienia w skutek upadku włożyła do macicy szpilkę podwójną, która pozostawała tam 3 tygodnie, sprawiając ból kłujący. Szpilkę usunięto po rozszerzeniu szyjki prątkiem blaszkowca. Przebieg pooperacyjny prawidłowy.

*Wład. Stan.*

## NEKROLOGIJA.

Ś. p. Dr. A. J. Rolle. Na początku tego miesiąca, śmierć zabrała znowu jednego z wybitnych działaczy nie tylko na polu pracy lekarskiej, ale i historyi. Rolle zaznaczył się swą działalnością na tych dwóch polach w tak zaszczytny sposób, że właściwie nie notatka, ale rozbiór szczegółowy jego działalności słusznie mu się należy. Jako lekarz, zdobył sobie uznanie w szerokim kole społeczeństwa podolskiego i w żywej pamięci długo pozostanie ta postać, która mimo swej skromności, odrazu rzucała się w oczy. Łączył on w sobie wszystkie właściwości lekarza i dzielnego obywatela kraju, dla którego pracował ciągle w ciągu swego 64-letniego żywota.

Nie do nas należy fachowa ocena jego działalności na polu historyjografii, ale nie sądzimy, aby wśród naszych czytelników, znalazł się, ktoby nie czytał jego świetnie, barwnie i ze ścisłością pisanych szkiców historycznych. Badaniom poświęcał się zawsze z całym zamiłowaniem, a śliczny język i dar obrazowania dzielnie mu dopomagał. To też i w pracach jego lekarskich przebija ta sama barwność i obra-



zowość i taż sama dążność obywatelska Jego badania, szczególnie na polu psychiatrii, dowodzą szerokiego poglądu na społeczeństwo, jego wady i zalety.

Kończymy tę notatkę, bo do oceny brak nam przecie tego obiektywnego sądu, jaki dopiero po dłuższym od tak dotkliwej straty czasie, może wystąpić w całej pełni.

Cześć jego pamięci, niech swym przykładem świeci tym co sądzą, iż praca około praktyki wyczerpuje działalność lekarza i dobrego obywatela kraju.

Dnia 7-go b. m., w osadzie Główno, powiecie Brzezińskim, zakończył życie ś. p. kolega **Wacław Butwiłło**, w wieku lat 34. Zmarły w krótkim czasie swej działalności umiał zjednać sobie powszechnie uznanie i sympatyę.

6-go lutego zmarł z choroby sercowej (w Abbazyi) prof. chirurgii wiedeńskiego uniwersytetu **Teodor Billroth** w 65 roku życia.

Zmarły należał do tych ludzi geniuszu, kładących na wszystkim, czego się dotkną, piętno swego ducha, wybitnych na każdym stanowisku, na jakim je los postawi. Lekarz nie z powołania i nie z bożej łaski, a raczej z namowy i innych względów—zgiębił współczesną sobie wiedzę lekarską, poznał jej ducha i odczuł przyszłe drogi—albo też te drogi dla niej tworzył. Stał się reformatorem i twórcą nowoczesnej chirurgii, zaciągając ściślej luźny jej dotąd związek z podstawowemi gałęziami nauki—histologiją, patologiją i bakteriologiją, z drugiej zaś strony posunął technikę i zakres operacji do niewidzialnych dotąd granic (operacje na żołądku, kiszkiach, krtani etc.). Powołany został do Wiednia (w 1867 r.), aby wlać nowe życie w instytucję, która po wyczerpaniu i przeżyciu spuścizny po Rokitansky'm i Skodzie przedstawiać zaczynała objawy zastoju i strupienia. Nadziei tych nie zawiódł, rozbudzając swą myślą i przykładem nowe życie, nowe siły, które pod jego wodzą podniosły sławę Wiedeńskiej Wszechnicy na nowo. Obok genialnego umysłu i naukowej pracy—szerokie serce, wrażliwość na piękno w każdym jego przejawie, talent muzyczny, ujmujące obejście i umiejętność zyskiwania sobie ludzi, czyniła zmarłego bożyszczem uczni, nieocenionym i poszukiwanym przyjacielem i jedną z najpopularniejszych osobistości Wiednia. To też ogólna żałoba towarzyszyła jego śmierci i wszystkie pisma poświęciły mu najsympatyczniejsze nekrologi. Zakończymy nasze wspomnienie wyrazami wypowiedzianymi przez Billroth'a na pogrzebie Langenbecka: „Pamięć jego niech będzie błogosławioną przez wdzięczność nauki, wdzięczność stanu lekarskiego, wdzięczność całej ludzkości“.

K.

# Ogłoszenia.

**MATTONIEGO**  
**GISSHÜBLER**  
 najczystsza  
 woda mineralna  
**SZCZAWA-ALKALICZNA**

Najlepszy napój dyetetyczny i orzeźwiający, odpowiedni we wszystkich chorobach narządów oddechania i trawienia, przy podagrze, niezbytach żołądka i pęcherza. Wyborny dla dzieci i rekonwalescentów.

Zakład leczniczy  
 zimnowodny  
 Giesshühl-Pochstein  
 pod Karlsbadem.

Miejsce pochodzenia  
*Giesshübler'u*  
 Mattoni'ego.

**Henryk Mattoni,**  
 Karlsbad, Wiedeń Francesbad,  
 Budapest.

## Chloroformum purissimum

Oczyszczony według sposobu profesora N. Mentiena

W LABORATORJUM APTEKI

**H. BIERTÜMPFLA**

Marszałkowska róg Śto-Krzyskiej w Warszawie.

<table border="0"> <tr> <td style="padding-right: 10px;">2 uncje (60,00)</td> <td style="padding-right: 10px;">55 kop.</td> </tr> <tr> <td>3 uncje (90,00)</td> <td>80 "</td> </tr> <tr> <td>6 uncyj (180,00)</td> <td>1.50 "</td> </tr> <tr> <td>12 uncyj (360,00)</td> <td>2.80 "</td> </tr> </table>	2 uncje (60,00)	55 kop.	3 uncje (90,00)	80 "	6 uncyj (180,00)	1.50 "	12 uncyj (360,00)	2.80 "	Ceny niniejsze są dla aptek, szpitali i zakładów leczniczych.
2 uncje (60,00)	55 kop.								
3 uncje (90,00)	80 "								
6 uncyj (180,00)	1.50 "								
12 uncyj (360,00)	2.80 "								

Sprzedaż win z winnic Cesarskich Apanaży.

WINA WYBOROWE  
DELIKATESY,  
ŚNIADANIA, KOLACJE,  
Gabinety rodzinne  
róg Widok i Marszałkow.  
Telefonu Nr. 100

*Emilage*

w Warszawie.

WINIARNIA

OSTRYGI

OSTRYGI



OSTRYGI

Towary Kolonialne i Delikatesy

„**POD BACHUSEM**”

(Warszawa, Telefonu Nr. 100)

WINA ZAGRANICZNE,

KONIAKI, LIKIERY, RUMY,

Ze składu Hurtowego win

**MAURZYCY SEYDEL i S<sup>ka</sup>**

w WARSZAWIE.



GŁÓWNY SKŁAD

**WIN GRUZIŃSKICH**

z winnic Księcia Z. A. DŻORDŻADZE

w Kachety—Tyflis.

Czystość tych win stwierdzoną została analizą  
profesora Struve.

Czystość win stwierdzoną zostaje analizami Magistra Nauk Przyr. N. Milicera oraz D-ra Aleksandra M. Weinberga.

Strzedz się podrabianych i naśladowanych.

# Dla kaszlących i osłabionych Słodowy ekstrakt i karmelki

z Miodu, Słodu i Ziół leczniczych



Zatwierdzony przez Ministra Spraw Wewnętrznych.

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

FABRYKI

„**LEWYNA**”

w Warszawie, ulica Zgoda 5.

Zwracać uwagę na firmę i opakowaniach

Wyłączna sprzedaż w Aptekach i Składach aptecznych.



FABRYKI „IMPERIAL”

W WARSZAWIE

Odnaczony medalami na Wystawie w Warszawie i Brukselli 1891 roku  
za czystość produktu.

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

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

Hurtowa od 3 wiader, w Kantorze fabrycznym.

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

*Ulica Wspólna Nr. 42.*

---

# APTEKA

## i skład wód mineralnych

### NATURALNYCH

WPROST ZE ŹRÓDEŁ SPROWADZANYCH

pod firmą

# Dr. T. Heinrich

W WARSZAWIE

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

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

---

# FENACETYNA BEYER'A

Proszek krystaliczny, błyszczący, koloru białego bez smaku i zapachu, rozpuszczający się dość trudno w zimnej wodzie i ciepłej, a najłatwiej w alkoholu; jest środkiem zupełnie nieszkodliwym (Kast, Hinsberg, Kobler), niewywołującym ani potów, ani sinicy, ani sił upadku (Hoppe, Lepine, Dujardin-Beaumetz, Rumpf), silnie obniżającym ciepłotę ciała. Fenacetyna posiada znakomite ból gojące własności (antinevraigicum) i dla tego w tym ostatnim przypadku znalazła już, z powodu swej nieszkodliwości, olbrzymie zastosowanie przy bólach tabetycznych i gośćcowych (Guttman, Rumpf), bólach głowy, bólach newralgicznych i t. p. (Hoppe, Heusner, Dujardi-Beaumetz).

Jako środek przeciwgorączkowy używa się: dla dorosłych w dawce od 0,5—0,7; dla dzieci w dawce od 0,15—0,3. Jako środek ból kojący. dla dorosłych 1,0—1,5.



Zatwierdzony przez Ministra Spraw  
Wewnętrznych i nagrodzony  
Najwyższą nagrodą na wystawie  
hygienicznej 1887 r.



PIERWSZY W KRAJU PRYWATNY  
**INSTYTUT SZCZEPIENIA OSPY OCHRONNEJ**

*D-rów W. Maczewskiego i K. Sierpińskiego*

Warszawa, Marszałkowska 99.

Posiada zawsze świeży materiał szczepienny i rozsyła takowy natychmiastowo po otrzymaniu zażądania.  
Rurka limfy na 2 szczepienia kop. 75, detryt we flakonach począwszy od 10 szczepień po 5 kop. za jedno szczepienie.  
Na przesyłkę dołączyć należy kop. 25. Aptekom i biorącym w większych ilościach, odstępuje się odpowiedni rabat.

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

*Skład Główny w Aptece Magistra Farmacyi H. Kucharszewskiego*

Nr. 4. MIODOWA Nr. 4.

# SPIS RZECZY.

## Prace oryginalne.

	Str.
1. Karol Rychliński. O nasennem działaniu trionalu . . . . .	81
2. Dr. Władysław Papiewski. Przypadek płonicy, powikłanej ropnem zapaleniem tkanki okołonerkowej. Wyzdrowienie . . . . .	96

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. Patologia i Medycyna wewnętrzna.

3. S. Priebrażenski. O ciałach obcych w drogach oddechowych . . . . .	103
4. Prof. E. Leyden. O zapaleniu wsierdza pochodzenia rzeżączkowego. . . . .	106
5. Dr. Wilms. Przyczynę do rzeżączkowego zapalenia wsierdza . . . . .	107
6. Dr. Grüning. O limfie ospy ochronnej . . . . .	108
7. Gliński. Cholestearyna w moczu . . . . .	109
8. Dr. S. Z. Bendel. Przypadek niemoty, jako przedmiot orzeczenia sądowo-lekarskiego . . . . .	110

### II. Farmakologija.

9. Prof. Dr. Rummo. O fizjologicznych i leczniczych własnościach iodokofeiny, jodoteiny i jodoteobrominy . . . . .	111
10. M. Lamzois. Przyczynę do zewnętrznego stosowania hwajakolu . . . . .	112
11. E. Robilliard. O przeciwgorączkowym działaniu gwajakolu, stosowanego pod postacią pędzlowań skóry . . . . .	112

### III. Chirurgija.

12. Prof. Riedel. Częstość powstawania martwiaków w grzylcy wielkich stawów oraz uwagi o leczeniu grzylcy stawów . . . . .	113
13. Urasaburokosima. Przebieg i zejście grzylcy stawu łokciowego . . . . .	115
14. König Franz. Cierpienia stawów u chorych na hemofiliją ze zwróceniem szczególniejszej uwagi na rozpoznanie . . . . .	110
15. Dr. Schulze-Berge. O wyleczeniu nerwobólu trójdzielnego za pomocą wyciągania nerwu twarzewego . . . . .	120
16. Matlakowski Władysław. Pięć przypadków wycięcia kiszki z natychmiastowem doraźnem jej zeszcieniem . . . . .	121

### IV. Wiadomości pomniejszych.

17. O wpływie wycięcia pęcherzyka żółciowego na trawienie . . . . .	123
18. Leczenie rozszerzenia żołądka . . . . .	123
19. O wpływie gorączki na przemianę materii . . . . .	123
20. O opamięciu żołądka jako głównej przyczynie blednicy . . . . .	123
21. O nadużywaniu węglańu sodu u chorych żołądkowych . . . . .	124
22. Rozczyn sublimatu w glicerynie jako środek leczniczy w błonicy . . . . .	124
23. Galwanizacja przeciw odmrożeniu nosa . . . . .	124
24. Przypadek śmierci w brometylowej narkozie . . . . .	124
25. Sposób leczenia wyrzutów trądzikowych . . . . .	125
26. T-ra Strophanti jako środek leczniczy w dypsomanji . . . . .	125
27. O własnościach leczniczych olejku eukalyptusowego . . . . .	125
28. Mentol jako środek w chorobach skórnych . . . . .	125

### V. Przegląd bibliograficzny.

S. Mintz. O zabiegach chirurgicznych w chorobach żołądka . . . . .	125
Listy do Redakeyi . . . . .	126
Kronika miesięczna . . . . .	127
Przegląd prac oryginalnych, pomieszczonych w pismach polskich w m. styczniu . . . . .	131
Nekrologija . . . . .	136
Ogłoszenia . . . . .	138