

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

I. O stosowaniu thiolu w gynecologii.

podał

Stanisław Kurtz.

B. asystent szpitala św. Ducha.

(Rzecz, czytana na VI-ym zjeździe lekarzy i przyrodników w Krakowie dnia 24 Lipca 1891 r.).

Thiol $C_{36}H_{30}S_6Na_4O_{12}$ otrzymuje się przez ogrzewanie do ciepłoty 210° R. węglowodorów szeregu tłuszczowego (węgiel brunatny) z siarką, otrzymany olej thiolowy przeprowadza się w ciało rozpuszczalne w wodzie przez działanie stężonego kwasu siarczanego. Thiol rozpuszcza się w wodzie, eterze, glicerynie i spirytusie.

Czystego thiolu nie mamy, lecz tylko jego sole: a) sodową (natrium sulfo-thiolicum) i b) amonową (ammonium sulfo-thiolicum).

E. Jacobsen podaje następujący sposób dla odróżniania chemicznej czystości thiolu: jeżeli wodny roztwór thiolu zawiera w sobie kwas azotny, to przy dodaniu do przesączu roztworu azotanu srebra nie powinno wystąpić zmętnienie (chlor), a przy dodaniu azotanu barytu może wystąpić tylko zmętnienie opalizujące (kwas siarczany).

Analiza *Baumann'a* i *Scholten'a* pokazała, że thiol zawiera:

| | |
|-----------------|--------|
| węgla | 55,05% |
| tlenu | 15,83% |
| wodoru | 6,06% |
| siarki | 15,27% |
| ammonu lub sodu | 7,78% |

Thiol sprzedażny zawiera w sobie 12% siarki. Od paru lat thiol jest używany w dermatologii. *Bidder* (D. Med. Wochenschrift, 1890, nr. 20, 21) stosuje thiol w zapaleniach ostrych i podostrych skóry; przy cierpieniach przewlekłych

i parazytarnych thiol podług niego wcale nie działa. *Buzzi* otrzymał dobre wyniki przy eczema, zalecając okłady z 10% wodnego roztworu thiolu. *Jacobsen* nazywa thiol—niemieckim ichthyolem i radzi też używać go w przypadkach ostrych i podostrych.

Zastosowanie thiolu w gynecologii z podaniem wiadomości o rezultatach należy się *Gottschalkowi* z Berlina (*Centr. für Gynecol.*, nr. 12, 1891). Po otrzymaniu tej ostatniej pracy rozpocząłem sam próby w Warszawie.

Miałem w leczeniu thiolem 47 chorych, lecz o 19 tylko mam pewne dane. Materyjał mój składał się: 1) z przypadków obserwowanych w szpitalu św. Ducha na oddziale d-ra Pawińskiego, 2) z przypadków, obserwowanych w mojem ambulatoryjum domowem i 3) z przypadków, obserwowanych w lecznicy. Niektóre z tych przypadków pozwolę sobie szczegółowiej opisać.

Przypadek I. Pani M. Sz., żona ślusarza, lat 34, rodziła 5 razy; poroniła we Wrześniu 1890 r. w czwartym miesiącu ciąży; od tego czasu ciągle chora; leczyła się nieregularnie różnemi sposobami; zawiła się do mnie d. 16 IV m. 1891 r., uskarżając się: na silne białe upławy, na ból w krzyżu, na przyspieszone miesiączkowanie (co 3 tygodnie), na ból przy stosunku z mężem. Przy badaniu szyjka maciczna gruba, twarda, bolesna przy dotykaniu; usta maciczne przepuszczają swobodnie palec; ciało macicy duże, ruchome w tyłopochyleniu. Po założeniu lusterka widać na szyjce rozległe owrzodzenia, miejscami pokryte wybijającą ziarniną, krwawiące przy dotykaniu; z kanału wydziela się żółto-zielonawa cięgnąca się ciecz; hysterometria—8; przy delikatnem wprowadzeniu zgłębnika do kanału lekkie krwawienie.

Rozpoznanie: *Endometritis granulosa cum erosionibus ostii externi colli uteri.*

Zaleciłem 2 razy dziennie przestrzykiwania z wody przegotowanej z dodatkiem kreoliny (*Creolini 2,0, Spiriti vini 16,0. M. D. S.* po 30 kropel do litra wody) i zapędzłowałem kanał i owrzodzenia za pomocą zgłębnika, owiniętego watą i zmoczanego w 10% roztworze thiolu w glicerynie.

18/IV. Wydzieliny obfite; pędzlowanie thiolem.

28/IV. Chora nie była dni 9; uskarża się na bóle większe; badanie wykazuje większe rozrانیenia ust macicznych (był stosunek, po którym chora uczuła się znacznie gorzej). Oprócz tego uskarża się na ciągle parcie i chęć do oddawania moczu. Zalecono spokój, okład gorący na dolną część brzucha i wewnątrz proszki (*Extracti Hyoseyami + Extracti Cannabis indicae aa 0,03*) i zapędzłowano thiolem (10%).

30/IV. Silne krwawienie (chora prała i dźwigała cięża-

ry); parcie na mocz przeszło; zalecono *infus. Secal. Cornuti* i okład zimny.

3/V. Chora czuje się znacznie lepiej; owrzodzenia krwawią; thiol (20⁰/_o).

5/V, 7/V, 9/V, 11/V — polepszenie małe — thiol (20⁰/_o).

3/V. Chora czuje się znacznie lepiej; odpływy zmniejszyły się; owrzodzenia b. lekko krwawią; thiol (20⁰/_o).

16/V. Kanał znacznie się zwężył (zglębnik, owinięty watą dość trudno przechodzi); owrzodzenia wcale nie krwawią; — thiol (20⁰/_o).

18/V. Obrzmienie szyjki znacznie mniejsze; rozranienie zabliznia się; — thiol (20⁰/_o).

21/V. Wydzieliny b. nieznaczne; krwawienia nie ma wcale; bóle w krzyżu zupełnie ustały; kanał wązki; — thiol (20⁰/_o).

23/V. Regularność.

4/VI. Chora b. zadowolniona, ponieważ peryjod był niebolesny, 4 dni tylko trwający; wydzielin nie ma żadnych; rozranienie b. nieznaczne; — thiol (10⁰/_o).

8/VI. Owrzodzenia znikły; — thiol (10⁰/_o).

15/VI. Szyjka nie obrzmiała wcale; kanał wązki i przy wprowadzeniu zglębniaka nie ma krwawienia; odchodów nie ma wcale. Chora — wyleczona. Polecilem jej tylko irygacyje z letniej wody z dodatkiem soli kuchennej.

Przypadek II. E. Ł., żona majstra tokarskiego zjawiała się dnia 1/IV — 91 r.; 9 razy rodziła; 8 razy poroniła w przeciągu 14 miesięcy (I w 2 im, II w 3-im i III w 2-im miesiącu). Ostatnie poronienie 5 tygodni temu. Uskarża się: na silne upławy, wyczerpujące ją bardzo, ogólne osłabienie i na ból przy stosunku.

Przy badaniu ciała macicy powiększone, ruchome, w przedpochyleniu, niebolesne przy ucisku; sklepienie wolne, szyjka duża, obrzmiała, czerwono-siwa, rozpulchniona; na powierzchni owrzodzenia słabo krwawiące; kanał maciczny szeroki (łatwo przepuszcza gruby zglębnik); krwawienia z kanału nie ma, tylko wydziela się obficie żółto-białe, ciągnące się śluz.

Rozpoznanie: *Endometritis post abortum cum erosionibus colli uteri.*

Zalecilem przestrzykiwania z kreoliny, jak w poprzednim przypadku i zapędzowanie kanału i owrzodzeń 10⁰/_o thiolem.

7/IV. Zmiany żadnej nie ma.

9/IV, 11/IV — mała różnica, 14/IV — regularność, która trwała do dnia 18/IV; wydzielin obfite, szyjka zbladła, owrzodzenia lekko krwawią; zapędzowałem 20⁰/_o thiolem (chora po zapędzowaniu żadnego palenia, ani też szczypania nie odczuwała).

21/IV. Szyjka znacznie zbladła i zmniejszyła się w objętości; wydzielin ciągnące się, białe żółtawe.

23/IV. Odchody przy przestrzykiwaniu małe; po założeniu wziernika z kanału macicznego wydziela się śluz.

20⁰/_o thiol.

25/IV. Owrzodzenia dolnej wargi zupełnie prawie znikły;—20⁰/₀ thiol.

27/IV. Usta maciczne mało obrzmiałe; orificium externum znacznie zwężone,—20⁰/₀ thiol.

5/V. Chora nie była u mnie przez parę dni z powodu regularności; regularność trwała dni 8, była bardzo obfita; krew odchodziła kawałami. Usta maciczne wcale nieobrzemiałe; owrzodzenia na górnej wardze znacznie się zmniejszyły;—20⁰/₀ thiol.

7/V. Śluz wydziela się w małej bardzo ilości, biało-żółtawy;—10⁰/₀ thiol.

10/V. Oochody bardzo małe;—10⁰/₀ thiol.

Od 12/V—17/V—regularność bez boleści.

19/V, 22/V, 25/V do 1/VI było polepszenie z każdym dniem.

1/VI. *Badanie*: wydzielin prawie nie ma; obrzmienie znikło zupełnie, na górnej wardze jedno małe owrzodzenie, wielkości ziarnka prosa; kanał zupełnie zwężony (przechodzi łatwo zwykły zglębnik);—10⁰/₀ thiol.

Chorą widziałem 4/VI, 7/VI, 10/VI, 13/VI, 16/VI i 19/VI, była zupełnie już zdrową; żadnych owrzodzeń, żadnych wydzielin i żadnych boleści.

Przypadek III. P. M. W., lat 25, żona dyr. fabryki; rok zamężna; zajścia nie było wcale; uskarża się na ból przy stosunku.

Badanie wykazało: *Endometritis catharralis et colpitis* i jedno małe owrzodzenie na górnej wardze, wcale nie krwawiące. Zaleciłem przestrzykiwania z kreoliny, pędzlowanie co drugi dzień thiolem (10⁰/₀) i tampony co drugi dzień zmoczone w 10⁰/₀ thiolu.

Po 5 posiedzeniach (pędzlowania kanału i owrzodzeń), owrzodzenia zagoiły się zupełnie i odchody znikły.

Przypadek IV. P. A. B., lat 29, żona urzędnika; rodziła 3 razy; 2 razy poroniła; uskarża się na białe upławy, na ból przy stosunku, na bóle w prawej pachwinie.

Badanie pokazało: *Endometritis catharralis, erosiones labii superioris ostii uteri et parametritis dextra*. Zastosowałem przestrzykiwania z kreoliny, pędzlowanie co drugi dzień na noc tampon z 10⁰/₀ thiolu. Po 6 posiedzeniach odchody prawie zupełnie znikły, owrzodzenia zagoiły się, a wysięk w sklepieniu prawem znacznie zmniejszył się (ruchomość macicy w lewo dużo większa). Po 10 dniach chora zjawiła się do mnie i wysięku wcale nie znalazłem; macica była zupełnie ruchoma (chora, prócz powyższej kuracyi, brała kąpiele ciepłe co 2 dzień).

Przypadek V. P. R., lat 30, żona handlarza z Ochoty, rodziła 3 razy, ostatni raz 6 lat temu. Uskarża się na ból w lewej pachwinie, od 3 tygodni trwający, osobliwie przy chodzeniu, i na nieznaczne białe upławy, a także na utrudnione stolce.

Badanie wykazało: *Parametritis posterior et sinistra*. Macica mało ruchoma. Zastosowałem kąpiele ciepłe co drugi dzień

i tampony z thiolu (10^{0/0}) codziennie na noc, — rano zaś przestrzykiwania z gorącej wody (32° R.). Po 8 dniach chora zjawiała się, uskarżając się na małe polepszenie; zaleciłem to samo dalej wykonywać; po następnych 8 dniach chora twierdziła, że jest znacznie lepiej, macica zaś okazała się więcej ruchomą. W 13 dni później chora znów była, twierdząc, że jest zdrową i że nie ma bólów przy stolcu. Badanie pokazało: ruchomość macicy w prawo i w lewo zupełne, w tylnym sklepieniu resztki wysięku pozostały.

Z 47 chorych, leczonych thiolem miałem tylko o 19 pewne dane, reszta albo w połowie kuracyi przestała chodzić, albo też przy końcu.

Wspomniane 19 chorych miały następujące cierpienia:

- 1) Endometritis post abortum—5 przypad.
- 2) Endometritis cervicalis cum crosionibus—9.
- 3) Parametritis dextra—2.
- 4) Parametritis sinistra—1.
- 5) Parametritis posterior et dextra—2.

Chore te zostały zupełnie wyleczone.

Nie rozporządzając zbyt wielkim materyjałem nie mogę robić ostatecznych wniosków, lecz pozwolę sobie Sz. kolegom dać małe sprawozdanie z tego, com widział; później może ja, lub który z kolegów, rozporządzający większym materyjałem, poda obszerniejszą pracę.

Stosując thiol w przeciągu trzech miesięcy, przychodzi do następujących wniosków:

A. Thiol działa bardzo dobrze przy owrzodzeniach szyjki macicznej i przy cierpieniach zapalnych błony śluzowej macicy (*endometritis corporis et cervicis*) dla tego: 1) że gojenie owrzodzeń następuje bardzo szybko (w przeciągu dwóch lub trzech tygodni); w tym celu używa się thiolu 10^{0/0}, 15^{0/0} i 20^{0/0} w formie pędzlowań, lub też z roztworu tej samej koncentracyi tampony; 2) że pędzlowania nie wywołują żadnych prawie krwawień, co miewa miejsce przy innych środkach; 3) że po zapędzlowaniu nie ma wcale żadnego bólu, palenia, pieczenia, ani przykrego uczucia, co prawie zawsze bywa przy stosowaniu jodu, azotanu srebra, chlorku cynku, kwasu karbolowego, a także w lekkim stopniu ichtyolu (chore nerwowe po jednokrotnem zapędzlowaniu ichtyolem nie zgadzają się na następne).

B. Thiol dobrze działa przy zapaleniach okółomaciczych chronicznych

z wysiękami dla tego: 1) że pobudza szybsze wessanie wysięków; po trzech, czterech tygodniach wysięki nieznaczne przy stosowaniu thiolu zupełnie znikają; 2) że uśmierza bóle w krzyżu i pachwinach, towarzyszące zwykle tym cierpieniom.

Gotschalk w Berlinie leczył bardzo zastarzałe wysięki thiolem, wprowadzając do pochwy tampony, zmoczone w thiolu, a równocześnie wcierał maść thiolową w dolną część brzucha. Ja zaś tylko zakładałem tampony thiolowe, gdyż wcieranie każdej maści uważać należy za pewnego rodzaju męśnienie, trudno więc byłoby orzec, czemu przypisać działanie. *Gotschalk* radzi zakładać stożki i gątki thiolowe, a także daje thiol wewnątrz w pigułkach.

Mógłby mi kto zarzucić: po cóż używać thiol, gdy mamy ichthyol tak samo działający. Wprawdzie działanie thiolu jest takie same prawie, jak ichthyolu, ale *Gotschalk* w gynecologii, a wielu autorów w dermatologii (*Schwimmer, Stepp, Buzzi*) wyżej stawiają thiol z powodu następujących przyczyn (podzielał w zupełności ich zdanie):

1) Thiol jest zupełnie bez zapachu, wówczas, gdy ichthyol ma odstraszańco nieprzyjemny zapach i zapach ten pogarsza się podczas znajdowania się tamponu w pochwie, a po 24 godzinach wydaje woń bardzo nieprzyjemną (miałem przypadki, gdzie chore po zastosowaniu tamponów ichthyolowych przychodziły na drugi dzień do mnie z płaczem, że muszą mieć raka, albo coś gnijącego w macicy, ponieważ od nich tak straszliwie cuchnie).

2) Thiol nie sprawia najmniejszego palenia, ani szczypania przy pędzlowaniu nawet u osób bardzo nerwowych,—ichthyol niekiedy lekko szczypie.

3) Thiol działa znieczulająco, przy ichthyolu zaś tego nie zauważyliśmy.

4) Plamy thiolowe na bieliźnie łatwo się usuwają za pomocą mydła i ciepłej wody (*Bardet et Delpeche*).

Literatura, co do działania thiolu w dermatologii jest bardzo obfita, co się zaś tyczy gynecologii, to prócz pracy *Gotschalk'a* z Berlina, nic więcej nigdzie nie znalazłem.

Kwiecień 1892.

II. K A Z U I S T Y K A.

Przyczynę do etjologii t. zw. sapki i leczenia jej u ssawców.

napisał

Józef Jaworski.

Asystent szpitala św. Ducha.

W każdym podręczniku chorób wieku dziecięcego, w rozdziale o cierpieniach narządów oddechania, jest mowa o popolitym, bo znanym wszystkim matkom, objawie o t. zw. sapce. Przy zwykłym nawet nieżycie nosa, wskutek obrzmienia błony śluzowej i gromadzenia się w nadmiernej ilości w przewodach nosowych wydzieliny dziecko, jak mówią, sapie, a oddech wskutek podsychania błony śluzowej staje się głośnym chrapliwym. U większych dzieci przebieg takiego kataru zazwyczaj bywa łagodny, natomiast u ssawców sam już nieżyt nosa sprowadzić może groźne następstwa nie tylko dla zdrowia, ale i dla życia dziecka. Pomijając nawet, że ta sprawa chorobowa per contéguatém przejść może na krtań, tchawicę, oskrzela, ale nawet, gdy do tego nie dojdzie, już z powodu samego zatkania przewodów nosowych dziecko oddychać nie może podczas ssania, skutkiem czego przestaje przyjmować pierś, powtórę z przyczyny zniesienia drożności tych przewodów (dziecko takie oddycha na przemian z otwartymi i zamkniętymi ustami) wyczerpują się i ulegają porażeniu siły oddechowej. Momenty te ujemnie wpływają na odżywianie dziecka, sprowadzają też niekiedy niedodmę (atelectasis) płuc i śmierć. Niektórzy autorowie, jak West, Simon, Hüttenbrenner, Baginsky ¹⁾, przypadki t. zw. nagłej śmierci u ssawców tłumaczą wprost nieżytem nosa. Między innymi i w dziełku Bouchuta ²⁾ podaną jest historia choroby 3 tygodniowego dziecka, zmarłego wskutek wyniszczenia i zatrucia kwasem węglowym z powodu przeszkód w oddychaniu uwarunkowanych nieżytem nosa.

Pedjatrzy, jak Steiner, Henoch, Vogel, Baginsky, za przyczynę sapki, resp. zatkania przewodów nosowych u ssawców, podają: zwykły nieżyt pierwotny i wtórny, towarzyszący innym chorobom; a także, jako przejaw chorób ogólnych ustroju: zółżów, przymiotu, nadto wzmiankują o wnikliwych do nosa u ssawców owadach: muchach, pluskwach i t. p., wreszcie, osobne rozdziały poświęcają sprawom nowotworowym. Tak np. Vogel mówi o polipach nosowych u dzieci, które czasami dochodzą do tak znacznej wielkości, szczególniej ku tyłowi, że,

¹⁾ Plötzlicher Tod im Kindesalter. Centralzeitung f. Kinderheilkunde. T. II, str. 405, cyt. u Baginsky'ego.

²⁾ Traité pratique des maladies des nouveaux nés et des enfants à la mamelle par. E. Bouchut 1855 r., str. 282.

sięgając do gardzieli, utrudniają połykanie i oddychanie. Dotyczy to jednak już starszych dzieci. Najmłodsze dziecko, u którego Vogel stwierdził polipy w nosie miało lat cztery ¹⁾. Przyczyna zniszczenia drożności przewodów nosowych u dziecimo miesięcznego dziecka w przypadku, który do nakreślenia niniejszej notatki mi posłużył była inna, niż wyżej wymienione.

W d. 8—IV. b. r. zgłosiła się do mnie o poradę M. Kondr.—wa z 9-miesięcznym dzieckiem. Według opowiadania matki dziecko jej oniemał od urodzenia cierpi na katar i sapkę; sypia z otwartemi ustami; ssie pierś z przerwami; z nosa prawie stale wypływa wodnista wydzielina; w ostatnich czasach dwukrotnie miały miejsce drgawki. Poprzednie czworo dzieci, podlegały tym samym przypadłościom. Dwoje starszych żyło 9 miesięcy; trzecie — dobę; czwarte 10¹/₂ miesiąca. Przyczyny śmierci trojga starszych dzieci kategorycznie nie wskazuje, nadmieniam jednak, iż pomimo opieki i starań, obfitości pokarmu, jaki posiadała, wszystkie niechętnie—podobnie jak i nasz chory—ssały pierś, podpadały stopniowo na odżywianiu, a śmierć następowała przy objawach wyniszczenia ogólnego. Drugie z rzędu dziecko miało również kilkakrotnie drgawki. Wywiady i badanie samej M. Kondr.—owej upoważniają poniekąd do wykluczenia przyniotu w rodzinie i żołzów.

Przy badaniu chorego znajduje: chłopczyk na wiek swój (9-y miesiąc) wzrostu odpowiedniego, sprawia wrażenie dziecka spokojnego, nawet nieco apatycznego; skóra i błony śluzowe dość blade, tkanki tłuszczowej podskórnej ilość mniej, niż umiarkowana; ciemiona—dość szerokie; szwy—widoczne; w klatce piersiowej, kolumnie kręgosłupowej i miednicy—żadnych nieprawidłowości, natomiast kości goleniowe nieco krzywicowate, wygięte pałakowato na zewnątrz; gruczoły limfatyczne podszczękowe, pachowe, pachwinowe, nie obrzmiałe; brzuch umiarkowanie wzdęty, przy ucisku nie bolesny; dwa zęby sieczne środkowe dolne. Przy opukiwaniu i wysłuchiwaniu narządów klatki piersiowej nic nieprawidłowego nie znaleziono.

Jedynemi przeto objawami chorobowemi, na które i matka dziecka nacisk kładzie—jest wypływ wydzieliny śluzowej wodnistej, bezbarwnej i bezwonnej z nosa, sapka i oniemał stale otwarcie szpary ustnej. Do objawów tych w ostatnich czasach przyłączyły się drgawki.

Badanie jamy ustnej za pomocą lusterka wykazuje umiarkowane przekrwienie tylnej ściany gardzieli, a w nosie, może nieco obrzękłym, obrzmieniem błony śluzowej. Po przyłożeniu dziecka do piersi sapanie się wzmagają, oddechanie odbywa się z wysiłkiem, widocznym jest, jak przyjmują w niem udział mięśnie szyi i klatki piersiowej; wkrótce, dziecko, krztusząc się, puszcza z płaczem brodawkę sutkową. Wskutek tego, iż do objawów tych przyłączyły się w ostatnich czasach i drgawki, występujące podczas lub zaraz po karmieniu piersią, dziecko od 3 tygodni ssie tylko 3 razy na dobę, a w przerwach otrzymuje pokarm i mleko z łyżeczki. Cały obraz cierpienia tego, również jak i bezskuteczność stosowania, zalecanych dotychczas środków w postaci

¹⁾ Lehrbuch der Kinderkrankheiten von A. Vogel, 1887 r., str. 194.

szprycowań, maści, okadzań i t. p., a szczególnie ta ostatnia okoliczność, zachęciły mnie do szukania przyczyny owej sapki, tak stale, bo od narodzin dziecka trwającej i nie poddającej się żadnemu leczeniu, w jamie noso-gardzielowej. Jakoż po wprowadzeniu in cavum retro-nasalem końca wskaziciela prawej ręki wyczułem, iż tylne nozdrza są prawie zupełnie zarośnięte miękkimi wyrosłami; wprowadzonym powtórnie małym palcem, stwierdziłem również obecność wyrosli miękkich, krwawiących w bocznych częściach jamy noso-gardzielowej. Po badaniu z nosa pokazała się krew.

Wobec istnienia t. zw. *wyrosli adenoidalnych w jamie noso-gardzielowej*, wskazanie lecznicze pozostało jedno: usunięcie ich na drodze operacyjnej. W tym celu poleciłem stawić się nazajutrz matce wraz z dzieckiem w ambulatoryjum chorób gardlanych w szpitalu św. Ducha. Tutaj dr. Sokołowski, któremu przedstawiłem pacjenta mego, rozpoznanie potwierdził, dokonanie operacji, pomimo młodocianego wieku dziecka uznał za konieczne. Nie zwlekając, przystąpił tegoż samego dnia (9—IV.) w asystencyi d-ra Iwanickiego i mojej --do operacji.

Operacja dokonana została bez narkozy, według zwykłej metody curettą (*Gottsteina*) najmniejszego kalibru. Krwawienie stosunkowo było nieznaczne, a efekt doraźny. Po delikatnem przepłukaniu nosa wodą letnią przegotowaną, przyłożone do piersi dziecko, w ciągu 15 minut bez przerwy ssało; sapka ustąpiła zupełnie w ciągu następujących dni kilku. Dziesiątego dnia po operacji przedstawiłem dziecko kolegom w szpitalu: drożność przewodów nosowych dla powietrza—przywrócona zupełnie; dziecko obecnie (widziałem je raz ostatni 12 Maja) po pół godziny i dłużej ssać może; sypia z zamkniętymi ustami; nie są, drgawki od chwili operacji nie powtórzyły się wcale.

Tak więc przywrócenie drożności przewodów nosowych w tym przypadku wpłynęło znakomicie na stan zdrowia dziecka. Ciężkie, bądź co bądź objawy i zgubne w skutkach, bo podkopujące odżywianie ustroju, po usunięciu wyrosli adenoidalnych znikły zupełnie. Wprawdzie, najbardziej wybitnym objawem była sapka, podtrzymywana ową niedrożnością, jednak z opowiadań matki widać, że dziecko w ostatnich tygodniach kilkakrotnie podlegało drgawkom. Sądzę, iż i ten objaw postawić można w zależności od zasadniczego cierpienia. Nie mam zamiaru rozbiierać tutaj: czy eklampsyja (której w tym przypadku osobiście nie stwierdziłem) powstawała skutkiem chwilowych zaburzeń w krwiobiegu mózgu, bądź na drodze przekrwienia czynnego lub zastójnego żylnego, czy też przez podrażnienie obwodowe nerwu błędnego, mianowicie zakończeń tegoż w krtań i tchawicy lub też nerwów jam nosowych i gardzieli—wydaje mi się jednak słusznem przypuszczenie, że momentem pośrednio wywołującym te napady eklamptyczne mogły być przeskody w akcie oddechania, uwarunkowane niedrożnością przewodów nosowych¹⁾. Już sam ten fakt, że organizm dziecięcy stanowi bardzo czuły mechanizm odruchowy,

¹⁾ Schech. „Die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase“ 1888, str. 284 i 287.

połączenie tych zaburzeń w związek przyczynowy — poniekąd usprawiedliwia.

Czy troje starszych dzieci M. Kondr—ej były również obarczone tem samym cierpieniem—przesądzać nie chcę, wywiady jednak zdają się za tem przemawiać. Z drugiej strony w odosobnej literaturze są wzmianki, że t. zw. wyrosłe adenoidalne bywają wrodzone. Zdania tego są: Bresgen, Lange i Semon, cytowani przez Schecha ¹⁾, który nadto nadmienia, że i dziedziczność odgrywa tutaj ważną rolę, że spostrzegano kilkoro dzieci w jednej rodzinie, podległych temu cierpieniu. ²⁾ Jednocześnie tak obszernie wydawnictwa z dziedziny pedjatrji, jak: Gerhardta ³⁾, F. Rillieta et E. Bartheza ⁴⁾ i nowsze książki, jak A. D'Espine et C. Picot ⁵⁾ nie uwzględniają tego cierpienia.

Tymczasem nie ma zasady przypuszczać, aby cierpienie to i w pierwszych miesiącach życia dziecka zdarzać się miało bardzo rzadko. Wprawdzie Schech ⁶⁾ mówi, że cierpienie to powoli przebiega, że spostrzega się dopiero w kilka lat po urodzeniu dziecka, a powołując się na Loewenberga, podaje następnie, iż t. zw. wyrosłe adenoidalne zdarzają się najczęściej między 5 a 20 rokiem życia. Sam Loewenberg obserwował rodzinę, w której, oprócz matki, cierpieniu temu uległy wszystkie dzieci, z których najmłodsze miało 8 miesięcy. Trautmann zaś stwierdził na sekcji cierpienie to u 10 miesięcznego dziecka. Wobec tego, brak kazuistyki pod tym względem (właściwie zaś arcy nieliczne i niedokładne opisy) ⁷⁾ odniósłbym raczej na niedopatrzenie częstokroć przez lekarza istotnej przyczyny sapki, resp. zatkania przewodów nosowych u ssawców. Tem też radbym tłumaczyć okoliczność, że w etjologii sapki u ssawców wyrosłe adenoidalne nie figurują.

A jednak wczesne i dostępne dla każdego lekarza stwierdzenie cierpienia tego właśnie w wieku, gdy dziecko przez akt ssania otrzymuje pożywienie, i względnie prosty rękoczyn leczniczy, dokonany choćby palcem ⁸⁾, odwrócić mogą groźną

¹⁾ Die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase" 1888 r., str. 118.

²⁾ L. c.

³⁾ „Handbuch der Kinderkrankheiten". T. III, 2. p. (Krankheiten der Athmungsorgane) 1878 r.

⁴⁾ Traité clinique et pratique des maladies des enfants par Rilliet et E. Barthez.

⁵⁾ Maladies de l'Enfance par A. D'Espine et C. Picot, 1889.

⁶⁾ L. c., str. 118.

⁷⁾ Już po napisaniu notatki tej znalazłem w „Revue Mensuelle des maladies de L'Enfance". (November 1891), dosyć niedokładny opis kilku przypadków cierpienia tego u ssawców, leczonych początkowo „maścią" a następnie—operacyjnie. Autorem artykułu tego jest Lubet-Barbon.

⁸⁾ Niektórzy laryngologowie operują wyrosłe adenoidalne w ja-

niekiedy zaburzenia, a zgubne w skutkach, bo podkopujące odżywianie ustroju dziecięcego.
w Maju 1892 r.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Choroby nerwowe.

172. Prof. MAIRET. **O stosowaniu boranu sodu przy padaczce.** (Traitement de l'épilepsie par le borate de soude). (*Progr. Méd.*, nr. 41, 1891 r i nr. 6, 1892 r.).

Boraks, jako środek przeciw padaczce, został wprowadzony do terapii przez lekarzy angielskich i amerykańskich przed dziesięciu laty. We Francji, o ile z literatury wnioskować można, środek ten mało był w tym celu stosowany; w ostatnich dopiero czasach dr. Féré i Dijonat ogłosili swe prace w pomyślnych wynikach leczenia padaczki boraksem. Zachęcony dobrymi rezultatami swych poprzedników, autor stosował boraks u 31 epileptyków w swej klinice w Montpellier z następującym skutkiem:

- 1) U 4 chorych musiał zaniechać stosowania tego środka, ponieważ występowały objawy zatrucia.
- 2) U 5 chorych nie wywołał żadnego skutku.
- 3) U 19 chorych spostrzeżono mniejsze lub większe zwolnienie napadów.
- 4) U 3 chorych na długi przeciąg czasu napady ustąpiły zupełnie.

Ponieważ wszyscy ci chorzy leczeni byli poprzednio bromkiem potasu, więc autor porównywa działanie tego środka z działaniem boraksu.

Ogólnie mówiąc, oba te środki działają w ten sam sposób, to zwiększym, to z mniejszym skutkiem. W dwóch jednak przypadkach bromek działał wprost przeciwnie, aniżeli boraks.

W pierwszym przypadku pod wpływem bromku liczba napadów znacznie wzrosła z 35 do 56 na miesiąc, gdy tymczasem po użyciu boraksu zmniejszyła się do 6. W drugim przypadku przy stosowaniu bromku, ilość napadów właściwych nieco się zmniejszyła, natomiast wystąpiły objawy, których przedtem nie było, mianowicie zawroty głowy; gdy tymczasem boraks u tego samego chorego znacznie zmniejszył ilość napadów, nie wywołując zawrotów.

Porównawszy działanie bromku potasu z działaniem boraksu, autor wyprowadza następujące wnioski:

- 1) W większości przypadków boraks i bromek działają

nie noso-gardzielowej za pomocą palca resp. paznokcia, uprzednio dobrze zdezynfekowanego.

w ten sam sposób: zmniejszają w większym lub mniejszym stopniu ilość napadów.

2) W pewnych przypadkach bromek działa dodatnio, gdy tymczasem boraks zawodzi.

3) W innych znowu przypadkach odwrotnie boraks okazuje się pomocnym tam, gdzie bromek żadnej ulgi nie sprawia, a nawet sprawę pogarsza.

Następnie wyjaśnia autor w jakich to przypadkach padaczki należy stosować boraks, a w jakich bromek potasu.

Padaczka według słów autora występuje w dwóch głównych postaciach: jako nerwica (épilepsie — névrose, épilepsie sine materia) i jako padaczka objawowa, wskutek organicznych zmian w ośrodku nerwowym. Otóż chorzy, u których boraks żadnego dodatniego skutku nie wywarł, gdy tymczasem bromek napady wstrzymywał, są to osobniki, dotknięte padaczką, nerwicą. W przypadkach zaś, gdzie boraks skuteczniej od bromu działał, mieliśmy do czynienia z padaczką objawową.

Wyciągając wnioski ze swych spostrzeżeń nad działaniem boraksu w padaczce, utrzymuje autor, że:

1) Boraks zwalcza i zmniejsza napady padaczkowe nawet przez długi przeciąg czasu.

2) Boraks działa skuteczniej od bromku potasu w padaczkach objawowych.

3) Bromek potasu naodwrot działa skuteczniej od boraksu w padaczkach—nerwicach; w przypadkach tej kategorii należy zwrócić się do boraksu jedynie wtedy, gdy brom nie skutkuje.

Boraks podobnie jak i bromek potasu ma także swoje uboczne działanie, o tem każdy lekarz, zalecający ten środek, dobrze wiedzieć powinien.

To uboczne działanie boraksu ujawnia się ze strony przewodu pokarmowego, skóry, oraz ogólnego odżywiania.

Przy dłuższem podawaniu boraksu chorzy tracą łaknienie, dostają ślinotoku, niekiedy wymiotów i rozwolnienia. Na skórze zjawiają się różnego rodzaju wysypki, chorzy tracą włosy, dostają lekkiego zapalenia łącznie. Waga ciała niekiedy się zmniejsza, upadek ogólnego odżywiania dochodzi czasem do rzeczywistego charłactwa alkalicznego (cachexie alcaline). Na władze umysłowe, boraks żadnego wpływu nie wywiera.

Uboczne to działanie boraksu nie powinno jednak zbyt przestraszać lekarza i dopóki wspomniane objawy nie przyjmą zbyt szerokich rozmiarów można śmiało leczenie dalej prowadzić; wreszcie wystarcza na parę dni wstrzymać kurację, żeby wszystkie te przypadłości, niepokojące chorego i jego otoczenie, zupełnie znikły.

Chcąc uchronić chorego od denutrycyi w czasie podawania boraksu, radzi autor szczególną zwrócić uwagę na odpowiednie odżywianie chorego.

Co się tyczy dawkowania, to autor radzi rozpoczynać zawsze od dawek mniejszych i stopniowo przechodzi dopiero

do większych. Autor zaczyna zwykle od 0,5—1,0, zwiększając dawkę stosownie do tego, jak ją chory znosi. Na zasadzie swych spostrzeżeń uważa autor dawkę 8,0 na dzień za najwyższą, w niektórych jednak wyjątkowych przypadkach podnosił ją do 10,0. Tak wysokie jednak dawki, nawet, gdy tylko do 8,0 dochodzą, nie mogą być przez czas dłuższy tolerowane; to też jak tylko ilość napadów nieco się zmniejszy, należy dawkę natychmiast obniżyć, stosownie do przypadku do 3,0—4,0. Mniejszych dawek od 2,0 nie radzi autor w późniejszych okresach choroby stosować, gdyż te żadnego skutku wywołać nie są w stanie.

Jeżeli po zwalczeniu częstości napadów padaczkowych znacznymi dawkami boraksu i po przejściu, jak o tem mówiono, następnie do dawek mniejszych, napady zaczęły wzmacniać się w swej liczbie, wtedy radzi autor odrazu podnieść zwykłą małą dawkę o 3,0—4,0 nie dosięgając jednak poprzedniego maximum.

Ponieważ boraks ujemnie oddziałuje na przewod pokarmowy, dla tego też ani przed ani po jedzeniu podawanym być nie powinien.

Do boraksu organizm nie przyzwyczaja się tak prędko. Autor podaje boraks zwykle w roztworze, poprawiając smak jego syropem ze skórek pomarańczowych.

H. Kucharzewski.

173. E. LEYDEN (Berlin). **O leczeniu władu rdzenia.** (Ueber die Behandlung der Tabes). (*Ber. Klin. Woch.*, 17—18, 1892 r.).

Na wstępie podaje autor opis rozwoju leczenia władu, zaczynając od czasów Romberga, który pierwszy klinicznie chorobę tę rozebrał i opisał. W owym czasie, oprócz całego arsenału środków lekarskich stosowano ferum candens, oraz inne środki drażniące na krzyż, leczenie zimną wodą, kąpielami mineralnemi. Romberg sam przeciwny był wszelkim zabiegom leczniczym przy władzie rdzenia, jako bezużytecznym, radząc chorych w zupełnym spokoju zostawić.

Pomimo pesymizmu, jaki badacz ten rozsiewał, stosowano w władzie rdzenia dość szczerze kąpiele mineralne (Oynhausen, Teplitz, Gasteinn), które nieraz znaczną ulgi chorym przynosiły. Z wprowadzeniem elektryczności do leczenia chorób nerwowych przez Duchenne'a i R. Remak'a rzucono się do stosowania jej bez krytyki i wyboru w każdym przypadku władu rdzenia. W ten sposób wynajdywano coraz to nowe sposoby i środki, by je również prędko zarzucić: autor wspomina tu o najnowszych z pomiędzy nich: wyciąganie nerwów (Langenbuch), zawieszanie (Moczutkowski), wstrzykiwanie wyciągu z mózgow baranich i t. d.

Następnie przechodzi do szczegółowego rozbioru środków i sposobów, używanych obecnie przy leczeniu władu. Zaczyna od środków lekarskich. Niektóre z pomiędzy nich cieszą się dużą popularnością, jak: saletrzan srebra, jodek potasu, arsenik, sporysz, strychnina; podług autora wszystkie one nie są

w stanie wpłynąć w jakikolwiek sposób na proces chorobowy, ani nawet wyrównać powstałych ztąd zaburzeń.

Do środków farmakologicznych zaliczyć trzeba jeszcze i rtęć, którą niektórzy lekarze u każdego bez wyjątku chorego stosują, wychodząc z tej zasady, że wiał rdzenia jest chorobą rozwijającą się li tylko na tle syfilitycznem. Autor jest przeciwnikiem tej teorii i przytacza tu znane już zresztą do wody, przemawiające na jej niekorzyść.

Do najświeższych nowości terapeutycznych zalicza autor wstrzykiwania z wyciągu mózgow baranich, stosowane jakoby ze znakomitym skutkiem u chorych na wiał rdzenia przez Constantin'a Paul'a.

Leczenie wiału rdzenia kąpielami mineralnemi od najdawniejszych czasów było znane, rokrocznie całe zastępy chorych szukają ulgi w Rehme, Teplitz, Wildbach, Gastein, Nauheim, Kissingen, Akwisgranie a także w innych solankach lub też kąpielach siarczanych. Wybór kąpeli, ich ilość, ciepłota, długość, zależą od każdego poszczególnego przypadku, gdyż normy pewnej ustalić tu nie można. Na równi z termami i hydroterapiją cieszy się zasłużonem uznaniem w leczeniu wiału rdzenia. Po za racjonalnem leczeniem zimną wodą w zakładach wodolecznich, stosuje się ona jeszcze pod postacią kąpeli rzecznych i morskich. Zimną wodę z oględnością i uwagą stosować trzeba dla skuteczności tych zabiegów wodolecznich, dozór lekarski jest co najmniej tak potrzebny, jak zimna woda.

Przechodząc do elektroterapii, autor jest zdania, iż w początkach powstawania tej nowej metody leczniczej, kiedy przypuszczano, że elektryczność jest w stanie wpłynąć na samą istotę wiału rdzenia, na zmiany anatomiczne, stosowano elektryczność w każdym przypadku bez względu na okres choroby. Kiedy jednak oczekiwanego, zbawiennego skutku nie otrzymano, wnet ostygł zapal; większość nawet wpadła w krańcowy pesymizm, odmawiając elektryczności wszelkiego wpływu. I dziś nawet wielu znakomitych neuropatologów bardzo powściągliwie odzywa się o leczniczem działaniu elektryczności w wiału rdzenia. Autor nie zajmuje w tej kwestyi krańcowego stanowiska, podług niego lekarz może w najrozmaitszy sposób spożytkować elektryczność z korzyścią dla swego pacjenta. Natomiast miłośnieniu odmawia wszelkiej racyi bytu nie tylko przy wiału rdzenia, lecz i przy wszelkich innych cierpieniach, uważając masaż co najmniej za zupełnie bezużyteczny zabieg leczniczy, który jedynie wszechwładnej modzie powodzenie swe zawdzięcza.

Chirurgiczne i mechaniczne sposoby leczenia wiału, do których zalicza autor: wyciąganie nerwów (Langenbach), zawieszanie (Moczutkowski-Charcot), wreszcie „metodę Bonuzzi¹⁾ małą, a mówiąc właściwiej, żadnej ulgi chorym nie przynio-

¹⁾ Patrz nr. 2 „Kroniki” z r. b., str. 123. (Przyp. spraw.).

sty. Nie lepszy los przypadł w udziale ortopedycznym zabiegom (Hessing).

Wiele nadziei pokłada autor w leczeniu gimnastycznym, w najszerszem tego słowa znaczeniu. Metodyczne leczenie gimnastyką, specjalnie do tego celu zastosowaną, w połączeniu z przepisami higienicznymi i dietetycznymi nazywa autor leczeniem kompensacyjnym (compensatorische Therapie). Zalecając tę metodę przy wadzie rdzenia, dalekim jest autor od mniemanja, jakoby miała ona wpływać na przemianę wsteczną zwyrodniałych części mleczka, resp. samą istotę choroby zwalczając, podług niego można tym sposobem wyrównać niektóre zaburzenia, zmniejszyć, a nawet usunąć bezład, wzmocnić siłę mięśni.

Autor wspomina nawet o specjalnym zakładzie dr. Frenkla, z całym szeregiem odpowiednich przyrządów do ćwiczenia rąk i nóg.

Leczenie ogólne nie powinno pozostawać w tyle po za specjalnem, troska o ogólne wzmocnienie cielesne i umysłowe jest rzeczą pierwszej wagi; autor szczególny nacisk kładzie na racjonalne odżywianie chorych.

Powikłania stanowią samodzielną część patologii i terapii omawianego cierpienia.

Do najważniejszych powikłań, z którymi lekarz najczęściej do walki stawać musi, zaliczamy rozmaite nerwobóle i tak zwane kryzy żołądkowe (crises gastriques). Autor ostrzega przed używaniem narkotyków, oraz innych antineuralgic, do których organizm łatwo się przyzwyczaja; natomiast radzi lekarzowi podczas napadu uzbroić w cierpliwość siebie i pacyenta, a podczas pauz, często długotrwałych, forsowne odżywianie chorego; ponieważ chorzy wskutek tych napadów ogromnie chudną i tracą na wadze niekiedy po kilkanaście funtów.

Co się tyczy profilaktyki trudno wskazać na jakieś środki lub sposoby, któreby od wjazdu chroniły; inna rzecz, jeżeli już mamy do czynienia z chorobą, rozwijającą się, w pierwszych okresach, wtedy profilaktyka może nieklamane wyświadczyć usługi.

Na zakończenie, rozbierając kwestyję „etyki sztuki lekarskiej”; „czy i o ile jesteśmy zobowiązani objaśnić chorego o istocie cierpienia jego”, powiada autor, że wszyscy na to się zgodzą, że lekarz w tym przypadku nie ma obowiązku prawdy mówić i byłoby barbarzyństwem wymagać od lekarza, żeby prawdę powiedział. Ludzkość jest pierwszym obowiązkiem lekarza, a ta ma za zadanie oświecać promieniami nadziei nieublaganą rzeczywistość.

H. Kucharzewski.

174. LEYDEN. **Odczyn połowiczny źrenic.** (Ueber die hemiopische Pupillenreaction Wernicke's) (*Deutsche Medic. Wochenschr.*, nr. 1, 1892).

W roku 1883 Wernicke ogłosił pracę, w której na zasadzie ścisłej analizy stosunków anatomicznych dowodził, że zachowanie się źrenic przy cierpieniach mózgowych z połowicz-

nem widzeniem powinno być różnem w zależności od umiejscowienia sprawy chorobowej.

Ośrodek odruchowy dla zwężenia źrenic znajduje się we wzgórkach czworaczych, i każdy szlak wzrokowy jest z nim związany; dalej, w kierunku dośrodkowym szlak wzrokowy jest znów związany z ośrodkiem korowym (zraz potylicowy); więc, jeżeli przeszkoda na drodze włókien wzrokowych znajduje się po za wzgórkami czworacznymi, łuk odruchowy dla zwężenia źrenic zostaje nienaruszonym i odczyn ich na światło jest zwykły.

Jeżeli jednak przyczyna widzenia połowicznego jest umiejscowiona przed wzgórkami czworacznymi, t. j. w samym szlaku wzrokowym, to łuk odruchowy (dla zwężenia źrenic) odpowiednio do nieczułych połów siatkówek ¹⁾ jest przerywany i przy drażnieniu ich światłem odruch (zwężenie źrenic) nie występuje.

Ścisłych spostrzeżeń, dowodzących słuszności teoretycznych wniosków Wernickego, dotychczas zebrano tylko kilka, dla tego przypadek Leydena, zakończony badaniem pośmiertnym, zasługuje na wzmiankę

69-letnia kobieta po napadzie apoplektycznym wstąpiła do kliniki, gdzie do dnia śmierci przebyła 2 tygodnie.

Rozpoznanie kliniczne brzmiało. Hemiplegia sin. Hemianopsia (homonyma) sin.

Badanie odczynu połowicznego źrenic dało rezultat dodatni, mianowicie przy ostrożnem oświetleniu (za pomocą soczewki) prawych połówek siatkówki źrenice nie reagowały, przy oświetleniu zaś lewych zwężyły się bardzo wyraźnie. Badanie powtórzono kilkakrotnie z powodzeniem.

Sekcja w danym przypadku wykryła ognisko rozmięczenia w prawem jądrze ogoniastem, sięgające do odnogi mózgowej i szlaku wzrokowego, właśnie w tem miejscu, gdzie ostatni obejmuje odnogę.

M. Roteroven.

II. Patologija ogólna i Medycyna wewnętrzna.

175. BRIEGIER i EHRlich. O przenoszeniu odporności za pośrednictwem mleka. (*Deut. Med. Woch.*, nr. 18, 1892).

Kozy są bardzo czule na tężec. Autorzy jednak przekonali się, że, zastrzykując im stopniowo zwiększającą się ilość płynu immunizacyjnego ²⁾, można już po 37 dniach otrzymać

¹⁾ Przy zajęciu prawego szlaku wzrokowego są nieczule prawe połowy obydwóch siatkówek (wskutek niepełnego skrzyżowania się nerwów wzrokowych w Chiasma) mamy Hemianopsia s. Hemipia sin., przy zajęciu zaś lewego szlaku, nieczule są obie lewe połowy—Hemianopsia d. (*Przyp. spraw.*).

²⁾ Jest nim hodowla lasecznika tężcowego, na wyciągu z cielęcej grasicy. (Thymus-Tetanus-Bouillion-Mischung).

(*Przyp. spraw.*).

odporność tak zupełną, że w ciągu następnych trzech tygodni ilość hodowli tęczowej, jaką koza bez szkody dla siebie znie- sie, może stać się 80 razy większą (20,0), niż ta, która potrze- bną jest w warunkach zwykłych do jej zabicia (0,25). Mleko takiej kozy posiada już po 5 tygodniach własność robienia od- pornemi myszy, które się nim karmi. Karmione mlekiem ta- kiem myszy znoszą zupełnie bez szkody dla siebie ilość hodo- wli laseczniaka tęczca 16–24 razy większą od tej, jaka je zwy- kle zabija. Jeżeli mysz zakazić za pomocą zainfekowanej drzazgi i zastrzyknąć jej do jamy otrzewnej nie później niż w 6 godzin 0,1 ccm. mleka immunizowanej kozy, pozostaje ona zdrową. Natury związku, przechodzącego do mleka, a na- dającego zwierzętom odporność, autorzy jeszcze nie znają. Znajduje się on jednak po ścięciu kazeiny w serwatce. Zgę- szczając tę ostatnią, można własności jej ochronne powiększyć, jak widzimy z cyfr autora, co najmniej trzy razy. Znaczenie mleka zwierząt odpornych jest tem większe, że można go mieć przez czas dłuższy sporo i bez trudu w znaczniejszej ilości.

W końcu autorzy nadmienają, że wyniki dodatnie tej samej natury posiadają już dla tyfusu.

W. Janowski.

176. A. BRUSCHETTINI. O wydzielaniu się jadu tęczowe- go przez nerki. (*D. M. Woch.*, nr. 16, 1892).

Autor pierwszy w r. 1890 dowiódł, że krew zwierząt chorych na tęczec posiada własności trujące. Obecnie przyta- cza następujące dowody, że nerki zwierząt chorych na tęczec zawierają dużo substancji trującej i że ją wydzielają z mo- czem. Jeżeli nerki wymoczyć w wodzie przekroplonej i za- strzyknąć kilka jej centymetrów królikowi, występuje typowy obraz tęczca z zejściem śmiertelnem. Nie należy tego przypis- ywać krwi, znajdujacej się w nerce, gdyż ten sam skutek otrzymamy, jeżeli przed początkiem doświadczenia wypłuczemy krew z nerki, zastąpiwszy ją 10% roztworem sody. Mocz zwierząt chorych na tęczec zabijał również króliki przy typo- wych objawach tęczca. Nadto autor zastrzykiwał królikom po 10 ccm. moczu dwóch osobników chorych na tęczec. Otóż oka- zało się, że mocz jednego chorego w samym początku stosowa- nia leczenia antitoksyną tęczca zabijał królika dopiero po 9 dniach, mocz zaś drugiego w tej samej ilości—przed rozpo- częciem leczenia zabijał królika w ciągu 36 godzin, po czte- rech zaś zastrzykiwaniach antitoksyny nie działał wcale. Wi- dzimy więc, że wchłonięty do krwi jad tęczcowy zostaje w znacz- nej części przez nerki wydzielony. Ważny ten ze strony nau- kowej fakt ma też doniosłe znaczenie praktyczne, jako środek rozpoznawczy w przypadkach wątpliwych i jako dający moż- ność ocenienia skuteczności odpowiedniego leczenia.

W. Janowski.

¹⁾ C. Brunner podaje w n-rze 19 „Deut. Med. Woch.”, że ob- serwował w r. 1891 przypadek, w którym nie tylko mocz, ale i ślina chorego na tęczec miała własności trujące. W drugim jednak przypad- ku nie mógł faktu tego stwierdzić. (*Przyp. spraw.*)

177. TIZZONI i CATTANI. O dziedzicznym przenośzeniu odporności na tężec. (*Deut. Med. Woch.*, nr. 18, 1892).

Autorzy mieli w pracowni parę zupełnie odpornych królików, znoszących bez najmniejszej szkody zastrzykiwanie 3 ccm. bardzo jadowitej hodowli żelatynowej laseczników tężca, oraz takąż samą parę białych szczurów. Gdy pary te wydały po 4 potomki, autorzy przygotowali trzykrotnie zgęszczony przefiltrowany wyciąg hodowli lasecznika prątka i zastrzyknęli z tego płynu królikom, mającym 40-45 dni, po $\frac{1}{10}$ do $\frac{1}{2}$ kropli, szczurom zaś, mającym miesiąc po $\frac{1}{20}$ do $\frac{1}{10}$ kropli. Wszystkie zwierzęta pozostały zupełnie zdrowe; tylko jeden królik miał przez krótki czas słabe miejscowe objawy. Użyty dla kontroli odpowiedni królik z rodziców uprzednio nie immunizowanych zdechł w 5 dni po zastrzyknięciu mu $\frac{1}{10}$ kropli tegoż płynu przy klasycznych objawach tężca. To samo stało się z użytymi dla kontroli szczurami po 34 godzinach. Obecnie autorzy obiecują sprawdzić, czy dla nadania potomości wyżej wymienionych własności nie dostateczną będzie odporność jednego z rodziców. *W. Janowski.*

178. A. GILBERT i H. ROGER. Doświadczenia nad odmą piersiową. (*Revue de Médecine*, nr. 12, 1891).

Weil w swej znakomitej pracy o zmianach w oddechu przy sztucznie wywołanej odmie piersiowej (*W. Zur Lehre von Pneumothorax - Deutsches Archiv für klinische Medicin*. Bd. XXV, 1880) pominął objawy, powstające w chwili samego wywołania odmy. Nadto pominięte zostały zmiany w akcji serca i ciśnieniu krwi, oraz zaburzenia w oddechu przy odmie obustronnej.

Autorowie w swych badaniach uzupełnili obserwacje Weila. W tym celu u niechloroformowanego psa w oznaczonym miejscu przecięto skórę, oraz mięśnie międzyżebrowe z oszczędzeniem ściennej opłucnej. Następnie, po otrzymaniu krzywizny oddechowej i ciśnienia krwi, trójgranicem przebito opłucną.

W chwili przebicia prawidłowa krzywizna oddechu, w której oddech odpowiada linii wstępującej prawie pionowo, a wydech — zstępującej zrazu pochyło później prawie poziomo zmienia się na linię wdychu drobno falistą z energiczną tendencją do wznoszenia się. To chwilowe zaburzenie wkrótce się zmienia na zstępującą pionowo linię wydechu, poczem krzywizna staje się prawidłową.

Na krążenie krwi sztucznie wywołana odma wielkiego wpływu nie ma; w niektórych jednak przypadkach zauważono, iż w chwili przedostawania się powietrza do opłucnej ciśnienie krwi obniża się, a skurcze serca stają się rzadszemi i pełniejszemi lub też naodwrot.

Zmiany w oddechu zależą również od tego, czy odma jest otwartą lub zamkniętą. W pierwszym przypadku oddech staje się szybszym i (wbrew normie) pełniejszym. Krzywizna oddechu składa się z linii wstępującej długiej, cokolwiek pochyłej i l. zstępującej pionowo z małym ząbieniem, która kończy się pochyło. Przy odmie zamkniętej oddech staje się wol-

niejszym od normy i a fortiori od takowego przy odmie otwartej; ruchy oddechowe pełnieją, mniej jednak, niż przy tej ostatniej. Linija wdechu wznosi się cokolwiek pochyło, zaś l. wydechu spada prawie pionowo i, tworząc małą płaszczynę lub zażębie, kończy się pochyło, prawie pionowo.

Przy odmie obustronnie zamkniętej oddech jest częstszym, mniej głębokim i „dykrotycznym”.

W razie kombinacji odmy zamkniętej z otwartą przy wdechu klatka piersiowa nadzwyczajnie się rozszerza. Linija wdechu prawie pionowa jest dwa razy dłuższa od normalnej, l. wydechu spada pionowo, formując małe ostre zażębie; ruchy oddechowe przedzielone są pauzami.

Jeżeli odma piersiowa jest obustronnie otwartą, typ oddechu nie różni się od poprzedniego; jedynie pełność jego zwiększa się w trójnasób. *M. Waskiewicz.*

179. Dr. BIESENTHAL i SCHMIDT (Berlin). **Piperazyna przy dnie i kamicy moczowej.** (*Berliner klinische Wochenschrift*, N. 52, 53—1891).

Dawno zostało dowiedzionem, że ostateczną przyczyną tak dny jak i kamicy moczowej jest nagromadzenie się w ustroju kwasu moczowego resp. moczanu sodu, trudno rozpuszczalnego.

Ponieważ moczan alkaliu chociaż trudno, lecz w porównaniu z kwasem moczowym jeszcze stosunkowo najłatwiej się rozpuszczają, przeto oddawna tak przy dnie jak i kamicy moczowej podstawę leczenia stanowiły szczawy.

Lecz rozpuszczalność moczanów alkaliu nie jest bardzo znaczną. Szczawy tworzą zawsze w obecności nadmiernej ilości kwasu moczowego kwaśne, trudno rozpuszczalne sole. Oprócz tego znane są szkodliwe następstwa, jakie pociąga dłuższe użycie szczaw nie tylko dla żołądka, lecz i dla krwi, szkodliwe następstwa, jakie pociąga dłuższe użycie szczaw nie tylko dla żołądka, lecz i dla krwi, ga wyszukania z pomiędzy organicznych substancyj środka, któryby mógł zastąpić szczawy, a szczególnie litynę. Po długiem bezskutecznem szukaniu udało się nareszcie jednemu z autorów wykryć w piperazynie środek, rozpuszczający wielkie ilości kwasu moczowego, a przytem posiadający sprzyjające fizykalno-chemiczne i fizyjologiczne warunki dla terapeutycznego użycia.

By piperazyna okazać się mogła środkiem odpowiadającym wielu warunkom, wymaganym przy leczeniu dny i kamicy moczowej, należało od niej żądać:

1) by z nadmiarem kwasu moczowego zawsze tworzyła sole obojętne, nie trudno rozpuszczalne, tylko bowiem w ten sposób spodziewać się można łatwego usunięcia kwasu moczowego i moczanów, trudno rozpuszczalnych z ustroju.

2) by podobne, jak wiele innych organicznych substancyj w ustroju się nie spalała, lecz nierozłożoną przeszła przez ustrój i w ten sposób nie utraciła swej zdolności, rozpuszczalnej.

3) by nie wywoływała w ustroju żadnych zbroceń, lecz była dla niego obojętną.

Otóż, jak to niżej zobaczymy piperazyna odpowiada tym warunkom, a dotychczasowe spostrzeżenia kliniczne stwierdziły teoretycznie poglądy. Zdaje się, że w rzeczy samej w piperazynie znaleziono swoisty lek przeciw dyjatezie moczowej.

Piperazyna ma skład: $\text{NH} \left\langle \begin{array}{c} \text{CH}_2 - \text{CH}_2 \\ \text{CH}_2 - \text{CH}_2 \end{array} \right\rangle \text{NH}$; przedstawia się w postaci masy krystalicznej, podobnej do śniegu, jest zupełnie rozpuszczalną w wodzie w każdym stosunku. Wodny jej roztwór jest prawie bez smaku i nie drażni.

Zachowanie się piperazyny wobec kwasu moczowego, kamieni i złożeń (tophi) dnawych.

Jeżeli do roztworu piperazyny dodać kwas moczowy, takowy w tej chwili się rozpuszcza nawet bez ogrzania. Jeżeli dodawać będziemy do roztworu coraz więcej kwasu moczowego, tak, że przekroczoną zostaje ilość, obliczona dla utworzenia soli obojętnej, w takim razie niezmienny kwas moczowy zostaje zawieszonym w roztworze obojętnym moczanu piperazyny. Rozpuszczalność obojętnego moczanu piperazyny jest bardzo znaczną, tak, że można otrzymać roztwór 1 części soli piperazyny na 50 części wody, gdy kwaśny moczan sody zaledwie przy 15° się rozpuszcza w stosunku 1:2000, a kwaśna sól litynu przy 20° w stosunku 1:360.

Piperazyna przeto pod względem łatwej rozpuszczalności moczanów stoi wyżej od węglanów alkali. Dla przekonania się, czy zachowanie się piperazyny względem kamieni moczowych jest równie pomyślnem, autorzy robili odpowiednie poszukiwania, przyczem okazało się, „że nawet wielkie twarde kamienie, w skład których wchodzi kwas moczowy, rozpuszczają się łatwo w roztworze piperazyny”. Kamieni, złożonych znacznej wielkości nie mieli autorzy sposobności badać. Za to grubo sproszkowany kamień składający się z kwasu moczowego i fosforanów, kłócony z roztworem piperazyny natychmiast się rozpuścił z pozostawieniem ziemistego z fosforanu wapna złożonego osadu.

Że i złożone kamienie ulegają rozpadowi pod wpływem roztworu piperazyny, zdaje się być prawdopodobnem z następującego powodu. Z otrzymanego przez autorów kamienia ważącego 34,3 gramów a złożonego głównie z fosforanu wapna a zresztą ze szczawianu wapna, węglanu wapna, magnezyi i amonu odłamano kawałek jednogramowy.

Odłamek ten w zetknięciu z piperazyną nie rozpuszczał się, lecz przesiąknięty piperazyną skruszył się, z czego wnosić należy, że z kamienia złożonego, w którego skład wszedł kwas moczowy, tenże został wyługowany tak, że cały kamień się rozpadł.

Kamienie, w których skład wchodzi sole kwasu szczawowego i fosforany są zupełnie nierozpuszczalne w roztworze piperazyny. Kamienie cystynowe, wzięte z pęcherza psa rozpuściły się bardzo łatwo.

O ile silniejszą jest rozpuszczalność kamieni składających się z kwasu moczowego w zetknięciu z roztworem piperazyny,

aniżeli w zetknięciu z węglanem sodu, litynu i boraksem, przekonali się autorzy w następujący sposób. Równe mniej więcej kawałki jednego i tego samego kamienia umieszczono w roztworach 1^o/_o ciepłoty krwi piperazyny, węglanu sodu, litynu i boraksu, przyczem otrzymano następujące wyniki:

1) kawałek 0,160 gramów ważący, po 6 godzinach był rozpuszczonym w roztworze piperazyny.

2) kawałek 0,189 gr. ważący dopiero po 48 godzinach był w części rozpuszczonym w roztworze węglanu litynu. Pozostały szkielec, w którym wyraźnie jeszcze było można odróżnić warstwy, umieszczone w roztworze piperazyny szybko prawie zupełnie się rozpuścił.

3) roztwór węglanu sodu nie był w stanie rozpuścić 0,15 kamienia; po 48 godzinach pozostał on tej samej wielkości.

4) kawałek kamienia ważący 0,028, dopiero po 20 godzinach rozpuścił się w roztworze boraksu, lecz i tu pozostał podobnie jak w roztworze węglanu szkielec, który się rozpuścił w piperazynie.

Piasek moczowy wielkości główki od szpilki, w kilka minut rozpuścił się w roztworze piperazyny.

Czy piperazyna wywiera współcześnie korzystny wpływ na sprawy zapalne, które dostarczają materjału do tworzenia się kamieni—nie jest dotąd wyjaśnionem.

Pozostaje jeszcze do wyjaśnienia, o ile *à priori* piperazynie przypisać można wpływ swoisty na dnę. Autorzy dotąd nie byli w posiadaniu dnawych złogów, lecz w pracy Epsteina i Spragne (Archiv Virchowa, tom 125, zeszyt II, 1891) rozbieranem jest zachowanie się dwóch takich złogów dnawych wobec piperazyny. Autorzy ci przekonali się, że 0,2761 gr. takiego złogu rozpuściło się w 150 gramach $\frac{1}{10}$ ^o/_o roztworu piperazyny.

To samo, co poprzednio było powiedzianem o zachowaniu się piperazyny względem kamieni, złożonych z kwasu moczowego, w porównaniu z węglanami sodu, litynu i boraksu, daje się *mutatis mutandis* przenieść na kwas moczowy, zawarty w złogach.

Wykazanie nieszkodliwości piperazyny w ustroju ludzkim.

Podjęte przez różnych autorów (Kobert, Mering, Bardet, Epstein i innych) doświadczenia z dawkami 1 do 3 gramowemi pokazały, że piperazyna nie wywołuje żadnych zaburzeń w ustroju. Chory jeden przyjął przeszło 150 gramów w dawce 1 gramowej dziennie bez żadnej szkody. Epstein, Spragne i Heubach stwierdzili, że przy dawce 1 do 2,5 gr. następuje bardzo nieznaczne powiększenie substancji azotowych w moczu. Autorzy szeregiem doświadczeń przekonali się, że nawet przy większych dawkach piperazini puri nie następuje niepożądany rozpad białka. Po przekonaniu się na samych sobie, że nawet 6 gramowe dawki, na raz użyte, nie spowodowały u nich żadnych zaburzeń, autorzy badali mocz młodego zdrowego mężczyzny, który przez 17 dni miał oznaczoną dyjetę na zawartość substancji azotowych i kwasu moczowego przed i po

6 dniowem użyciu 6 gramów piperazyny dziennie. Wynik doświadczeń był następujący. Waga ciała wynosiła przed podaniem piperazyny 64 kilogramów po piperazynie 63½ gramów; ilość substancji azotowych nie zwiększona, mocz znacznie mniej kwaśny; piperazyna zawsze dała się wykazać w moczu w wielkiej ilości. Jakkolwiek tak wielkie dawki są dla leczenia bez celu, wszelako doświadczenie powyższe pokazuje, że piperazyna zadawana per os jest nieszkodliwą.

Niezmiennosc piperazyny w ludzkim ustroju.

By piperazyna dała się z pożytkiem stosować do wewnątrz w celu rozpuszczenia złożeń dnawych, konieczną jest obok nieszkodliwości jej niezmiennosc w ustroju.

Ze piperazyna odnalazę się daje w moczu było już wspomnianem. Okazało się dalej, że w ustroju się nie zmienia. Po podaniu jednorazowem 5 gramów większa część piperazyny w ciągu jednego dnia zostaje z moczem wydalona, jednak jeszcze po 6 dniach na pewno daje się wykazać, co byłoby nie możliwem, gdyby ulegała zmianie w ustroju.

Jak nieszkodliwą jest piperazyna dla krwi pokazuje następujące doświadczenie. Królikowi zastrzyknięto pod skórę piperazynę; zwierzę nie odniosło żadnej szkody. Piperazyna po 1¼ godzinach dała się obficie w moczu wykazać.

F. Arnstein.

180. M. MENDELSON. **O rozpuszczaniu kwasu moczowego szczególnie za pomocą piperazyny.** (*Berliner klinisch. Wochenschrift, nr. 16, 1892*).

Dążenie lekarzy do rozpuszczania kwasu moczowego w ustroju za pomocą podawania leków do wewnątrz jest bardzo dawnem. Jakkolwiek udało się wykryć pewną ilość substancji, które w próbowce są w stanie rozpuścić kamienie moczowe, wszystkie one jednak tak przy wewnętrznem, jak i zewnętrznem użyciu u chorego nie są w stanie tego dokonać.

Niedawno fabryka Scheringa dostarczyła nowego środka rozpuszczającego kwas moczowy — piperazynę. Wkrótce potem Ebstein, Brick, Heubach, Schmidt i Biesenthal ¹⁾ i inni gorąco zaczęli polecać piperazynę przy kamieniach moczowych i dyja tezie moczowej.

I, w rzeczy samej, wpływ piperazyny na kamienie moczowe umieszczone w próbówce jest uderzającym, według doświadczeń autora kamień, złożony z moczanów, rozpuszcza się w 10% roztworze piperazyny w ciągu 24 godzin, za to taki sam kamień w roztworze piperazyny w rozcieńczonym moczu w stosunku 10% nierozpuszcza się zupełnie, nawet w moczu osoby długi czas poddanej leczeniu za pomocą piperazyny kamień nie zmienia się zupełnie.

Trzy te próby, zdaniem autora, wystarczają już do przekonania się o bezskuteczności leczniczej tego pod względem chemicznym skutecznie działającego na kamienie moczowe środ-

¹⁾ Patrz ref. w bież. n-rze „Kroniki”.

ka, tembardziej, iż mocza nawet przy dłuższem użyciu leku pozostaje kwaśnym i pod żadnym względem się nie zmienia.

Leczenie zatem za pomocą wewnętrznego użycia piperazyny przy kamieniach moczowych jest zupełnie bezskutecznem.

Przyszedłszy do tego przekonania, autor chciał się przekonać, czy piperazyna nie rozpuszcza przynajmniej chemicznie czystego kwasu moczowego, co by uczyniło ją cennym środkiem leczniczym przy dyjatezie dnawej. Liczne doświadczenia, w tym celu podjęte pokazały, że piperazyna nie jest w stanie rozpuścić czystego kwasu moczowego w moczu. Stąd też widzimy, iż piperazyna ani kamieni, w których skład wchodzi kwas moczowy, ani też czystego kwasu moczowego nie jest w stanie w ustroju rozpuścić.

F. Arnstein.

181. Dr. POSNER. **Leczenie wewnętrzne w chorobach dróg moczowych.** (Die Aufgaben der inneren Therapie bei Erkrankungen der Harnwege). (Berliner Klinik. Sammlung Klinischer Vorträge. Zeszyt 37, 1891).

Ostatniemi czasy nauka o cierpieniach dróg moczowych poczyniła znakomite postępy dzięki udoskonalonym metodom dyjagnostycznym. Równoległe rozwinęło się również świetnie leczenie operacyjne tych cierpień. Znakomite rezultaty, otrzymane tą drogą, zasłепiły do pewnego stopnia ogół lekarski, tak, że poczęto prawie zupełnie zapoznawać w tej dziedzinie znaczenie terapii wewnętrznej. Bądź co bądź kierunek taki jest mylny, podług autora, i to dla bardzo wielu powodów, gdyż jak dyjagnostyka tak i terapija chirurgiczna w chorobach dróg moczowych mają pewne granice, po za które przekroczyć nie mogą. Nie wszystkie np. cierpienia dróg moczowych nadają się do chirurgicznego leczenia, czy to wobec istniejących przeciwwskazań, czy też, że stopień cierpienia nie odpowiada ciężkości chirurgicznego zabiegu. Oprócz tego istnieje cały szereg chorób dróg moczowych, w których leczenie wewnętrzne działa również dobrze, jak i zewnętrzne. Obiedwie te metody nie mogą być nawet przeciwstawione sobie, lecz należy je uważać za uzupełniające się i pomagające sobie wzajemnie. Wychodząc z tych zasad, autor wyznacza trzy kierunki, w których dodatnio może się rozwinąć działalność terapii wewnętrznej przy cierpieniach dróg moczowych: 1) zwalczanie spraw zapalnych w narządach moczowych, 2) zwalczanie spraw rozpadowych, 3) oddziaływanie na odczyn moczu, a więc pośrednio na stany chorobowe, od których zależnym jest odczyn moczu.

Najczęstszem i najistotniejszem z tych wskazań jest pierwsze.

W przypadkach ostrego zapalenia pęcherza i cewki, leczenie środkami wewnętrznemi odgrywa główną rolę, w przewlekłych zaś stanach zapalnych jest ona niezbędnym środkiem pomocniczym dla właściwego miejscowego leczenia, rozporządza bowiem znaczną liczbą leków, z których jedne mają do pewnego stopnia specyficzne działanie, inne stosowane być mogą, jako przeciwnieżytowe. Znany ogólnie jest np. fakt, że pewne odwary roślinne, środki balsamiczne i wody mineralne

posiadają własność łagodzenia częstego i bolesnego oddawania moczu, wywołanego ostrym stanem zapalnym dróg moczowych. Na czem polega kojące działanie ich w tych razach, obecnie jeszcze nie wiemy. Należy jednakże przypuścić, iż własność taką posiadają ostateczne produkty rozpadu tych ciał w ustroju, pod których postacią odnajdujemy je w moczu. Stosowanie jednakże tych środków wymaga nadzwyczaj ścisłej indywidualizacji, gdyż są one w stanie wywołać złe skutki uboczne. Przy podawaniu np. środków balsamicznych należy zwracać specjalną uwagę na stan żołądka. Przeciw *Cubebie* i ol. *Copaivae*, niektórzy mają formalną idyosynkrazyję. Nawet po stosunkowo najstrawniejszym z nich ol. *Santali* powstają niekiedy ciężkie wymioty, utrata apetytu i inne objawy dyspepsy. Innym zaś razem wywołują one różne wysypki na skórze, podrażnienie nerek i t. d. Gdy więc spotkamy jakiegokolwiek bądź przeciwwskazanie do stosowania tych środków, winniśmy dążyć przynajmniej do tego, by usunąć z dróg moczowych pierwiastki, które na mocy doświadczenia powodują drażnienie chorej błony śluzowej. Należy zatem uregulować dyjetę chorego, ponieważ wiadomo, że niektóre jadła i napoje pogarszają zapalny stan dróg moczowych, bądź przez to, że produkty ich rozpadu w ustroju, przechodząc do moczu drażnią błonę śluzową, bądź osłabiają trawienie, a więc pośrednio funkcję organów moczowych. Najodpowiedniejszą dyjetą w takich razach jest dyjeta mleczna. W takich przypadkach wielką również korzyść oddaje leczenie symptomatyczne, dostarczając możliwy spokój organom, zajętem sprawą chorobową. Gdy więc chory męczony jest częstem i bolesnem oddawaniem moczu, morfina, podana do wewnątrz lub w postaci czopków, oddaje znakomite usługi. Innym razem stan zapalny dróg moczowych pogarsza się przy przekrwieniu organów młej miednicy. Stosowanie w takich razach środków przeczyszczających, nie wywołujących przekrwienia miednicy, oddaje znakomite usługi. Autor zaleca tutaj olej rącznikowy, a z wód *Friedrichshall*.

○ Wiele mniejsze znaczenie w omawianych tu cierpieniach ma terapia wewnętrzna przy zwalczaniu spraw rozpadowych, zależnych od bakteryj. Należy przytem zauważyć, że cierpienia tego rodzaju z ostrym przebiegiem nie wymagają specjalnego przeciwnilnego leczenia, ponieważ ustępują przy zwykłym w tych razach leczeniu. W chronicznych zaś przypadkach, większość znanych środków antyseptycznych nie może być stosowana do wewnątrz, gdyż wprowadzone do ustroju w nieszkodliwych dawkach, przechodzą do moczu w nadzwyczaj rozcieńczonym stanie i tracą dla tego przeciwnilne swe własności. Jednakże niektóre z nich np. salol, kwas borowy, sacharina, podane wewnątrz przy fermentacji moczu w pęcherzu, jak zauważono, powstrzymują jego rozkład, traci ona bowiem swój cuchnący zapach w tych razach, prześwieśla się, a towarzyszące takiej sprawie chorobowej bóle znikają. Spostrzeżono również, iż gorączka, powstająca choćby po jedno-

razem wprowadzeniu cewnika do pęcherza u osób cierpiących na zatrzymanie moczu, znika przy podawaniu chininy. Bądź co bądź wszystkie te środki lecznicze same nie są w stanie zwalczyć chronicznych zakaźnych cierpień dróg moczowych; mogą więc tylko odgrywać rolę środków, wspomagających leczenie miejscowe z uwzględnieniem odpowiedniej diety i symptomatycznego leczenia ¹⁾.

Oddziaływanie na odczyn moczu należy do codziennych zadań praktyki. Łatwo możemy zadośćuczynić tym wymaganiom, gdy odczyn moczu jest kwaśny i znacznie trudniej, gdy jest on alkaliczny. Mocz za nader kwaśny uważamy zwykle w tych razach, gdy wkrótce po oddaniu jego tworzy się na dnie naczynia obfity osad kwasu moczowego i jego związków. W tych razach jednak sam odczyn zwykle nie jest zbyt kwaśny, lecz mocz jest zbyt stężony. W takich razach możemy stosować zwyczajną wodę do wewnątrz w celu rozcieńczenia moczu, lub najlepiej podawać alkalię w postaci wód mineralnych. Identycznie postępować należy przy tak zwanej oxallurii, gdy w osadzie znajdujemy nienormalną obfitość szczawianów.

Gdy chodzi o zneutralizowanie odczynu zasadowego moczu lub zamianę go na kwaśny, należy przedewszystkiem rozstrzygnąć pytanie, od czego zależy ten odczyn alkaliczny. Gdy warunkuje się on obecnością wolnego amoniaku, wskutek fermentacji moczu w samym pęcherzu, wewnętrzne leczenie, jak już nadmieniono, odgrywa podrzędną rolę. Gdy zaś odczyn zasadowy moczu należy od obecności w niej stałych alkali, co spostrzegamy np. przy fosfaturii, główny nacisk powinien być położony na terapię wewnętrzną ²⁾.

Fosfaturia najczęściej daje się obserwować przy różnego rodzaju idyosynkrazjach. U jednych osobników np. powstaje ona przy picciu pewnych gatunków piwa, u innych przy spożywaniu pokarmów, obfitujących w krochmal. W razie więc doszukania się tego lub innego momentu przyczynowego, cierpienie to łatwo daje się usunąć przez ustanowienie odpowiedniej diety. Niekiedy fosfaturia zjawia się przy neura-

¹⁾ Zadanie to nabrało wielkiego znaczenia pod względem rozpoznawczym od czasu, gdy Rowsing wykazał, że przy gruźliczem cierpieniu dróg moczowych z łatwością możemy wykryć w moczu laseczników swoiste, gdy zmienimy alkaliczny odczyn moczu na kwaśny. W alkalicznych bowiem płynach laseczniki te barwią się bardzo trudno.

(Przyp. spraw.).

²⁾ Łatwo jest poznać, od czego zależy zasadowy odczyn moczu za pomocą zwyczajnych papierków lakmusowych. Gdy podgrzejemy mocz, to czerwony papierek lakmusowy, trzymany nad parą, zmieni swą barwę na niebieską, gdy alkaliczność moczu zależy od amoniaku i lotnych jego związków, sam zaś mocz po dłuższym ogrzewaniu, uwolniony od tych związków zmienia swój odczyn na obojętny lub kwaśny. Nie otrzymamy tego zjawiska, gdy alkaliczny odczyn moczu zależy od alkali stałych.

(Przyp. spraw.).

stenii. W tych razach środki, zwalczające podstawowe cierpienie, usuwają i fosfaturują.

W końcu autor dodaje, że nawet przy krwawieniach ³⁾ dróg moczowych terapia wewnętrzna może stać się skuteczną przez podawanie odpowiednich środków, o ile krwawienia takie powstają na drodze funkcjonalnej w zastępstwie np. peryjodów u kobiet lub krwotoków hemoroidalnych. Jednakże tego rodzaju przypadki wymagają nader dokładnego wszechstronnego zbadania chorego, by nie doprowadzić go przypadkiem do stanu, w którym każdy radykalniejszy zabieg będzie już spóźnionym.

M. Korzeniowski.

III. Chirurgija.

182 Dr. A. PEYER. **Nerwice gruczo u krokowego.** (Die Neurosen der Prostata). (Berlin. Klinik. Hft., 38, 1891 r.).

Autor rozróżnia trzy postacie zaburzeń nerwowych gruczołu krokowego: 1) nadczulość całego organu, 2) nadczulość części prostatycznej cewki, 3) (Irritabilität) podrażnienie nerwowej mięśni gruczołu krokowego (constrictoris vesicae).

Pierwsza postać spotyka się stosunkowo najrzadziej. Chory tacy bardzo dokładnie umiejscawiają ból w gruczole krokowym, a w pojedynczych przypadkach stale odczuwają jego obecność. Oprócz tego organ ten może być zbiorowem miejscem całego szeregu nieprawidłowych sensacji. Chodzenie np. może wywoływać uczucie naprężenia i ucisku w gruczole krokowym; oglądanie lub słuchanie rzeczy, do których chory ma wstąpienie, wywołuje uczucie bólu, czytanie książek podniecającej treści sprawia uczucie łechtania w gruczole. Niekiedy znów gruczoł krokowy bywa punktem wyjścia dla tych nieprawidłowych sensacji, które następnie rozchodzą się po całym ciele. W trzech tego rodzaju przypadkach, obserwowanych przez autora, objawy te wyrażone były dość typowo. Pierwszy chory np. utrzymywał, że gruczoł krokowy jest u niego najwięcej cierpiącym organem, że każde fizyczne lub umysłowe zmęczenie odczuwa w postaci ucisku lub napięcia w gruczole; dłuższe czytanie, zwłaszcza wymagające pewnego napięcia umysłowego powodowało uczucie podrażnienia i łechtania w gruczole, uczucia te jednakże nie miały charakteru pleciowego. Chory odczuwał je jednocześnie w odbytnicy, cew-

³⁾ W celu rozstrzygnięcia pytania, z kąd pochodzi krwawienie— z pęcherza, czy też nerek, Otis podaje następujący sposób: gdy wstrzyknijemy choremu do pęcherza roztwór kali jodatu i po kwadransie lub $\frac{1}{2}$ godziny odnajdziemy jod w ślinie jego, będzie to dowodzić, iż krwawienie pochodzi z pęcherza, ponieważ tylko błona śluzowa pęcherza naruszona w swej ciągłości, posiada własności rezorbcyjne. Nie znalezienie jodu w ślinie wskazuje na krwawienie z nerek.

(Przyp. spraw.).

ce i powyżej spojenia łonowego. Podrażnienie płciowe często występowało w czasie opieczętowanego stolca zwykle najpierw w gruczole, a następnie chory odczuwał je w dłoniach i na podszewkach. W drugim przypadku chory nie był w stanie podejść do kobiety na ulicy, gdyż pociągało to za sobą nieprzyjemne uczucie przedostawania się moczu w niewielkiej ilości z pęcherza do cewki, z następnym nader bolesnym uczuciem ściskania w okolicy gruczołu krokowego. Powstawanie tego objawu nie miało żadnego związku z myślami erotycznej natury. W trzecim przypadku chory nie mógł słuchać obojętnie opowiadań o nieszczęśliwych zdarzeniach, o trudnych operacjach chirurgicznych, ani patrzeć na rany, ponieważ wywoływało to u niego silne bóle skurczowe w okolicy gruczołu krokowego, przechodzące na cewkę. Chory porównywał bóle te z uczuciem, którego doznaje przy wprowadzaniu do pęcherza metalowych instrumentów.

Badanie wszystkich tych osobników nie wykazało żadnych zmian patologicznych lub wrodzonych zbożeń w narządach moczopłciowych. Badanie moczu również nie dało żadnych wskazówek co do istoty cierpienia. We wszystkich trzech przypadkach objawom ze strony gruczołu krokowego towarzyszyły objawy neurastenii ogólnej.

O wiele częściej od nadczułości gruczołu krokowego in toto spotykamy nadczułości błony śluzowej części prostatycznej cewki. Cierpienie to jak dawniej było znane pod nazwą neuralgii szyjki pęcherza. Cierpienie to, mające za przyczynę podrażnienie błony śluzowej w części prostatycznej cewki, bywa zwykle główną przyczyną rozwijania się neurastenii u podobnych osobników. Trzecia postać — nerwowe podrażnienie mięśni gruczołu krokowego występuje w postaci lekkiego i krótkotrwałego skurczu tych mięśni. Skurcz taki może powstawać przy różnych okolicznościach i pociąga za sobą niemożność oddawania moczu. Jedną z częstszych przyczyn takiego skurczu bywa samowolne powstrzymywanie się od moczu dla jakichkolwiek powodów. Niekiedy wywołuje go silne fizyczne zmęczenie, silny gniew i rozstrój psychiczny.

Zgodnie z Ultzmanem autor twierdzi, iż przyczyną wszystkich tych nerwic gruczołu krokowego są choroby samego gruczołu lub błony śluzowej w prostatycznej części cewki, w postaci zapalenia nieżyłowego tych części, powstałego wskutek trypra lub samogwałtu. Autor dodaje jeszcze, iż podług osobistych jego spostrzeżeń coitus incompletus bywa często przyczyną nadczułości błony śluzowej w okolicy szyjki pęcherza, zbyt częste spółkowanie i ogólne usposobienie nerwowe wywołuje niekiedy trzecią postać omawianych tu zaburzeń gruczołu krokowego.

Na tle wymienionych cierpień rozwija się zwykle ogólna neurastenija. Zadaniem więc terapii jest z jednej strony zwalczanie miejscowego cierpienia, mające na celu zmniejszenie lub doszczętne usunięcie stanu zapalnego gruczołu lub błony ślu-

zowej w okolicy szyjki pęcherza, a z drugiej leczenie ogólnej neurastenii na podstawie ogólnych prawideł.

M. Korzeniowski.

183. B. S. KOZŁOWSKI. **Leczenie konserwatywne i operacyjne gruźlicy stawów i kości.** (Rozprawa na stopień doktorski. Petersburg, str. 214 + str. 114, tablic. 1891).

Rozprawa ta jest szkicem literacko-klinicznym. Po dosyć obszernem streszczeniu stanu kwestyi, zajmującej autora, zestawione są przypadki z klinik akademii lekarskiej petersburskiej, ze szczególnem uwzględnieniem leczenia zachowawczego.

Wszystkich przypadków zestawiono 272 (182 mężczyzn i 90 kobiet). W przypadkach tych cierpienia gruźlicze kręgosłupa, kości: ramieniowej, przedramieniowych, miednicy, biodra, голени—leczone zachowawczo. Wszystkie zaś stawy kończyn, kości ręki i stopy i postaci wieloogniskowe—konserwatywnie lub operacyjnie.

W grupie pierwszej, leczonej jedynie zachowawczo, terapia dała stosunkowo dobre wyniki, albowiem ¹⁾:

| | % wyników dodatnich | % wyników ujemnych |
|-----------------------------|---------------------|-------------------------------------|
| w cierpieniach kręgosłupa | 73,5 | 26,5 |
| „ k. ramieniowej | 75 | 25 |
| „ k. przedramienia | 100 | 0 |
| „ miednicy | 75 | 25 |
| „ biodra | 85,7 | 14,3 |
| „ голени | 80 | 20. |
| Postaci wieloogniskowe dały | 46,6% | wyników dodatnich, a 53,3—ujemnych. |

W grupie drugiej, leczonej bądź zachowawczo, bądź operacyjnie wyniki były następujące:

| Wynik: | Dodatni | | Ujemny | |
|------------------|----------|------------|----------|------------|
| | Konserw. | Operacyjn. | Konserw. | Operacyjn. |
| | % | % | % | % |
| Klatka piersiowa | 71,5 | 100 | 28,5 | — |
| Barki | 75 | 100 | 25 | — |
| Łokieć | 80 | 85,7 | 20 | 14,2 |
| Ręka | 50 | 66,6 | 50 | 33,3 |
| Biodrowy staw | 71,4 | 57 | 28,5 | 43 |
| Kolano | 83,1 | 60 | 16,9 | 40 |
| Stopa | 58,3 | 83,3 | 41,6 | 16,6. |

Osobno zestawił autor cierpienia gruźlicze stawów i kości u dzieci (do lat 16). Wnioski porównawcze formuluje tak: przy cierpieniu kręgosłupa, klatki piersiowej, stawu barkowego, kości ramieniowej, stawów: biodrowego i kolanowego—wynik leczenia zachowawczego był u dzieci lepszy, niż u dorosłych; przy cierpieniach łokcia i ręki—rzecz się miała odwrotnie. Zauważyć należy, że dane autora sięgają tylko chwili wypisania się chorych ze szpitali. Sterling.

¹⁾ % obliczone w stosunku do sumy chorych na dane cierpienie, leczonych wymienioną metodą.

184. Prof. dr. F. KRAUSE. Leczenie operacyjne ciężkich przypadków gruźlicy kości i stawów według metody Billroth'a. (*Deut. Med. Woch.*, N. 9, 1882).

W leczeniu wrzodów zimnych i gruźlicy kości notujemy znaczny postęp od czasu wprowadzenia przez Billroth'a i Mikulicza wstrzykiwań jodoformowo-glicerynowych.

Doświadczenie kliniczne potwierdza przypuszczenie, że jodoform działa zabójczo na bakteryje i leczy ogniska gruźliczo, lecz tylko w jamach zamkniętych, dokąd powietrze dostępu niema; na ranach zaś odkrytych lub połączonych z powierzchnią ciała za pomocą przetok, środek ten często zawodzi. Tylko w takim razie, jeżeliby fistuła w jakikolwiek bądź sposób (czy to przez szczelne zatkanie jej otworu gazą jodoformową, czy też przez ściśle przylegający opatrunek) mogła być zamknięta dla dostępu powietrza, wtedy na działanie właściwe jodoformu z wielkim prawdopodobieństwem liczyć można.

W ciężkich przypadkach gruźlicy kości i stawów nie można jednak wyczekiwać i polegać na działaniu wstrzykiwań jodoformowych, a należy wprost przystąpić do operacyi i usunąć nożem lub łyżeczką wszystkie zwyrodnione tkanki. Pomimo jednak najtroskliwszej pracy nigdy nie udaje się operującemu usunąć z licznych zagłębień i jam stawowych całej ziarniny. Niekiedy zaś nie podobna usunąć pewnej części tkanki gruźliczej z powodu stosunków anatomicznych, w bliskości jam wielkich lub ważnych organów, zwłaszcza w sąsiedztwie wielkich naczyń.

Postępowanie w takim razie zależnem będzie od tego, czy mamy do czynienia z ogniskiem zamkniętem, czy też z połączeniem z powierzchnią ciała za pośrednictwem przetok.

W pierwszym przypadku po należytem oczyszczeniu pola operacyjnego, otwieramy szeroko główne ognisko i połączone z niem za pomocą fistuła ogniska boczne i staramy się usunąć wszystkie tkanki chorobą zajęte; kość stosownie do wskazania zostaje wyskrobana lub wycięta. Następnie przemywamy ranę sterylizowanym fizjologicznym roztworem soli kuchennej, aby wypłukać masy ze-skrobane. Po należytem zaś oczyszczeniu rany wypełniamy ją szczelnie gazą jodoformową i nakładamy szwy, nie zawiązując ich. Zmoczywszy teraz dobrze gazę (w celu uniknienia krwawienia przy odrywaniu jej od ścian rany), wyciągamy ją ostrożnie, osuszamy ranę i zawiązujemy szczelnie wszystkie szwy, oprócz jednego. Przez pozostały otwór wprowadzamy następnie do najgłębszego miejsca rany metalową rurkę, a przez nią wypełniamy ranę 10% roztworem jodoformu. W końcu wyciągamy rurkę, zawiązujemy ostatni szew i nakładamy lekko uciskający opatrunek.

Jeżeli zaś mamy do czynienia z otwartem ogniskiem gruźliczem, wtedy autor nie stosuje metody Billroth'a zaraz po operacyi, wychodząc z tej zasady, że w fistulach i pośród granulacyi, pomimo laseczników gruźliczych znajdujemy i bakteryje ropotwórcze — strepto i stafilkoki, na które roztwór jodoformowy zabójczo nie działa. Pomimo więc najściślejszego opa-

trunku przeciwnego w ranie powstać może ropienie niebezpieczne dla życia chorego. Autor w takim przypadku po operacji wypełnia szczerlnie całą ranę ze wszystkimi jej zagłębieniami gazą jodoformową i nakłada szew prowizoryczny na 6—8 dni. Otwory fistuła zakrywa przytem sąsiednią skórą, płatami lub wreszcie za pomocą plastycznej operacji. Po kilku dniach dopiero wyciąga zwilżoną dobrze gazę, wypełnia ranę sposobem powyżej podanym mieszaniną jodoformową i szczerlnie zaszywa ranę.

W taki sposób dokonał autor 2 większych operacji:

U kobiety 60-letniej wyciął wewnętrzną $\frac{1}{3}$ część obojczyka, wewnętrzne końce 1 i 2 żebra i lewą połowę rękojesci mostka, przyczem zmuszony był zostawić ziarninę gruźliczą na jajowatym rozszerzeniu żyły szyjowej.

W drugim przypadku u 32-letniego mężczyzny, u którego poprzednio już dokonana była obustronna kastracja z powodu gruźlicy przyjądrza, dokonał rezekcyi stawu łokciowego ze znacznym uszkodzeniem kości. W obydwu przypadkach zagojenie nastąpiło per primam intentionem. J. Zysman.

IV. Choroby weneryczne i skórne.

185. HARDY. Leczenie pryszczycy w szpitalach paryskich. (*La Sem. Med. N. 1, 1892*).

Prof. Hardy zaleca przedewszystkiem leczenie ogólne, tak często dziś zaniedbywane. Arsenik jest środkiem specyficznym i znajdująca powinien zastosowanie we wszystkich postaciach i u wszystkich chorych bez różnicy. Autor oddaje pierwszeństwo roztworowi arsenu ianowego sodu, którego łyżka stołowa zawiera 0,005 środka. Daje się jedną łyżkę dziennie i stopniowo zwiększa dawkę do 10 a nawet 15 miligrammów. Związek ten zazwyczaj bardzo dobrze jest znoszony przez narząd trawienia.

Zachowanie się higieniczne odgrywa ważną rolę. Chorzy powinni unikać zmęczenia i wszelkich pobudzeń: chodzenie szybkie i długie, gimnastyka, polowanie i t. p. wywołując obfite pocenie się, są często przyczyną obostrzeń wysypek. W podobny sposób działają męczące prace umysłowe i długotrwałe czuwania nocne.

Innego zdania jest Fournier, który przypisuje arsenikowi bardzo wątpliwe działanie w pryszczycy.

Pryszczycza jest tylko objawem, zarówno jak kaszel lub dychawica. Cierpienie jest rodzajem zapalenia zwojowego, nieżyłowego, pewnego rodzaju rzerzączką skóry. Należy przedewszystkiem odszukać i poznać przyczyny, które są nadzwyczaj rozmaite (uraz, dna, moczołka cukrowa i t. p.). Gdy to uczyniono, należy przeczekać okres zapalny ostry, łagodząc go środkami kojącymi. W okresie drugim stosować należy maść z tlenku cynku, a przedewszystkiem kau-

czuk. Ten ostatni zaleca się przede wszystkim w pryszczycach chronicznych moszny; suspensorium z kauczuku zadziwiająco szybko sprowadza polepszenie.

Guibout stosuje w okresie ostrym okłady wilgotne, zaledwie ciepłe, które należy przykładać aż do zupełnego wyleczenia. Niezależnie od tego daje do wewnątrz arsenik i środki przeczyszczające.

M. Gaucher, radzi w okresie sączenia przysypywać krochmalem; w fazie tworzenia się strupów—kataplazmy i wanny z krochmalu; w epoce łuszczenia się masę z Hydr. amidato bichlor., zincum oxydatum i Bismuthum nitr. W pryszczycy przewlekłej używa się Ol. Cadini z Ol. amygdalarum w maściach lub czysty. Pryszczycę stawów, opierając się leczeniu dziegiem, powinny być leczone sublimatem 1^o/₁₀ lub 1^o/₂ ^o/₁₀. Dyeta musi być ścisła; środki przeczyszczające, mleko i moczopędne. Pryszczycę u starców i dzieci, a nawet w wieku dojrzałym, jeżeli jest bardzo rozprzestrzeniona, leczyć należy częściowo i ostrożnie. Autor spostrzegł metastazy śmiertelne, występujące po szybkim zniknięciu pryszczycy.

Lailler w ostrym stanie pryszczycy ogólnej wymaga od chorego leżenia w łóżku i ścisłej diety; przy gorączce daje pokarmy wyłącznie mleczne lub z dodatkiem wód alkalicznych, sole wypróżniające, kąpiele, zwyczajne lub rozmięczające krótko trwałe, o ciepłocie umiarkowanej, raz lub dwa razy tygodniowo. W okresie podostrym z gorączką silną, otrzymuje się dobre wyniki przez użycie stałe odzienia kauczukowego, oczyszczanego raz do czterech razy dziennie, stosownie do siły moknięcia, zazwyczaj bardzo obfitego w pierwszych dniach. Nie należy się obawiać tego obfitego sączenia, ani też nieprzyjemnego zapachu, znikają one szybko po kilku dniach. Jeżeli skóra jest mniej czerwoną i nastąpił okres łuszczenia się, opatrunk kauczukowy zakłada się tylko na noc; później miejsca porażone należy smarować wazeliną lub smalcem świeżym, ażeby naskórek delikatny i cienki nie pękał.

Pryszczycza rzadko kiedy jest ogólną; przy miejscowej, leżenie w łóżku jest mniej potrzebne, chyba że cierpienie jest umiejscowione na kończynach dolnych lub mosznie.

Jeżeli pryszczycza ostra przeszła w stan przewlekły lub gdy jednocześnie z pierwszą istnieje ta ostatnia, wskazania są inne. Leczenie wewnętrzne powinno mieć na względzie stan ogólny chorego, ani arsenik ani ichtyol nie posiadają działania swoistego.

Łuski usuwają się za pomocą kauczuku lub kataplazmów z proszku siemienia lnianego, pozbawionego oleju lub otrębów gotowanych. Przy obostrzeniu używają się w ciągu kilku dni środki łagodzące, następnie zamienia się je na dziegieć najprzód z dodatkiem równej części Ol. migdałowego, a następnie czysty dziegieć.

Przygotowywane w ostatnich czasach plastry ułatwiają bardzo robienie opatrunków; najskuteczniejszemi zdają się być z tlenkiem cynku, kwasem salicylowym, dziegiem i salolem.

W pryszczycy uporeczywej powiek i warg opatrunek z kauczuku arkusowego angielskiego jest najlepszym środkiem; także usługi oddaje maska kauczukowa przy pryszczycy na całej twarzy. Gdy sączenie zniknie, maskę zastępuje się przez smarowanie wazeliną i przysypkę talkową lub krochmalową. Przy umiejscowieniu cierpienia na międzykroczu i około otworu stolcowego maść z tlenku cynku w stosunku 1:3 i 1:4 z wazeliną, daje niekiedy dobre wyniki, leczenie jednak musi trwać długo.

Przy silnych bólach zaczerwienieniu i sączeniu, należy zacząć leczenie od środków uspakajających: kataplazmów i kauczuku. Kauczuk jest również bardzo skutecznym w pryszczycy dłoni i podeszwy stóp; dla rąk rękawiczki całe z kauczuku są trudne do noszenia, oddajemy przeto pierwszeństwo miękkim rękawiczkom skórzanym, mającym powłokę kauczukową tylko na powierzchni dłoniowej.

Pryszczycza kończyn dolnych powinna być leczona jak i pryszczycza innych okolic z zachowaniem jednak pewnych ostrożności. Jeżeli cierpienie istnieje z owrzodzeniami goleni, należy najpierw postarać się o ich zabliźnienie. Leżenie w pościeli jest niezbędnem z początku, kończyzna powinna znajdować się na płaszczyźnie wzniesionej, a gdy stan poprawił się o tyle, że chory może chodzić, nakłada się opatrunek z bandaża flanelowego szerokości 8 centym. ściętego skośnie dla utrzymania umiarkowanego unieruchomienia raczej, aniżeli ucisku goleni.

Autor przywiązuje ważne znaczenie do diety i leczenia miejscowego, leczenie wewnętrzne odgrywa rolę podrzędną; chorzy powinni całe swe życie zachowywać nader wstrzemięźliwie, wstrzymać się od pewnych pokarmów, których działanie szkodliwe dobrze jest znane.

Brocq zaleca przedewszystkiem leczenie wewnętrzne u każdego chorego, mówi on, należy brać pod uwagę 1-o grunt; 2-o zmiany miejscowe.

Chorem żółzowatym podaje się tran. Jeżeli tran nie może być używany z powodu upałów — zaleca ulepek jodo tanninowy i arsenian sodu w połączeniu ze środkami gorzkiemi. Artrytykom podaje wody alkaliczne; podagrycy piją przez 8 dni w ciągu miesiąca wodę Vichy Celestin przez następne 8 zaś dni wodę Contrexeville $\frac{3}{4}$ szklanki na godzinę przed każdym jedzeniem; po jedzeniu wodę Royot (Saint. Mart.). Podagrykom, mającym silne obostrzenia pryszczycy, rodzaj napadów podagry skóry, autor daje przez pierwsze dwa lub trzy dni nasilenia chlorek lub bromek chininy w dużych dawkach, następnie przez 8 dni w miesiącu pigułki, z których każda zawiera: Chinini muriat 0,10, Extr. Colchici, Pulv. Digitalis ana 0,01. S. jedną do trzech dziennie; przez resztę czasu litynę.

Artrytykom, dotkniętym pryszczycą przewlekłą, podaje arsenian sodu w połączeniu z lityną i gencyjaną. Wszystkim dyetę ścisłą; w przypadkach ciężkich i uporeczywych dyeta mleczna. Przy niezwykle swędzeniu nalewkę z belladonna, przez

dwa lub trzy dni w tygodniu w ilości 2 do 6-ciu kropli dziennie. We wszystkich przypadkach środki łagodnie czyszczące.

Leczenie miejscowe bardzo się zbliża do zaleconego przez Lailler'a. Jeżeli cierpienie zajmuje fałdy, przede wszystkim gdy ma brzegi ściśle ograniczone, co wskazuje na udział parazytów, działa energiczniej, zaczynając od maści z kalomelu podług nast. formy:

Rp. Calomelani . . . 0,50 do 1,50
Zinci oxydati . . . 3,0
Vassellini . . . 17,0 f. Ungt.

Najpierw używa małych ilości. Po posmarowaniu maścią przysypuje następnie proszkiem. Rp. Zinci oxydati part. 10. Talci pulv. p. 40.

Jeżeli pod wpływem podanego leczenia pryszczycy trwa jeszcze, autor zaleca:

a) na fałdki, maść

Rp. Hydr. oxyd. flavi . . . 0,50 do 1,0
Olei Cadini 1,0 do 4,0
Vassellini 20,0 f. Ungt.

b) na części, pokryte włosami:

Rp. Naphtoli
Camphorae. } aa. 0,30 do 1,0
Resorcini . }
Sulphuris praecip. 2,0 do 5,0
Vassellini 20,0 f. Ungt.

Jeżeli związki powyższe drażnią, powraca do środków miejscowych mniej energicznych.

Brocq stosuje również plastry, najlepsze z nich są z tlenku cynku, a w przypadkach uporczywych plaster z tranu. Ażeby zmniejszyć swędzenie, używają się obmywania z wody gorącej z dodatkiem kwasu karbolowego i maść:

Rp. Essentiae Menthae albo acidi carb. . . 0,50
Vassellini 18,0
Zinci oxydati albi 12,0

M. f. ungt.

Na istniejące rozpadliny zapisuje autor azotan srebra 1:20, następnie lanolinę.

Hallopeau używa prawie takich samych sposobów jak Kaposi i Besnier. W pryszczycach jednak chronicznych, ograniczonych i liszajcowatych, stosuje codziennie plaster czerwony Vidal'a. W pryszczycach podostrych ucieka się do smarowideł osuszających Pick'a. Przeciw pryszczycy łojotokowej radzi miejscowo, jeżeli skóra nie sączy obmywania mydłem dziegciowym i Panama, maść z siarki 4^o/₁₀ i niezależnie od tego, o ile okoliczności pozwalają, ogranicza ilość pokarmów tłustych i zawierających krochmal.

Castel. Niezależnie od środków uspakajających w postaciach ostrych pryszczycy radzi antyseptyczne miejscowo i na kanał pokarmowy (salol, naphтол i t. p.) oraz opatrunek szczelny z waty. W pryszczycach ograniczonych zastosowuje Tinct. Jodii, tak samo postępuje w pryszczycy łojotokowej; następnie

nakłada opatrunek z plastrów bądź słabo działających np. emplast. Ol. jecoris, bądź przeciw pasożytniczych np. emplastr. rubrum, empl. de Vigo.

Teuneson, pryszczycę sączącą stara się przeprowadzić w stan suchy lub luszczący. Ażeby jednak pryszczycę wyleczyć w czasie jaknajkrótszym, skóra powinna sączyć o ile można obficie i jaknajdłużej. Płótno nieprzemakalne, przedewszystkiem płótno kauczukowe, może najlepiej wypełnić powyższe wskazania.

Opatrunek z płótna nie powinien być bardzo obcisły. Jak tylko pod nim występuje swędzenie, zmienia się go lub czyści i nakłada napowrót. Jeżeli pomimo powrotu swędzenia pozostawić płótno na miejscu, to może ono wywołać zapalenie skóry sztuczne, którego unikać należy. Po pewnym czasie sączenia zmniejsza się i powierzchnia skóry staje się suchą pod płótnem, należy wtedy przejść do maści z tlenku cynku lub bizmutu 1:20 i resorcyliny 1:50 ze świeżym smalcem. Wasselina podług autora sprowadza podrażnienie pryszczycy. Jeżeli swędzenie lub luszczzenie powiększa się pod maściami, należy powrócić na kilka dni do kauczuku.

W pryszczycach z silnym podrażnieniem skóry robią się przez kilka dni kataplazmy z krochmalu, później nakłada się płótno kauczukowe.

Pryszczycę suche lub luszczące się należy przedewszystkiem przeprowadzić w stan sączenia, jeżeli można, za pomocą płótna kauczukowego.

Jeżeli pryszczycza wikła się z liszajcem (impetigo), należy najpierw odpowiedniemi leczeniem usunąć to cierpienie. To samo odnosi się do pryszczycy, powiklanej świerzczą, i wszywością.

Wojciechowski.

186. Dr. F. A. RIETEMA z Rotterdamu. **Kilka uwag o stosowaniu rtęci przy leczeniu przymiotu.** (*Monatshefte für prakt. dermat., nr. 12. 1891 r.*)

Autor w swej pracy stawia sobie dwa pytania: 1) czy rzeczywiście jest potrzeba wyszukiwania nowych związków rtęci przy leczeniu przymiotu, 2) czy znane dotychczas przetwory rtęci nie są wystarczające; na pierwsze pytanie odpowiada przecząco, drugie potwierdza.

Omówiwszy środki stosowane przy leczeniu przymiotu w Europie środkowej, autor powstaje przeciwko nierozpuszczalnemu związkowi rtęci, stosowanemu podskórnie, zaznaczając, że chociaż wiemy na razie ilość zastrzykniętego leku, nie wiemy w jakim czasie i w jakich warunkach przechodzi on w związki rozpuszczalne, niebezpieczeństwa więc ostrego zatrucia rtęcią nie możemy nigdy wykluczyć; w literaturze znane są przypadki zatrucia z zejściem śmiertelnym przy stosowaniu tej metody; wydalenie względne, wycięcie miejsca, w które rtęć zastrzyknięto jest niepodobnem.

Stosowanie soli rozpuszczalnych dla podskórnych zastrzykiwań, również jak i weierań autor gorąco poleca.

W pracy swej Rietema główny kładzie nacisk na wewnętrzne stosowanie rtęci, które w Niemczech i Austrii ma

minimalne zastosowanie, nadmienając, że osiągamy za pomocą tej metody dwa główne cele: szybkie usunięcie objawów przymiotu, brak ubocznego działania leku. Użycie związków rtęci poleca dopiero przy ogólnych objawach przymiotu; poleca hydr. oxydulatum tannicum trzy razy dziennie po 0,1 na dawkę; lek stosuje do zupełnego zniknięcia objawów + połowę tego czasu, t. j. jeżeli chory potrzebował do usunięcia objawów cztery tygodnie, to autor podaje jeszcze lekarstwo dłużej przez dwa tygodnie, razem sześć tygodni. Przy nawrotach choroby stosuje też samo lekarstwo lub sublimat w wodnym roztworze 250 miligr. na 250 grm. wody, z tego 3 razy dziennie po 10 do 20 grm., t. j. od 0,03 - 0,06 grm. sublimatu; lekarstwo poleca brać po jedzeniu w szklance wody.

Przy wypadaniu włosów poleca następującą pomadę: hydr. praecip. alb. 4,0. Hydr. bichlor. corrosivi 0,2, vasolini et lanolizer aa, 20,0, ol. rosarum gutt. v. M. D. S. Przed użyciem pomady poleca głowę zmyć słabym roztworem sody.

W czasie wolnym od objawów przymiotu lekarstw nie używa, jednakże w ciągu pierwszych lat dwóch po zarażeniu poleca odbycie trzech swoistych kuracji.

Wł. Kopytowski.

187. Dr. Władysław BIEGAŃSKI. Zmiany we krwi przy przymiocie pod działaniem farmakologicznych dawek przetworów rtęci. (*Archiv für Dermatologie und Syphilis* r. 92 zeszyt I).

Prace w tym kierunku rozpoczęły się dopiero w ostatnich czasach; do pierwszych autorów zaliczyć należy Liégeois i Wilbusiewicza, którzy znaleźli, że przy przymiocie ilość czerwonych ciałek krwi się zmniejsza (hypoglobulia), ilość zaś białych powiększa (leucocytosis). Pod działaniem zaś małych dawek rtęci ilość czerwonych ciałek się powiększa, białych zmniejsza; fakt ten ma miejsce tylko do pewnego czasu przy użyciu rtęci.

Dalsze doświadczenia były przeprowadzone przez Key'a i Schlezinger'a; rezultaty w zasadniczych punktach były zgodne ze zdaniem Wilbusiewicza; Key zaznacza tylko działanie toniczne rtęci. Ostatnia praca, podjęta przez Gaillard'a w klinice Hayem'a wykazała, że pod działaniem przetworów rtęci zadawanych do środka ilość czerwonych ciałek krwi przy przymiocie powiększa się stale do dni 14 (od 300,000 — 700,000 w milimetrze sześciennym), następnie zaś zmniejsza. Ilość hemoglobiny powiększa się aż do dni 24. Gaillard zauważył też samo i u chorej anemicznej wskutek tego, podobnie jak Key, przypisuje tonizację działaniu rtęci.

Wyz wymienione prace mają te wspólne braki, że przetwory rtęci były podawane przeważnie per os, wykluczyć więc działanie rtęci, jako środka do pewnego stopnia drażniącego przewód pokarmowy — względnie przyspieszającego trawienie i wchłanianie — nie można. Autor, pragnąc wypełnić te braki poprzednich doświadczeń przeprowadził badania krwi na chorych, leczonych przy przymiocie wcieraniami i zastrzykowaniami, jak również przeprowadził peryjodyczne badanie krwi chorych na przymiot, pozostawionych przez pewien przeciąg czasu

bez swoistej kuracji. Rezultaty swej pracy streszcza w sposób następujący:

1) Pod działaniem jadu przymiotu ilość czerwonych ciałek krwi przez długi czas pozostaje bez zmiany.

2) Ilość białych ciałek krwi znacznie się powiększa przy przymiocie.

3) Z białych ciałek krwi przy przymiocie przeważnie powiększa się ilość małych ciałek jednojądrowych (lymphocyty), a zmniejsza wielojądrowych.

4) Zabarwienie krwi przy przymiocie znacznie się zmniejsza (mniejsza ilość hemoglobiny).

5) Pod działaniem rtęci ilość czerwonych ciałek krwi znacznym ulega wachaniom, co zależy od zgęszczenia krwi, i nie jest w związku z odżywianiem chorego.

6) Pod działaniem rtęci ilość białych ciałek się zmniejsza i stosunek ich do czerwonych staje się prawie normalnym.

7) Pod działaniem rtęci ilość białych jednojądrowych komórek się zmniejsza, odsetka zaś ciałek białych wielokomórkowych powiększa.

8) Ilość hemoglobiny pod działaniem rtęci znacznie się wzmacnia.

9) Przy anemii, spowodowanej nadmiernem użyciem rtęci czerwone ciała krwi ulegają zmianom w budowie, jako to: podlegają rozpadowi, lub zmianie w wielkości: megalocyty, mikrococyty.

Tak więc Biegański różni się od poprzednich autorów przeważnie tem, że nie znajdował u chorych w pierwszych okresach przymiotu anemii, następnie że przypisuje polepszenie ogólnego stanu chorych nie bezpośrednio rtęci, a pośrednio drażnieniu jej na przewód pokarmowy. Następnie potwierdza zdanie poprzednich autorów Wilbusiewicza i Gaillard'a, że w przymiocie użycie rtęci zwiększa ilość haemoglobiny.

Wł. Kopytowski.

188. Dr. E. WELANDER (Sztokholm). **Wpływ przymiotu i rtęci na nerki.** (*Nord. Med. Arch. T. XXIII, nr. 22*).

Autor zadaje sobie pytanie, kiedy jesteśmy w prawie uważać przymiot za przyczynę zapalenia nerek i dochodzi do przekonania, że jedynie możemy to uczynić na stole sekcyjnym, gdy zmiany anatomo-patologiczne, swoiste dla przymiotu, na to nam pozwolą (np. kilaki, zmiany naczyń krwionośnych). Za życia pacjenta rozpoznanie to może mieć tylko większe lub mniejsze szanse prawdopodobieństwa. Do rozpoznania niezbędne są dwa warunki: 1) że dana osoba cierpi na przymiot i 2) że przymiot poprzedzał zapalenie nerek. Świeże oznaki przymiotu podnoszą prawdopodobieństwo cierpienia nerek, swoistej natury (jeżeli ono egzystuje), brak ich jednak nie wyklucza tego prawdopodobieństwa. Do oznak, przemawiających za cierpieniem swoim, zalicza: ostry początek choroby i równoczesny rozwój innych objawów przymiotu. Dodatni wpływ swoistego leczenia potwierdza rozpoznanie, choć z dru-

giej strony, brak jego nie może służyć jako znak przeciwny.

Z kilku wyżej rzuconych myśli możemy wyciągnąć wniosek, jak trudno jest rozróżnić swoiste zapalenie nerek od zwykłego, powstającego przy przymiocie.

Welander u chorych na syfilis, poleca często dokonywać analizy moczu, a badając takową w ostatnich czasach często doszedł do przekonania, że białkomocz występujący przy przymiocie, w większości przypadków zależy prawdopodobniej od przyczyn zewnętrznych, jak np. przeziębienia lub wewnętrznych, np. wady serca lub użycia rtęci, aniżeli od samej choroby.

Z liczby 384 syfilityków, których autor od r. 1888 badał w szpitalu St.-Gören w Sztokholmie 33 cierpiało na białkomocz; z liczby tej 13 było już chorych przy wstąpieniu do szpitala; z pozostałych 20 u dwunastu autor za przyczynę białkomoczu uważa użycie rtęci, pozostaje 8, u których autor białkomocz stawia w zależności od przymiotu.

Ramberger na 19,000 sekcyi, w 2,430 znalazł zapalenie nerek, a z liczby tej zaledwie 49 przypadków natury swoistej — stanowi to 2%. Fürbringer na 100 syfilityków, u 12 znajdował białko w moczu. Autor na 280 przypadków przymiotu z swej prywatnej praktyki znajdował białko w 14 przypadkach.

Tak więc zapalenie nerek występuje względnie rzadko w skutek przymiotu; białkomocz zaś przy przymiocie nierównie częściej w skutek użycia rtęci i podobnie, jak ma to miejsce z stomatitis mercurialis, indywidualność gra tu ważną rolę.

Z liczby 64 chorych, leczonych rtęcią 30%, nie oddziaływało przy wydzielaniu z moczem rtęci, u 15,5% występował tylko białkomocz, a u 57,5 można było wykryć i wałeczki w moczu. Chociaż Finger utrzymuje, że nerki zawsze oddziaływają przy wydzielaniu rtęci, jak również, że stomatitis mercurialis jest oznakiem dzielności kuracyi, autor nie uznaje zdań tych za słuszne.

Z pracy swej autor wyciąga następujące wnioski:

1) We wczesnych okresach przymiotu białkomocz i wałeczki występują bardzo rzadko w moczu.

2) W późniejszych okresach przymiotu występuje czasami, bez wyraźnych powodów, ostre zapalenie nerek z pojawieniem się w moczu wałeczków krwawych, ziarnistych, stłuszczonek, zapalenie to przypada zazwyczaj równocześnie z wstąpieniem na skórę chorych i w innych tkankach gruzelków syfilitycznych, kilaków. Pod wpływem swoistego leczenia zjawiska te prawie jednocześnie ustępują.

3) Energiczne leczenie rtęcią bardzo często powoduje cylindruriam i białkomocz, które podobnie, jak i stomatitis mercurialis zależą od indywidualności chorego. Brak białka i wałeczków w moczu, podobnie jak zdrowe mięśnie podczas kuracyi rtęcią, nie mogą służyć za kryterjum ilości wchłoniętej

rtęci i pomysłności kuracyi; niezbędne jest w tym celu badanie moczu na zawartość rtęci.

4) Cylindruria i białkomocz w skutek działania rtęci łatwo przemijają, nie pozostawiając na przyszłość usposobienia do cierpienia nerek; chore nerki mogą też w znacznej ilości wydzielać rtęć z organizmu. *Wl. Kopytowski.*

189 Dr. M. HOROVITZ. **O wycinaniu szankra twardego.** (Ueber die Excision des harten Schankers). (*Wien. Med. Presse, nr. 9, 1892*).

W kwestyi wycinania stwardnienia pierwotnego, jako środka zapobiegawczego od przymiotu konstytucjonalnego, panują obecnie w nauce dwa różne zdania. Jedni radzą na tychmiast wycinać stwardnienie, uważając je za objaw czysto miejscowy, z którego dopiero po pewnym czasie rozwija się przymiot; inni znowu uważają owrządzenie pierwotne już za wyraz dokonanego zakażenia ustroju jadem syfilitycznym, podług nich zatem wycinanie racyi nie ma.

Autor przyłącza się do ostatniego obozu. Jeżeli stwardnienie występuje w 3—6 tygodni po zarażeniu się, to nie należy przypuszczać, że jad przez cały ten przeciąg czasu na tem jednym miejscu tylko pozostaje. Dowodzi to jedynie, że odczyn tkanek na jad syfilityczny potrzebuje pewnego przeciągu czasu, żeby w widoczny dla oka sposób wystąpić. Zatrucie ustroju następuje znacznie wcześniej, aniżeli jakiegokolwiek objawy przymiotu się okażą.

Liczne spostrzeżenia, dokonane nad wycinaniem stwardnień pierwotnych, bynajmniej nie przemawiają na korzyść tej metody.

Prawie we wszystkich przypadkach, gdzie należyce rozpoznane szankry twarde z całą starannością doszczętnie wycięte zostały, występowały w swoim czasie zwykłe objawy przymiotu.

Nadzwyczaj mały procent stanowią przypadki, gdzie po wycięciu stwardnienia pierwotnego do przymiotu nie doszło. Lecz ogólnie wiadomo, że są wrzody, noszące wszelkie cechy wrzodów pierwotnych, po których jednak przymiot nie występuje. Bardzo być może zatem, że to one właśnie po wycięciu dały tak zachęcające wyniki.

Umiejscowienie stwardnienia staje niekiedy na przeszkodzie wycięciu, na przykład nie można wycinać wrzodów, znajdujących się na wargach, na żołądki, w cewce moczowej i t. d. Przy wycinaniu stwardnień pamiętać także trzeba, że często nawet po dobrze wykonanej operacyi blizna twardej i tworzy się nowe stwardnienie większych jeszcze rozmiarów na tem samym miejscu. Zależnem to jest od tego, że trudno rzeczywiście określić, gdzie się nacieczona tkanka kończy, a zdrowa zaczyna; nie rozpoznawszy tej granicy dokładnie, pozostawia się niewyciętym kawałek tkanki patologicznie zmienionej, która następnie stwardnieniu znowu daje początek.

Pozbawiając metodę wycinania stwardnienia pierwotnego tak doniosłego znaczenia, jakie niektórzy autorzy jej przypis-

sują, nie można jej jednak odmówić racy bytu, jako miejscowemu zabiegowi, czysto leczniczemu. Wycina się w tym celu nie tylko samo stwardnienie, lecz i zdrowe tkanki w znacznym promieniu, poczem zszywa się ranę i po 3—4 dniach otrzymuje się miękką, linijową bliznę, zamiast zarażliwego wrzodu.

H. Kucharzewski.

V. Wiadomości pomniejsze.

190. Badając krew chorych po zastrzyknięciu tuberkuliny. S. Botkii znalazł, że występuje w niej stale ostra leukocytoza, na której powstanie składają się wszystkie rodzaje białych ciałek krwi. Po wstąpieniu odczynu ilość ich szybko spada do normy. Widywał wtedy autor we krwi wiele form ich rozpadowych, oraz bardzo wiele t. zw. Blutplättchen, które na równi z innymi badaczami uważa za produkty rozpadu białych ciałek krwi: im większą była leukocytoza po zastrzyknięciu i im prędsze jej zniknięcie, tem więcej było we krwi wspomnianych Blutplättchen. Ilość komórek eozynofilowych zwykle się przy tych zastrzykiwaniach nieznacznie tylko zwiększa, może nawet osiągnąć bardzo znacznych rozmiarów 61,7%, jeżeli odczynowi ogólnemu z tuberkuliną towarzyszy wysypka. Ilość komórek eozynofilowych zwiększa się również bardzo znacznie pod wpływem zastrzykiwań u dwóch chorych na dusznicę z gruźliczem zajęciem wierzchołków: we krwi jednego ilość ich doszła do 7%, w płwocinie zaś obojczych do 85%. W kilka tygodni po przerwaniu infekcyi było ich w płwocinie 20% (Deu. med. Wochenschr., nr. 15, 1892).

W. Janowski.

191. Dr. Orsino Manganotti zaleca w „Riforma medica” ichtyolowe wstrzykiwania przy zapaleniu cewki niezakaźnego pochodzenia. Pomimo znacznej liczby przypadków, leczonych w ten sposób, nigdy nie zauważono powikłań ze strony pęcherza, gruczołu krokowego lub też jąder. Wstrzykiwania te prawie nie sprawiają bólu. Stosuje się od 3—5 szprycowań dziennie 1—2—3% roztworu. Najlepsze wyniki dawały przypadki ostre, w podostrych trudniej było pożądanym skutkiem wywołać, szczególnie jeżeli cewka poprzednio do silniejszych wstrzykiwań przywykła. Przeciwno temu preparatowi przemawia jedynie to, że ma zapach nieprzyjemny i że wala bieliznę. (W. M. P. 22).

H. K.

192. W roku zeszłym na zjeździe internistów Litten polecił centryfugę Stenbeck'a do badania płynów patologicznych, sposób ten uzyskał ogólną aprobatę. Obecnie dr. Albu, asystent P. Guttmann'a zbadał wartość i znaczenie centryfugi przy badaniu moczu. Wnioski swe streszcza on w następujący sposób: centryfuga jest doskonałym nabytkiem dla klinicznego badania moczu, ponieważ znakomicie ułatwia tworzenie się osadu w krótkim przeciągu czasu, wskutek czego daje nam możność rozpatrywać niezmienny jeszcze osad moczowy. Dyagnostyka przez centryfugę nie wiele zyskała. (Berl. Klin. Woch. 22).

H. K.

193. Dr. Turban z Davos zaleca następujący przepis przy leczeniu ozaen'y:

Rp. Jodoli cryst.
Acidi. tannici,
Boracis aa. M. f. pulv. D. S.

Z początku po 5—6 razy dziennie, a następnie po 3 razy wciągać w nos po szczypcie. (Therap. Monatsch. nr. 5).

H. K.

194. Dr. Boiffin (Nantes) zdawał na ostatnim kongresie chirurgów francuzkich sprawozdanie z dwóch przypadków **trepanacji kanału kręgowego**. Pierwszy dotyczy 26-letniego mężczyzny ze złamaniem drugiego kręgu lędźwiowego. Rękoczyn chirurgiczny wykonany w 3 miesiące potem polegał na usunięciu wyrostka ciernistego i łuku drugiego i trzeciego kręgu lędźwiowego, wskutek czego obnażono spłaszczony rdzeń. Wkrótce po operacji powróciło czucie w kończynach dolnych, a także władza w mięśniach. Sprawność pęcherza także się poprawiła. Pomimo tego chory umarł w 2 miesiące po operacji na pyelonephritis, wywołany przez wielokrotne kateteryzowanie. Drugi przypadek dotyczy 16-letniego chłopca z chorobą Pott'a trzeciego kręgu szyjowego, u którego wskutek ucisku rdzenia wszystkie kończyny były bezwładne. Po usunięciu wyrostków ciernistych trzeciego i czwartego kręgów szyjowych, nastąpiła poprawa na tyle, że chory w 4 miesiące po operacji zaczął chodzić. (W. M. P. 22).

H. K.

195. Zdarzające się niekiedy **krwawe wytryski nasienia** zwykle przestraszają chorych. Jamin zwraca uwagę, że często nie mają one żadnego związku ze sprawami zapalnymi i powstają wskutek błahych przyczyn: wskutek predko po sobie następujących spółkowań, wskutek długiego powstrzymywania się od stosunków, gdy poprzednio napelnione pęcherzyki nasienne szybko się opróżniają (haemorrhagia ex vacuo), niekiedy wskutek jazdy na welocypedzie. (Ann. des malad. des gén. pr. Novebr. 1891).

H. K.

196. **0 zgorzeli fenolowej** (Carbolgangrän). Frankenburg w sprawie inauguralnej występuje ostro przeciw stosowaniu larga manu kwasu karbolowego. Według jego badań nawet 2—3% roztwory tego środka używane przez czas dłuższy sprowadzają zgorzel, którą nazwał zgorzelą fenolową. Według autora fenol działa na zakończenia nerwów troficznych, oraz na białe i czerwone ciała krwi, niszcząc je zupełnie. Światło naczyń włosowatych wypełnia się rozpadem ciałek krwi, a wkrótce i tętnice wypełniają się skrzepem zupełnie, co prowadzi do zgorzeli. Nasse z Berlina jest tegoż zdania, gdyż w klinikach niejednokrotnie widział przypadki zgorzeli po stosowaniu karbolu. Obaj autorzy protestują przeciw sprzedawaniu karbolu nawet rozcieńczonego bez przepisu lekarza. L. Heidenhain, zauważył z powodu tej pracy, że tak szkodliwie działają na tkankę tylko *mokre*, nie wyciśnięte okłady karbolowe, robione przez profanów na mieście; prowadzą one, rzeczywiście, stosunkowo często do zgorzeli skóry na dość znacznej przestrzeni. Przeciwnie, nakładane ręką chirurga *wilgotne* dobrze wyciśnięte okłady, jak to niezliczone mnóstwo przykładów wykazuje, szkodliwych tych własności nie mają. (D. M. W., nr. 24. Diss. Erlangen 1892, Wien. Med. W. 22).

J. Z.

197. Middeldorff i Goldmann dowiedli znowu nie ulegającej, zdaje się, wątpliwości **identyczności krupu i dyfterytu**. Wykazali oni na ludziach i zwierzętach, że przy obydwóch tych sprawach ma miejsce z początku bardzo silne zapalenie błony śluzowej, prowadzące do odpadnięcia z niej nabłonka. Występujący obficie z mocno podrażnionych naczyń wysięk ścina się na obnażonej powierzchni błony śluzowej i tworzy w ten sposób masy szkliste. Spotykane w niej masy szkliste

są też zmienionym włóknikiem, jak to szereg okresów przejściowych wykazuje. Zmiany w całej błonie śluzowej są też w obydwu sprawach zupełnie jednakowe: polegają one na nacieczeniu drobnokomórkowem, wylewach krwawych i wydzielaniu się włóknika na około naczyń krwionośnych i chłonnych. (D. M. W. 4). W. Jan.

Kronika miesięczna.

— Cholera w Cesarstwie.

W „Gońcu Urzędowym” znajdujemy notatkę o przebiegu epidemii cholery na kresach Cesarstwa, oraz środki zapobiegawcze, jakie w celu opanowania cholery przedsięwzięć należy:

Cholera pojawiła się najprzód w Meszchedzie, a wkrótce potem i w aule Kachka, w pobliżu stacyi kolei zakaspijskiej tegoż imienia, niezależnie od środków ostrożności w okręgu zakaspijskim delegowany został lekarz do Astrabadu dla czuwania nad stanem sanitarnym na pobrzeżu i granicy Rosyi. Urządzono niebawem kwarantannę okrętów i pasażerów w portach Baku i Astarze, a na granicy lądowej w Belasuarze, Dzulfach i Dżebraile—podróżnych, przybywających z Persyi, z uwzględnieniem izolacyi chorych, dezynfekcyi i t. d. Delegowano jednocześnie do punktów obserwacyjnych lekarzy i felczerów z niezbędnymi instrumentami. W celu ochrony pobrzeży m. Kaspijskiego zwiększono znacznie dozór celny i urządzono strażnice w Aszur Ade, Uzun-Ada, Baku, Petrowskie i w Astrachaniu. Lekarze na wzmiankowanych posterunkach mają obowiązek niesienia pomocy chorym. W Astrachaniu przedsięwzięto wszelkie środki ostrożności. W okręgu uralskim urządzono punkty obserwacyjne w Gurjewie i Temirze; na pograniczu z posiadłościami chiwańskimi w m. Kungradzie urządzono kwarantannę dla karawan. W gubernii orenburskiej urządzane są obecnie pokoje dla chorych w razie pojawienia się cholery. W kraju stepowym również przedsięwzięto środki ostrożności i poczyniono kroki, celem urządzenia 6 punktów obserwacyjnych. W Omsku zorganizowano komitet lekarski. Wszystkie środki, które powinny być przedsięwzięte w miejscowościach, gdzie zagraża cholera, stosownie do instrukcyi podanej niżej, wykonane są lub będą niebawem w guberniach: astrachańskiej, saratowskiej, taurydzkiej, w okręgu uralskim, na Kaukazie, a wreszcie w portach m. Czarnego. Ruch kolonistów do okręgu zakaspijskiego i kraju turkestańskiego przez Astrachań, Baku i Orenburg został zawieszony; wzbронiono również dowozu niegarbowanych skór przez Astrachań z portów perskich.

— Z „Gońca Urzędowego” również podajemy *instrukcyję o środkach ostrożności* w miastach gubernijalnych i powiatowych na wypadek pojawienia się cholery. Ministeryjum spraw wewnętrznych zatwierdza organizacyję dla każdej miejscowości oddzielnie: 1) We wszystkich miastach, z należącemi do nich powiatami, przy instytucyach, zajmujących się kwestyją zdrowia publicznego, utworzone być winny komitety sanitarno-wykonawcze. 2) Do składu komisyi wchodzi lekarze, znajdujący się w służbie rządowej. 3) Do obowiązków komisyi należy przedewszystkiem opracowanie planu walki z epidemiją i uzyskanie

w razie potrzeby, odpowiedniego kredytu na zarządzenie środków zapobiegawczych. 4) Komisya projektuje wszelkie środki, zarówno w razie pojawienia się cholery, jak i przedtem. 5) Komisya organizuje potrzebny personel lekarski. 6) Komisya urządza szpitale, lazarety, baraki, zaopatruje je w personel lekarski i odpowiedni inwentarz. 7) Komisya organizuje pomoc lekarską bezpłatną dla ludności biedniejszej. 8) Komisya zajmuje się organizacją niezbędnej dezynfekcyi. 9) Komisya obowiązana jest czuwać nad warunkami sanitarnymi miast. W tym celu bada ona z pomocą władz policyjnych warunki mieszkań, studzien, wodociągi, miejsca ustępowe i t. d., pociągając właścicieli domów w razie wykrycia przekroczeń przeciw przepisom sanitarnym: jednocześnie zaś przedsiębierze odpowiednie środki celem uzdrowotnienia miast. 10) Tu następuje szczegółowa instrukcja, dotycząca środków ostrożności, nad którymi winny czuwać komisye sanitarno-wykonawcze. Oto ważniejsze punkty. Do obowiązków komisyj sanitarno-wykonawczych należy: a) Osuszanie gruntów, usuwanie nieczystości, zasypywanie rowów, dezynfekcja i t. d. Główna uwaga zwrócona być winna na miejsca ustępowe w mieszkaniach, hotelach i na kolejach. b) Czuwanie nad czystością źródeł, studzien i wogóle wody do picia i do użycia codziennego. W miejscach, gdzie istnieją wodociągi, użycie wody ze studzien winno być wzbronione. Odprowadzanie nieczystości do rzek winno być również jaknajsurowiej wzbronione. c) Kontrola nad sprzedażą artykułów żywności. Dozór policyjno-lekarski pod tym względem powinien być wzmocniony. d) Czuwanie nad czystością mieszkań, a zwłaszcza przytułków dla uboższej ludności, domów zajezdnych i t. d. Mieszkania, których warunki sanitarne są nieodpowiednie, powinny być zupełnie zamknięte. e) W razie grożącego niebezpieczeństwa przedostania się epidemii do danej miejscowości władze lokalne winny być zawiadomione przez komitety sanitarne, o ile pożądanem jest zawieszanie wszelkich licniejszych zebrań ludności, jak np. jarmarków, uroczystości kościelnych i t. d. f) W razie epidemii do szkół nie powinny być dopuszczane dzieci z okolic, dotkniętych zarazą. W ostateczności szkoły winny być zamknięte i wykłady zawieszane. g) Czuwanie nad ruchem podróźnych, izolowanie chorych, przestrzeganie środków ostrożności przy grzebaniu umarłych. Szczególna uwaga zwrócona być winna na ludność uboższą, nad której stanem żywotnym winny czuwać komitety sanitarne. Pożądaną jest rzeczą, aby straty, poniesione przez uboższych przy dezynfekcyi mieszkań, mogły być wynagradzane z funduszków publicznych. W czasie trwania epidemii i w 6 tygodni po jej zniknięciu, przywóz z danej miejscowości gałganów, włosia, puchu i t. d., powinien być surowo wzbroniony.

Przytaczamy wreszcie zakończenie instrukcyi:

„Przy wprowadzaniu w wykonanie wszystkich powyższych rozporządzeń należy unikać, o ile możności, rozbudzenia niezadowolenia wśród ludności; natomiast ważnem jest przekonać ją, że wszelkie te środki mają na celu jej dobro.

Równocześnie należy rozpowszechnić to przekonanie, że każdy, kto wykonywa rozporządzenia władzy lekarskiej, kto zachowuje spokój, umiarkowanie, czystość ciała i odzieży i zwraca się niezwłocznie

do lekarza w razie niedomagania, zwłaszcza organów trawienia, nie tylko chroni siebie przed niebezpieczeństwem, lecz i innych.

Komisycje obowiązane są ogłaszać jaknajczęściej biuletyny o przebiegu epidemii.

Byłoby również pożądanem, aby komisycje sanitarne rozpowszechniały jaknajszerzej wiadomości o środkach ratunkowych i anti-choletrycznych wśród publiczności.

Wreszcie szeroki udział komisyci w sprawie dobroczynności publicznej, za pomocą dostarczania uboższej ludności zdrowego i taniego pożywienia, czystej odzieży i t. d., i pociągnięcie do udziału w tem warstw zamożniejszych byłoby rzeczą niezmiernie pożądaną.

— Ze sprawozdania urzędowego ogłoszonego w „Gońcu Urzędowym” dowiadujemy się, iż od dnia 1—23 Czerwca zachorowało na cholery w Kasehka, Aksa-Aschabadzie, Uzun-Uda, okręgu zakaspjskim samarkandzkim, w Baku i Bucharze osób 253, zmarło 106.

— W pociągach kuryjerskich i pośpiesznych Cesarstwa i Królestwa mają być wprowadzeni felczerzy-konduktorzy, których obowiązkiem będzie czuwać nad zdrowiem pasażerów i podawać im pierwszą pomoc w razie potrzeby. Jednocześnie opracowuje się cały projekt organizacji pomocy lekarskiej, który ma być przedstawiony na zjeździe kolejowym międzynarodowym w Petersburgu. (Kur. Warsz.).

— Opracowany został program badania szkół pod względem lekarskim. Mają być na przyszłość badane ze względu na zdrowotność uczniów: miejscowość, gdzie znajduje się szkoła, pokoje szkolne, odzież, obuwie, jadło, higieny wykładów, rozwój fizyczny uczniów i t. d.

— Pisma Petersburskie donoszą, iż w Petersburgu, z powodu pojawienia się cholery na kresach, ma być zwołane nadzwyczajne zebranie lekarzy ziemskich, powiatowych i t. d. z całej gubernii.

— W pracowni chemicznej przy urzędzie lekarskim m. Warszawy, na żądanie osób prywatnych, mogą być dokonywane rozbiory chemiczne produktów spożywczych, win i w ogóle wszelkich napojów, tudzież przedmiotów produkcji fabrycznej i różnych materiałów technicznych, po cenach według taksy przez p. ministra spraw wewnętrznych zatwierdzonej. Osoby interesowane mogą się zgłaszać do urzędu lekarskiego, który udzielać będzie na żądanie odpowiednich świadectw o wynikach analizy. Taksa dla analizy i ilość, potrzebna do rozbioru, są następujące: papiery kolorowe $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ arszyna 2 rs., wędliny i mięso od 30 kop. do 1 rs., wino od 2 do 15 rs., woda 3—5 butelek 5—20 rs., wódka i likiery od 1—2 rs., wosk $\frac{1}{4}$ f. 2 rs., zabawki dla dzieci 2 rs., kakao i czekolada $\frac{1}{4}$ f. od 1—2 rs., cukierki $\frac{1}{4}$ f. 2 rs., kawa i jej surogaty $\frac{1}{4}$ f. od 1—2 rs., farby $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ f. od 1—2 rs., krochmal $\frac{1}{3}$ f. 1 rs., masło krowie $\frac{1}{2}$ f. 3 rs., olej roślinny $\frac{1}{4}$ f. 1 rs., olej mineralny $\frac{1}{4}$ f. 2 rs., miód $\frac{1}{4}$ f. 1 rs., mleko i śmietanka od 1—2 rs., mąka $\frac{1}{2}$ f. 1 rs., mydło 3 rs., piwo i porter od 4—10 rs., produkty korzenne 4 łuty 1—2 rs., wyroby z gumy 2 rs., syropy $\frac{1}{4}$ f. 2 rs., sól kuchenna $\frac{1}{4}$ f. 1 rs., ser $\frac{1}{4}$ f. rs., tkaniny od 2 do 10 wersk. kwadr. 1—2 rs., ocet 1 rs., chleb 1 f. 3 rs., herbata 4 złotych 50 kop., produkty techniczne od 1—2 rs.

— *Utile cum dulci.* Jeżeli jaka chwila, to właśnie obecna nadaje się najwięcej do odpoczynku. Zarówno zwyczaj, jak i klimat zupełnie usprawiedliwiają tę dążność do opuszczania miejsc pracy i szukania

odpoczynku po za areną codziennej działalności. W naszym społeczeństwie myśl ta opanowała już wszystkich i tylko ci, których twarda konieczność przykuwa do miejsca, w tej chwili zostają w miastach. Jedni szukają wytchnienia w lasach i wsiach, zbierając siły do dalszej pracy, inni śpieszą do miejscowości leczniczych, aby odzyskać stracone w walce o byt zdrowie.

I z pośród lekarzy wielu opuszcza swe stanowiska, szukając po wyczerpującej swej pracy chwilki odpoczynku.

Niejednokrotnie zadawaliśmy sobie pytanie, czemu w tym ostatnim razie nie możnaby połączyć ułite cum dulci, czemu z wycieczki letniej nie odnieść korzyści, która nie tylko lekarzowi, jego chorym, ale i całemu społeczeństwu przyniosłaby korzyść. Niejednokrotnie nawet myśl tę podnosiłem w pismach lekarskich, zachęcając współtowarzyszów pracy do zwiedzania zdrojowisk.

Corocznie każdy z nas zmuszony jest wysyłać do wód dziesiątki i setki nieraz chorych, corocznie słyszy też same zapytania o warunki pobytu, kosztą kuracyi, corocznie między zdrojowiskami wybierać musi i to często między takimi, których własności lecznicze są identyczne niemal.

I wtedy właśnie otrzymuje całe stopy reklam z rozmaitych miejscowości leczniczych, gdzie sprytna blaga, przybrawszy pozory uczynności, ludzi go obietnicami, których spełnić nie może. Każdy sumienny lekarz żałuje niewątpliwie, iż osobiście nie mógł sprawdzić chwaleb, podawanych w reklamach, że nie może przekonać się o prawdziwości ogłoszeń, tak hojnie zalewających szpalty dzienników:

Nie jeden z nas, prawdopodobnie, wtedy żałuje, iż nie ma u nas zorganizowanych wycieczek do ważniejszych zdrojowisk, których inicjatywą chępliwą się lekarze austrijscy.

Tam lekarze corocznie, złączeni po kilkadziesiąt osób w partyi, zwiedzają ważniejsze źródła, zarówno w Austrii, jak i ościennych krajach i corocznie z wycieczki, prócz przyjemnych wspomnień, wynoszą korzyść niewątpliwą; w tym roku, na przykład, zwiedzą zdrojowiska w Królestwie: Nałęczów, Busko, Solec i Ciechocinek, oraz niektóre źródła na południu Cesarstwa i limany Dniepru.

I nie tylko dla lekarza praktyka korzyść będzie niewątpliwa, ale i zdrojowiska zyskają na tem nie mało. Każdy z podróżujących widział już wiele urzędzeń, mógł dobre i złe ich strony przez porównanie z łatwością ocenić, jest więc w możności dać Zarządowi cenne wskazówki, tem cenniejsze, iż pochodzą od lekarza praktyka, dokładnie znającego gusta i upodobania swoich pacjentów.

U nas wycieczek takich nie ma; po za wycieczkami ze zjazdów, które żywo stoją nam jeszcze w pamięci na jednolity organizację zdobyć się nie mogliśmy i wielu lekarzy nie ma pojęcia nie tylko o urządzeniach i warunkach bytu zagranicznych zdrojowisk, ale nawet o swoich, które znać przecież jest obowiązkiem.

Kiedy 3 lata temu zwiedzałem zdrojowiska w Królestwie, byłem niemal jedynym lekarzem tego lata, który myśl tę wykonał, starałem się ją rozpowszechnić w broszurze, poświęconej opisowi naszych zdrojowisk i dotąd skutku nie widać.

Czasby jednak skorzystać z doświadczenia obcych, którzy i w tem

nawet nam przodują i wynieść gotowi mniemanie, iż lepiej znają kraj nasz, niż my.

Naturalnie, rozpocząć należy od zdrojowisk krajowych: Ciechocinek, Busko, Solec, Nowe-Miasto, Nałęczów, Sławinek, Ojeów, Nieklań, Złoty Potok, Sławuta, Druskienniki dostarczą lekarzowi wielu przyjemnych wspomnień obok prawdziwej korzyści.

Nie wątpię, iż zakłady zdrojowe poczyniły przygotowania na przyjęcie gości i całą podróż urozmaicić byłyby gotowe, ich to bowiem bezpośrednim interesem. Nie wątpię, iż i koleje poczyniłyby również ustępstwa, a tym sposobem koszt zwiedzenia zdrojowisk byłby nader mały. Z własnego doświadczenia zaświadczyć mogę, iż dla zwiedzenia powyższych zdrojowisk koszt 75 rs. byłby zupełnie wystarczający, nie bacząc na odległość takich miejscowości jak Druskienniki i Sławuta.

Naturalnie, tylko zbiorowa wycieczka może tak małym obejść się kosztem, zwiedzanie ich pojedynczo musi wypaść znacznie drożej. Czas potrzebny na zwiedzenie tych zdrojowisk przy niezbyt forsownej podróży nie przeniesie 3-ich tygodni. W każdej miejscowości można by pozostać od 1—3 dni

Byłby to początek: w następnym roku taż sama partya lekarzy zwiedzićby mogła zdrojowiska galicyjskie, później czeskie i śląskie, a nawet oSzwajcaryję i Adryjatyk zahaczyć w dalszym planie wycieczki.

Że nie brak chętnych, nie wątpię ani na chwilę, brak jednak inicjatywy tylko i osoby, która organizacją wycieczki zajęłaby się chciała. Nie należy tu liczyć na usługi domowe, owszem, najlepiej może wejść w umowę z przedsiębiorcą, który pod kierunkiem obeznanych z balneologiją lekarzy mógłby ułożyć plan i zorganizować wycieczkę.

Jeszcze tego lata myśl mogłaby wejść w wykonanie, a nie wątpię, iż zrazu nieśmiało stawiająca kroki nowa organizacja z czasem wzrosłaby na siłach i corocznie kilka partyj lekarzy zwiedzałoby zdrojowiska.

Wartoby raz nareszcie myśl tę wprowadzić w wykonanie.

J. Zaw.

— „Wręcz” donosi, iż Ministerjum komunikacji przed kilkoma tygodniami zezwoliło, aby wszyscy lekarze i znajdujący się przy nich felcerzy w razie delegowania ich do spraw sądowych i policyjnych korzystali na wszystkich drogach żelaznych z ulg, przysługujących urzędnikom policyi, t. j. z prawa umieszczenia się w oddziałach służbowych pociągów pasażerskich, służbowych i towarowych, oraz na lokomotywie, nie więcej jednak w tym ostatnim razie niż po 2 osoby jednocześnie.

— W Austrii, w chwili obecnej rozpatrują kwestyję dopuszczenia kobiet do czynności aptekarskich.

— W dniu 12, 13 i 14 b. m. odbył się zjazd chirurgów polskich w Krakowie. Sprawozdanie pomieścimy w jednym z następnych numerów.

— W Królewcu na zapytanie ministerjum oświaty wydział lekarski wyraził gotowość dopuszczenia kobiet, jako słuchaczek medycyny.

— W Wiedniu powstał projekt postawienia pomnika Brücke'mu. Składki na ten cel zbiera S. Exner Schwarzpaustrasse 17.

— Milijoner belgijski Solvay, który już dawniej kosztem swoim zbudował pracownię fizjologiczną, obecnie ofiarował pół miliona franków na wybudowanie pracowni fizyki lekarskiej i chemii fizjologicznej. Prócz tego p. Solvay zobowiązał się dostarczyć do pracowni wszelkich przyborów. Fakt ten nie potrzebuje komentarzy i dowodzi, iż nie wszędzie, jak u nas pracownie lekarze swoim kosztem utrzymywać są zmuszeni.

— W stanie New-York wyszło prawo, nakazujące zabijania zwierząt gruźliczych po wypłacaniu należności właścicielowi.

— *Lekarska reklama.* W „Wien. Med. Presse” nr. 22 czytamy: „Münc. Med. Woch.” przedrukowała dosłownie cyrkularz, który lekarz tamtejszy rozesłał akuszerkom monachijskim, polecając się jako specjalista akuzer. Redakcyjna pomienionego pisma ogłosiła ów cyrkularz, a także całe nazwisko lekarza-reklamisty, chcąc go dać poznać nieco szerszemu kołu czytelników, aniżeli to, dla którego pomysłowy akuszer cyrkularz swój przeznaczył. I u nas toby się zdało...

— Fabrykanci pierników we Francji używają przy zarabianiu ciasta dość znacznych ilości chlorku cyny, co pozwala im brać do wyrobów niższe gatunki mąki, oraz melasę zamiast miodu. Ilość ta waha się od 500 do 2,000 grammów na 100 kilogr. mąki, dających 200 kilo pierników. W pierniku z fabryki w Lille, ważącym 200 grm. (ceny 10 cent.) znaleziono 1–2 grm chlorku cyny! Wobec szkodliwości tej domieszki wydane zostało odpowiednie rozporządzenie fabrykantom, oraz stacyjom, badającym produkta spożywcze. Un. 65).

— W Madrycie w 400-letnią rocznicę odkrycia Ameryki, hiszpanie urządzają zjazd lekarski, który składać się ma z 5 sekcyj: 1) historii medycyny, 2) higieny, 3) patologii i terapii, 4) chirurgii i 5) farmakologii. Rękopisy i korespondencje adresować należy: Dr. Sinfioriano Garán Mansilla, Magdalena 19, w Madrycie. Z tematów zasługują na uwagę: O wpływie lekarzy na odkrycie Ameryki, o żółtej febrze i aklimatyzacji, o pasorzytach Ameryki i Europy, o wpływie Ameryki na rozwój farmakologii i t. p. Odczyty można wygłaszać w językach: hiszpańskim, włoskim, francuskim, portugalskim i angielskim.

— Dr. Wolfheim, uprasza autorów, życzących sobie, aby sprawozdania z ich prac były umieszczone w „Berliner klin. Wochenschrift” i „Deutsche Medicinische Wochenschrift” o nadsyłanie mu odbitek pod adresem: Berlin N. W. 94, Invalidenstrasse, Dr. Wolfheim, jest stałym sprawozdawcą pism powyższych z literatury polskiej.

NEKROLOGIJA

— Prof. *J. Fischler*, psychiatra w Pradze

Przegląd prac oryginalnych, pomieszczonych
w pismach polskich

w miesiącu CZERWCU 1892 r.

1) *R. Barącz*. Nowy materiał do zastąpienia płytek z kości odwapnionej przy szwie jelitowym płytkowym Senna. (Przegl. Lek. 23).

2) *Prof. Gluziński*. O blednicy i jej leczeniu. (Prz. Lek. 22, 23, 24).

3) *St. Momidłowski*. O intubacji w dławcu. (Prz. Lek. 22, 23, 25).

4) *R. Barącz*. Gastroenterostomija wykonana szwem płytkowym Senna za pomocą płytek z brukwi własnego pomysłu. Wyleczenie. (Prz. Lek. 24).

5) *B. Komorowski*. Przyczynę do kazuistyki chorób narządu moczowego u dzieci. (Prz. Lek. 26).

6) *S. Dzierżogowski i L. Rekowski*. O chemicznych przemianach w glebach hodowlowych pod wpływem drobnoustrojów błonicy i o produktach tej przemiany. (Now. L. 6) niesk.

7) *R. Barącz*. Spostrzeżenia nad znieczuleniem bromkiem etylu w praktyce chirurgicznej na podstawie 200 znieczuleń tym środkiem. (Now. L. 6).

8) *R. Wicherkiewicz*. O operacyjnem leczeniu jaglicy ostrej przez liczne nakłucia w połączeniu z używaniem środków odkażających. (Now. Lek. 6) niesk.

9) *O. Krefft*. O niedorozwoju przewodu rodneg. (Now. Lek. 6).

10) *H. Święciński*. Colpitis adhaesiva u 19-letniej dziewczyny. (Now. L. 6).

11) *Prof. J. Dogiel*. Przyczynę do sprawy odtwarzania się krwi. (Gaz. Lek. 22).

12) *J. Skłodowski*. Moczopędne działanie kalomelu w cierpieniach nerek. (G. L. 23, 24, 25, 26) niesk.

13) *L. Krause*. 200 przypadków tracheotomii przy krupie i dyfteryie u dzieci. (G. Lek. 23, 24, 25, 26).

14) *E. Modrzejewski*. O ostrych ropnych zapaleniach ucha średniego, powikłanych ziarninowym rozrostem błony bębenkowej. (Gaz. Lek. 24).

15) *R. Górski*. Przypadek powtórnego zarażenia się syfilisem. (G. L. 24).

16) *M. Waśkiewicz*. Przypadek ropnego zapalenia tkanki około nerkowej z przebiegiem do miedniczki i zejściem pomyslnem. (G. Lek. 23).

17) *A. Wroczyński*. Kilka słów w kwestyi wskazań dla upustu krwi. (Gaz. Lek. 23).

18) *Inż. dr. fil. A. Hołowiński*. O wpływie oddechania na kształt sfigmogramów. (G. L. 25).

19) *W. Dąbrowski*. O nieorganicznej niedostateczności zastawek aorty. (G. L. 26).

20) *F. Arnstein*. 3 przypadki wysięków surowicznych w worku opłucnej dłuższy czas istniejących, wyleczone za pomocą salicylanu sodu, oraz kilka uwag o etyologii i leczeniu surowiczo-włóknikowego zapalenia opłucnej w ogóle. (Med. 23, 25).

21) *T. Stępniewski*. Żochowska odnowa materiału szczeniennego ospy ochronnej. (Med. 24, 25).

22) *K. Wislocki*. Nowoczesne sposoby leczenia suchot płucnych. (Med. 21, 22, 23, 24).

23) *Dr. Tymowski*. Rzut oka na wyniki lecznicze 15-letniej praktyki w San-Remo. (Med. 25, 26).

24) *S. Goldflam*. Przyczynek do patologii porażen ołowianych. (Med. 26) niesk.

25) *Krysiński*. Niezwykły przypadek z praktyki chorób dzieciennych. (Now. 4).

1) R. Barącz. **Nowy materiał do zastąpienia płytek z kości etc. edwapionej przy szwie jelitowym płytkowym Senna**. Jako najodpowiedniejszy w tym celu materiał ze względu na dostateczną twardość i elastyczność a także łatwość i szybkość przygotowania płytek (1 min. czasu, gdy sporządzenie płytek Senna wymaga od 4—5 tygod.) proponuje autor brukiew żółtą (*Brassica Napus*, Variet. rapifera, typ. *Cruciferae*).

Wyniki doświadczenia na psach (5 gastroenterostomii i 3 resekcji jelit wraz z enteronastomozą) — są bardzo zachęcające.

W ostatniej chwili (7 Maja b. r.) wykonał autor gastroenterostomię na człowieku wobec raka odźwiernika z użyciem do szwu swoich płytek. Przebieg dotychczas pomyślny. *J. W.*

2) Prof. Gluziński. **0 blednicy (chlorosis) i jej leczeniu**. Autor odróżnia następujące typy blednicy: 1) blednicę prostą, najczęściej wstęp do dalszych typów, 2) blednicę trawieńcową (*chl. dyspeptica*), gdzie przeważają objawy ze strony przewodu pokarmowego, 3) blednicę sercową, z przeważającymi objawami ze strony narządu krążenia, 4) blednicę mieszaną — typ najczęstszy, w którym z kilku stron występują objawy. W etiologii autor przyjmuje pewne usposobienie wrodzone, zależne od słabego rozwoju narządów krwiotwórczych i układu naczyniowego, pewną już fizjologiczną niejako skłonność kobiety do oligocytemii, wreszcie warunki życia dziewcząt — do czego, jako czynnik wywołujący, przylączają się utraty miesięczne krwi. Omawiając typ nr. 2, autor zaznacza upośledzenie mechanizmu żołądka i krwotoki żołądkowe. Te ostatnie, budzą podejrzenie wrzodu, mogą jednak występować samodzielnie wskutek ogólnego usposobienia takich chorych do krwawień z nosa, macicy, a zwłaszcza żołądka. Brak bólu po jedzeniu, brak kwaśnego odbijania, korzystny wpływ krwotoku na przebieg choroby, brak nadmiaru HCl przemawia przeciw wrzodowi. W typie sercowym autor omawia teoryje powstawania t. zw. szmerów anemicznych, zaznaczając, że mogą się zdarzać i jako rozkurczowe. W typie nr. 4 autor mówi o objawach nerwowych właściwych (ból głowy, drażliwość, nastrój melancholiczny) i o powikłaniach natury hysterycznej, wreszcie o możliwości poruszeń gorączkowych, co jeszcze nie jest ogólnie znanem. W leczeniu należy przedewszystkiem indywidualizować przypadki; uwzględniając podział autora na typy, otrzymamy nie małe ułatwienie w postawieniu odpowiednich wskazań. *O. H.*

3) Momidłowski. **0 intubacji w dławcu**.

Na 153 przypadki dławca, spostrzegane w ciągu roku, wykonano intubację w 82, przecięcie tchawicy w 71. Odsetka uleczonych wynosiła przy intubacji 42.6%, przy tracheotomii 21%; wogóle jednak wynik był mniej pomyślny, niż w latach, gdy robiono tylko tracheotomię: na 153 wyzdrowiało 50, co stanowi 32.6%; w innych zaś latach przeciętna odsetka wyzdrowień była 37.37%.

Autor sądzi, że jakkolwiek intubacja tracheotomii zastąpić nie jest w stanie, to jednak obok niej lub w połączeniu z nią, więcej może zdziałać, niż sama tracheotomija. Przeciwwskazania do intubacji podaje następujące: 1) wszystko co zmniejsza odporność tkanek (z obawy przed odleżyną), a więc: a) wiek poniżej 2 lat, b) błonica migdałków z zakażeniem ogólnym, c) powikłania odrą, płonicą lub zapaleniem płuc, 2) znaczny przerost migdałków, 3) przejście sprawy chorobowej na tchawicę i oskrzela.

W porównaniu z tracheotomiją stanowi intubacja zabieg łatwiejszy, szybciej dający się wykonać, skraca czas leczenia pooperacyjnego i nie daje tych, co tracheotomija, powikłań. Ma jednak i strony ujemne, jakimi są: 1) częste wykrztuszanie rurki, 2) możliwość połknięcia tejże, 3) wpadnięcie do tchawicy, 4) trudność wkładania i 5) następowe zapalenia płuc i odleżyny. Prócz tego do stron ujemnych należy, 6) konieczność ciągłego nadzoru ze strony lekarza, obecnego z intubacją i z tracheotomiją.

W. Sz.

4) R. Barącz. **Gastroenterostomija wykonana szwem Senna za pomocą płytek z brukwi etc.** Autor staje w obronie szwu płytkowego Senna wogóle wobec przeciwników tej metody, twierdząc, że śmiertelność po gastroenterostomii po wprowadzeniu tej metody w Anglii i Ameryce zmniejszyła się z 47⁰/₀ do 24¹/₂⁰/₀. Dalej podaje opis przypadku raka odźwiernika, operowanego przez siebie we Lwowie, gdzie użył przy gastroenterostomii szwu płytkowego ze swoją modyfikacją. Zejście zupełnie pomyślne.

W końcu, porównując pod względem praktyczności w użyciu płytki z brukwi z płytkami Senna i materiałami zastępczymi innych autorów, uważa za najstosowniejszy swój materiał, ponieważ: a) pierścienie z brukwi mają kształt zupełnie podobny do płytek Senna, zbliżają zatem szeroko powierzchnie surowicze, b) są odpowiednio twarde, c) nie zmieniają się w pojemności w przewodzie pokarmowym, nie mogą przeto wywołać zgorzeli uciskowej, a ulegając strawieniu stosunkowo późno (w przypadku autora kawałki płytek odeszły 6 i 7 dnia) względnie długo zbliżają do siebie odpowiednie powierzchnie surowicze, d) dają się szybko sporządzić.

J. Wit.

5) B. Komorowski. **Przyczynę do kazuistyki chorób narządu pęciowego u dzieci.** Treść artykułu stanowią 3 przypadki uwięźnięcia, kamyka moczowego w cewce. W dwóch z nich kamień utkwiał w zewnętrznym otworze cewki i został wydobyty w pierwszym przez rozszerzenie skalpelem ujścia cewki, w drugim przez podważenie zgłębnikiem. W 3 przypadku kamyk, długości 9 mm. znajdował się w części błoniastej cewki, zkąd wydalony został za pomocą uretrotomia externa. Przypadek ten zasługuje na uwagę ze względu na usadowienie się kamienia: jednym końcem w cewce, drugim zaś w tkankach międzykroczka i ze względu na fatalne skutki zatrzymania moczu (nacieczenie na prąciu, mosznach i t. d. z zejściem w zgorzel, groźne objawy mocznicy, zapalenie błonicowe pęcherza) pomimo, że udało się mocz wypuścić kateterem elastycznym. Można przypuścić, że sam prąd moczu zatękał tu cewkę kamykiem. W takich razach należy zawczasu zrobić nacięcie cewki.

B. P.

7) R. Barącz. **Spostrzeżenia nad znieczuleniem bromkiem etylu w praktyce chirurgicznej na podstawie 200 znieczuleń tym środkiem.**

Autor zaleca używanie bromku etylu przy krótkotrwałych operacjach, gdyż środek ten usypia w ciągu 50 sekund na 2—5 minut, bardzo rzadko wywołuje podniecenie chorego, nie zmienia tętna i oddechu, nie sprowadza wymiotów i jest tani. Używać go można przy przecinaniu lub wyłyżczkowaniu ropni, zastrzale, przy zastrzykiwaniu do stawów lub ropni mieszanek jodoformu z gliceryną, wyłyżczkowaniu gruczołów, wyluszczeniu małych nowotworów, wypaleniu Paquelinem, wyjęciu zębów, przy resekcji żeber wobec otoku ropnego jamy opłucnej. Dawka wynosi u dzieci 10—15 gramów, u dorosłych 14—30 grm., stosownie do żądanego okresu uspienia. Postanowioną z góry dawkę autor leje odrazu na maskę Esmarcha. Po 50 sekundach występuje rozszerzenie źrenic i nystagmus — oznaki zupełnego znieczulenia. W ciągu całego czasu trwania jego mięśnie znajdują się w stanie stężenia. Ztąd przy odprowadzeniu zwichnień i złamań środka tego używać nie można.

W. J.

10) H. Święcicki. **Colpitis adhaesiva u 19-letniej dziewczyny.**

Autor opisuje przypadek dosyć znacznych zrostów w górnej części pochwy, tamujących wejście do macicy. Chora, jakoby przed tem nigdy na organy rodne nie cierpiała. Ztąd też autor zastanawia się nad tym przypadkiem i powiada, że należy przypuścić albo cierpienie chorej na bardzo silną rzerzączkę bez jej wiadomości, albo może wrodzone zrosty, które w górnej części pochwy, są według niego, możliwe.

W. J.

11) Prof. J. Dogiel. **Przyczynek do sprawy odtwarzania się krwi.**

Autor podaje streszczenie prac, wykonanych w jego pracowni przez Sporowa i Iwanowa nad zachowaniem się ciśnienia i odnowy krwi po znaczniejszych upustach krwi i zastępczych wstrzykiwaniach roztworów solnych. Główniejsze wyniki były następujące: Ciśnienie krwi podnosi się znacznie, natychmiast po wprowadzeniu do żyły roztworu soli kuchennej. Zwierzęta dobrze znoszą operację przy upuście $\frac{1}{2}$, $\frac{2}{3}$ nawet $\frac{2}{3}$ ogólnej masy krwi, po wprowadzeniu następczem do żyły roztworu soli kuchennej, w ilości odpowiadającej wypuszczonej krwi. Za najodpowiedniejszy płyn uznano roztwór soli kuchennej (0,6—0,7 $\frac{0}{10}$). Ciężar ciała zwierzęcia w 3—4 tygodnie po operacji zwiększa się. Zaburzenia więc po znacznych utratach krwi są więcej mechanicznej natury (Goltz) i mogą być z powodzeniem usunięte przez zwiększenie ilości płynu w naczyniach, działające pobudzająco na czynność całego krwionośnego układu.

O. H.

13) L. Krause. **Dwieście przypadków tracheotomii przy krupie i dyfterycie u dzieci.** Po krótkiej wzmiance o pierwszych tracheotomiach we Francji, Niemczech i u nas, autor przechodzi do uwag nad wynikami 200 tracheotomii, wykonanych przez siebie w przeciągu 8 lat na dzieciach, dotkniętych dławcem lub błonicą krtani. Z nich 14 operował na mięście, pozostałe zaś w szpitalu starozakonnych w Warszawie. Wyzdrowiało 98, zmarło 102 (51 $\frac{0}{10}$). Większą śmiertelność spostrzegał autor u dziewcząt, niż u chłopców, a także u dzieci z nalotem na migdałkach, podniebieniu, lub tylnej ścianie gardzieli, niż u dzieci z objawami dławca bez rzeczonego nalotu. Między operowanymi było 9 między 1—2 rokiem życia, z których zmarło 4 i 7 starszych dzieci (od 7 do 10 lat), z których zmarło 4; u tych ostatnich radzi operować zawczasu. Operację wykonywa pod chloroformem

metodą niemiecką, t. j. per strata, podwiązując zawsze krwawiące naczyńca. Co do narzędzi posługuje się nożem Chwata, bardzo dogodnym przy tracheotomii, zwłaszcza, gdy chodzi o prędkie jej ukończenie. Dzięki ruchomej pochewce, przesuwanej się po ostrzu i stosownie do potrzeby uwalniającej górną część ostrza, służącą do nacięcia lub zakrywającej całe ostrze, nóż ten nie wyjmuje się po nacięciu ścianicy, ale po zsunięciu w pochewki umieszcza się w poprzek, przez co otwór się nie zatraca. Z innych narzędzi poleca rozszerzacz dwuramienny i rurkę nowo srebrną, połączoną, podwójną z krzywizną zastosowaną do głębszego lub powierzchownego położenia krtani. We wszystkich przypadkach robił tracheotomię powyżej środkowej części gruczołu tarczowego. Ani razu nie zauważył rozedmy podskórnej. Opatrunek: muślin jodoformowy podsuwa pod rurkę, na otwór zaś zewnętrzny rurki nakłada muślin jodoformowy, umocowany w ciepłym roztworze kwasu karbolowego. Oprócz techniki operacyjnej autor obszernie omawia leczenie pooperacyjne. Jako powikłania spostrzegł: zapalenie płuc 8 razy, płonice 1, ospę 2, odrę 2, różę twarzy 1, pleuropneumoniam 1, zapalenie nerek 4, drgawki 4. W 12 przypadkach zasła trudność usunięcia rurki z powodu wybudzającej ziarniny, którą autor usuwa za pomocą ostrej łyżeczki.

B. P.

14) Modrzejewski. **0 ostrych zapaleniach ropnych ucha średniego, powikłanych ziarninowym rozrostem błony bębenkowej.** Błona w tych razach wygląda jak polip, wychodzący z ucha średniego, jest ciemno czerwona, łatwo krwawi, przedstawia się jak dojrzała malina. Z 4 opisanych przypadków 3 dotyczyły dorosłych, 1 dziecka, wyśięk był obfity śluzo-ropny, często z krwią. Główną przyczynę tego cierpienia stanowią anormalne warunki w jamie nosowej i nosogardzielowej; dalej — kataplazmy i wlewania ciepłe. Leczenie polega na: przemywaniu ucha średniego przez kateter, tuszowaniu błony arg. nitrico, liq. ferri Sesquichloratī lub przypalaniu żegadłem galwanicznym; jednocześnie należy leczyć zmiany w nosie i gardzieli.

Cechy charakterystyczne takich powikłanych zapaleń są: 1) uporczywość w leczeniu i niekorzystne następstwa dla słuchu, 2) możliwość zatrzymania się ropy w uchu średnim z następczym zajęciem wyrostka sutkowego i błędnika i 3) trudność leczenia. W. Sz.

15) R. Górski. **Przypadek powtórnego zarażenia się syfilisem.**

Jest to opis przypadku, gdzie w 11 lat po przebytych przyimocie i po przeprowadzeniu leczenia swoistego, wystąpiły objawy powtórnego zarażenia: wrzód twardy, wysypka, zapalenie gardła. H. K.

17) Czesław Wroczyński. **Kilka słów w kwestyi wskazań dla upustu krwi.** Oprócz ogólnie znanych wskazań dla upustu krwi autor na podstawie własnych spostrzeżeń stawia jeszcze następujące:

I. Niedomoga serca (pneumonia crouposa, pleuritis exsudativa, arteriosclerosis).

II. Zakażenie produktami nieprawidłowej przemiany materii (arthritis, uraemia, diabetes).

III. Blednica (odnośnych własnych spostrzeżeń autor nie posiada).

H. K.

19) W. Dąbrowski. **0 nieorganicznej niedostateczności zastawek aorty.** Autor przytacza kilka przypadków nieorganicznej niedosta-

teczności zastawek tętnicy głównej, znanych w literaturze lekarskiej, poczem przechodzi do opisu dwóch własnych spostrzeżeń tego cierpienia, stwierdzonych badaniem pośmiertnem.

Jednym z najważniejszych czynników wywołujących to cierpienie jest miażdżycowe zwyrodnienie ścianek tętnicy głównej. Fakt ten znakomicie ułatwia nam rozpoznanie.

Charakter tętna ma tu także ważne rozpoznawcze znaczenie: przy nieorganicznej niedostateczności, prócz przerostu serca i niedomykalności ujścia wchodzi w grę jeszcze zmiany w naczyniach, które na rysunkach sfigmograficznych łatwo się ujawniają.

Rokowania przy względnej niedostateczności zastawek tętnicy głównej jest znacznie gorszem, niż przy organicznej niedostateczności. *H. K.*

20) F. Arnstein. **Trzy przypadki wysięków surowiczych w worku płucnej.** Autor opisuje 3 przypadki wysięku surowiczego płucnej, wyleczone za pomocą salicylanu sodu. We wszystkich przypadkach wysięk trwał już czas dłuższy. Pod względem etyologicznym zastosowuje autor do każdego zapalenia płucnej teorię pasorzytniczą, stawiając zaziębnienie na drugi plan. Autor nie zgadza się z poglądem Landouzy'ego, który pierwotnemu zapaleniu płucnej przypisuje gruźlicze pochodzenie, podług autora zdarza się to bardzo rzadko, większość zapaleń płucnej ma zupełnie inną przyczynę. W podobny sposób kwestjonuje autor i gościcowe pochodzenie tych wysięków, przypisując im inne źródło. Pneumokokki Fränkla przyjmuje autor za główny czynnik tak pierwotnych, jak i wtórnych zapaleń płucnej.

Mówiąc o leczeniu, powstaje autor przeciwko zbyt rozpowszechnionemu sposobowi usuwania wysięków na drodze operacyjnej i zaleca stosowanie salicylu, który się nietylko w ostrych, lecz i w przewlekłych formach skutecznym okazał. *H. K.*

21) T. Stępniewski. **Żochowska odnowa materiału szczepionego ospy ochronnej.** Autor zdaje sprawozdanie z wyników szczepień, dokonanych na cielętach i następnie na ludziach materiałem, zebrany z krów cierpiących na ospę rodzimą. Według autora wyniki tych szczepień były należyte, t. j. otrzymano prawidłowe krosty ospowe.

K. W. S.

22) Dr. Tymowski. **Rzut oka na wyniki lecznicze 15-letniej praktyki w San-Remo.** Autor dotyka w kilku luźnych uwagach niektórych metod (a właściwie środków) polecanych przeciw gruźlicy i w końcu, ogólnikowo, nadmienienia, że u pewnej (jakiej?) kategorii chorych otrzymywał polepszenie w San-Remo, dzięki następującym warunkom tejże miejscowości: łagodnej temperaturze, światłu, suchości powietrza, obfitości tlenu i ozonu. Ścisłejszych danych nie podaje.

23) Krysiński. **Niezwykły z przypadek praktyki chorób dzieci.**

U dziecka 10-miesięcznego wystąpił nagle, bez wiadomej jakiegokolwiek przyczyny skurcz obydwóch kończyn górnych i silny obrzęk stóp. Rączki zgięte były w stawie łokciowym, trzymane w położeniu pośrednim między nawrotnem i wywrotnem, zgięte w stawie napię-

stwowym pod prostym kątem do przedramienia, palce zgięte w stawie dłoniowo-palcowym i pierwszym palcowym, a wyprężone w drugim. Innych żadnych zaburzeń nie było. Również i anamneza, oprócz może „nerwosci” matki, nie wytlómaczyć nie była w stanie. Nazajutrz wszystkie opisane objawy ustąpiły i dziecko zupełnie zdrowe bawiło się w chwili przybycia autora. Autor zapytuje, czy można wszystko to podciągnąć pod hysteryję.

W Jan.

Odpowiedzi od Redakcyi.

— *Bezimiennemu.* Za nadesłane informacje dziękujemy serdecznie. Nie omisszamy skorzystać z cennych uwag Sz. kolegi przy układaniu odpowiedzi na nasz kwestyjonaryusz.

Nadesłano do Redakcyi.

Stephan Radomyski. Die Harn-cylinder in eiweissfreien Urin. Dorpat 1892, dyss.

Z. Kramsztyk. O znaczeniu szpitali, odczyt publiczny. Warsz., 1892.

K. Wisłocki. Nowoczesne sposoby leczenia suchot płucnych. Odb. z Medycyny. Warszawa, 1892.

W. Janowski. Beitrag zur Patolog. Anatom. der Leber-cirrose. Odbitka z Ziegl. Beitr. T. XI. Z. 3.

W. Janowski. Beitrag zur Kenntniss der Granulationen der weissen Blutkörperchen. Odb. z Centr. für Alg. Pat. und Patol. Anat. 1892, nr. XI.

Krynica, pismo poświęcone balneologii i sprawom polskich zdrojowisk. Nr. 1, 2, 3, 4.

Otczet o diejatielnosti Zubo-Wraczebnoj szkoly w g. Warszawie za 1891/92 uczebnij god.

Prof. H. Hebra. Leczenie pryszczycy zesz. 5. Ser. IV odczyt. klinicznych, wyd. przez Gaz. Lek., przekład A. Elsenberga.

S. Rabek. Ein Fall von Myositis ossificans progressiva. Odb. z Virch. Arch.

S. Mintz. Ein Fall von Gastritis phleg. diff. in Verlauf d. Magenkrebses. Odb. z Deut. Archiv. Kl. M.

M. Rejchman i S. Mintz. O znaczeniu kw. solnego w lecznictwie chorób żołądka. Odb. z Gaz. Lek.

Dr. med. H. Higier. Neues über einige Rückenmarksfunctionen. Odb. z Deut. Med. W.

OGŁOSZENIA.

Dr. M. JAKOWSKI, b. ass. klin. dyjagn. dokonywa wszelkich rozbiórów mikroskopowych, głównie bakteryjologicznych. Ulica Wspólna Nr. 42.

Wydawca:
Dr. K. Sierpiński.

Numer wyszedł d. 15 L'pca.

Redaktor:
Dr. med. O. Hewelke.

FENACETYNA BAYER'A

Proszek krystaliczny, błyszczący, koloru białego bez smaku i zapachu, rozpuszczający się dość trudno w zimnej wodzie 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 **znakomita ból kojące własności** (*antineuralgicum*) 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, Dujardin-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. (2) 0—1

BUSKO Dr. GRABOWSKI

lekarz zdrojowy

Tegoż do nabycia broszurka „Busko” kop. 20. 3—2

BUSKO Dr. A. Sulimierski odbywszy dłuższe studia w Wiedniu, ordynuje stale jako lekarz zdrojowy i ordynator szpitala S-go Mikołaja w Busku. (4212) 3—2

Dr. MAJKOWSKI

praktykuje w **BUSKU**. Tegoż do nabycia opis Buska kop. 60. 3—3

Dr. CHŁAPOWSKI

przez sezon kąpielowy ordynuje w Kissingen. 3—3

Dr. med. Czesław Stiche

ordynuje w **Karlsbadzie**

mieszka jak dawniej Kreuzgasse Insel Rügen. 3—3