

# KRONIKA LEKARSKA, KRONIKA LEKARSKA, PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

---

## I. Przyczynek do leczenia gruźlicy płuc

za pomocą podgłośniowych (intratrachealnych) wstrzykiwań płynów antyseptycznych.

Napisał

Dr. Jan Sędziak

b. asystent przy oddziale chorób gardlanych i płucnych w szpitalu Ś-go Du-  
cha w Warszawie.

(Rzecz czytana na posiedzeniu Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego w Sty-  
czniu r. b.).

Próby leczenia suchot płucnych, za pomocą podgłośniowych wstrzykiwań płynów antyseptycznych, nie zdają się sięgać odległej przeszłości. Pierwsze wzmianki, jeśli się nie mylę<sup>1)</sup>, odnoszą się do roku 1888, w którym to czasie Beehag<sup>2)</sup> z Edinburga zalecał przy tem cierpieniu wstrzykiwania do tchawicy mentolu. Następnie w latach 1889 i 1890 Dor<sup>3)</sup> we Francyi, Brehmer<sup>4)</sup> z Goerbersdorfu i Masini<sup>5)</sup> z Neapolu również zalecali tę metodę, mianowicie pierwszy używał w tym celu kreozotu, drugi kwasu mlecznego, Masini zaś mentolu z kreozotem.

---

1) Bardziej wyczerpująco będzie uwzględniona odnośna literatura w obszerniejszej pracy, obejmującej drugą serję doświadczeń.

2) Edinb. med. Jour. Jan. 1888.

3) Des injections intratrachéales d'huile creosotée, Rev. de Med. 1889 i 1890. Cytowany w pracy Hewelkego: Znaczenie kreozotu w leczeniu suchot płucnych Kronika lek. 1894.

4) Mitteilungen aus Goerbesdorf 1889.

5) La Riforma med. Jour. Nov. 3—1890.

W roku 1891 Downie<sup>6)</sup> z Gla sgow i Philipp<sup>7)</sup> z Edinburga korzystnie wyrażali, się o tej metodzie pierwszy stosował mentol z kreozotem, lub gwajakolem, ostatni zaś balsam peruwiański i eucalyptus.

Dalej w r. 1893 De la Jarrige<sup>8)</sup>, James M'Naught<sup>9)</sup> i Stewart<sup>10)</sup> nadzwyczaj zachwalają wstrzykiwanie do tchawicy mentolu z gwajakolem przy bronchitis putrida.

Wreszcie na ostatnim zjeździe międzynarodowym w Rzymie (r. 1894) Bronner odczytał pracę pod tytułem: „On intralaryngeal injections in the treatment of diseases of the larynx, trachea and bronchi<sup>11)</sup>“, gdzie między innymi wspomniał także o dodatkiem działaniu mentolu-gwajacolu, lub salolu przy gruźlicy płuc. Również zwolennikami tej metody są Kafemann<sup>12)</sup>, Schaeffer<sup>13)</sup> i inni.

Zanim przystąpię do opisu moich spostrzeżeń, oraz krytycznej oceny powyższej metody, która polega na wprowadzeniu do tchawicy resp. płuc za pomocą specjalnych t. zw. krtaniowych szpryc mniej, lub więcej znacznych ilości płynów antyseptycznych należy mi przedewszystkiem pokrótce rozstrzygnąć dwie zasadnicze kwestye: 1) czy wstrzykiwania większej ilości płynów tą drogą t. j. przez tchawicę do płuc nie jest połączone z pewnem dla życia chorego niebezpieczeństwem? i 2) czy płyny te dochodzą do miejsc przeznaczenia, a więc przedewszystkiem do wierzchołków płuc t. j. miejsc, które w gruźlicy płuc, jak wiadomo, głównie zajęte są sprawą chorobową?

Co się tyczy pierwszego pytania, to jest ono już na drodze eksperymentalnej rozstrzygnięte. Już bowiem na początku bie-

<sup>9)</sup> Brit. med. Jour. Avr. 18—1891.

<sup>7)</sup> Edinb. med. Jour. March 1891.

<sup>8)</sup> „Injections intratrachéales d'huile creosotée“ Arch. de Laryng. 3—1893.

<sup>9)</sup> „On intralaryngeal injections of guajacol and menthol in foetid conditions of the sputa Brit. Med. Jour. 24 June 1893.

<sup>10)</sup> Brit. med. Jour. June 2—1893.

<sup>11)</sup> Journ. of Laryng. 6—1894.

<sup>12)</sup> 4-te Jahrsberich aus Dr. Stettens Ambul. und klin. J. Ohr. Nas. und Rach. Kranke—Königsberg 1893 Ref. w I. C. f. Lar. 1893—6.

<sup>13)</sup> Cytowany u Bronner'a.



żącego wieku w Lyonie dwóch uczniów weterynaryi zajmowało się tą kwestyją. Mianowicie wlewali oni do tchawicy konia massy płynu bezkarnie, dopiero 32 litry wywołały zaduszenie.

U Botey'a<sup>14)</sup> również znajdujemy wzmiankę o tem, że asystent Bischat'a przez pomyłkę wpakował sondę przełykową do tchawicy i wlał przez nią masę buljonu bez żadnych złych następstw. Tenże Botey, znany specjalista chorób gardlanych w Barcelonie, przeprowadzał w tym kierunku doświadczenie na króliku, któremu wlewał do tchawicy od 2—4 grm. wody. Żadnych zaburzeń przy tem nie było. Również bez szkody wlewał tenże autor samemu sobie do tchawicy większe ilości płynu (25—50 grm.). Wreszcie doskonale znosiła wlewanie jodku potasu pod struny chora na przymiot.

Zdaje się więc z powyższego nie ulegać najmniejszej wątpliwości, że wstrzykiwanie wogóle płynów nawet w większej ilości do tchawicy nie jest dla organizmu szkodliwe.

Inną natomiast kwestyją niezmiernie ważną, gdyż rozstrzygającą o przyszłości danej metody leczniczej jest ta, czy płyny (antyseptyczne), wstrzyknięte do tchawicy dochodzą do miejsc przeznaczenia t. j. gruźliczo zajętych tkanek (a więc przedewszystwierzchołków płuc).

I pod tym względem nie brak nam danych doświadczalnych Heryn<sup>1)</sup>, mianowicie, w pracy, ogłoszonej w roku zeszłym, dowiódł eksperymentalnie na zwierzętach i ludziach (trupach), że jest to najzupełniej możliwe. Autor do doświadczeń używał farbujących substancyj (methylenblau), za pomocą których udało mu się zabarwić ścianki jam w szczytach płucnych<sup>2)</sup>

<sup>14)</sup> Possibilité des injections trachéales chez l'homme—comme voie d'introduction médicaments. Arch. de Lar. 1890—5 Monat. j. Ohr. 5—1891.

<sup>1)</sup> „Przyczynek doświadczalny do kwestyi lokalizacji płynów wstrzykniętych zwierzętom za życia do dróg oddechowych, oraz parę uwag co do możliwości wnikania płynów do kawern i miejsc płuc gruźliczo zwyrodnionych. Książka Jubileuszowa dla Brodowskiego 1893.

<sup>2)</sup> W jednym przypadku, w jakim na trupie miałem sposobność eksperymentować, otrzymałem do pewnego stopnia analogiczny rezultat. 27 letni suchotnik gruźlica płuc i kiszek, w prawym wierzchołku jama duża (kliniczne rozpoznanie dr. Dąbrowski). Ułożywszy trupa

Wobec tego zdawać by się mogło, że metoda powyższa jako ze wszech miar racjonalna powinna zająć jedno z pierwszych miejsc w szeregu środków resp. metod przy gruźlicy płuc stosowanych, jednym słowem powinna by mieć przyszłość. Takiego też zdania jest np. Botey.

Niedaleka przyszłość prawdopodobnie pokaże, o ile spełnią się pokładane w niej nadzieje.

Obecnie przechodzę do zestawienia pokrótce moich własnych spostrzeżeń.

*Przypadek I-szy.* Mież... lat 19 robotnica przybyła do szpitala Dzieciątka Jezus na oddział D-ra Chełmońskiego, którego uprzejmości zawdzięczam ten, jako też i większą część pozostałych obserwacji w dniu 12 Maja 1894 r. Chora opowiada, że kaszle od lat 4, miała przed 3 miesiącami krwioplucie, wogóle od kilku miesięcy czuje się gorzej, wystąpiły poty, dreszcze, osłabienie coraz większe, wychudzenie. Ojciec i siostra chorej zmarli na suchoty.

Przy badaniu znaleźliśmy stan następujący: budowa nieprawidłowa (klatka piersiowa płaska) odżywianie liche, stan bezgorączkowy. Waga 38,0 kilo. U lewego szczytu (od przodu pod obojczykiem, jakoteż od tyłu nad grzebieniem łopatki lekkie stłumienie odgłosu wypukowego, wydech wydłużony, rżenia drobne wilgotne (subcrepitations) głos nieco wzmożony. Z prawej strony nad grzebieniem łopatki wydech również nieco wydłużony. W płwocinie nieliczne łaseczniki Koch'a. U wierzchołka serca wyraźny szmer systoliczny, wzmożenie 2-go tonu tętnicy płucnej, zresztą w innych narządach zmian wybitniejszych nie znaleziono. W moczu białka niema.

Tegoż dnia przystąpiłem do doświadczeń; w pozycji siedzącej nieco pochylonej ku lewej stronie pod kontrolą lusterka krtaniowego wstrzyknąłem za pomocą szprycy Stoerka do tchawicy wolno całą zawartość szprycy t. j. 4 grm. *mentolu* 5<sup>0</sup>/<sub>0</sub> (w olejku migdałowym).

Procedurę tę chora znakomicie zniosła, żadnej reakcyi, ani śladu kaszlu. Uczucie chłodu w lewej połowie klatki piersiowej.

---

na prawym boku, po uprzednim przecięciu lig. hyothyreoideum, zastrzyknąłem do tchawicy szprycą Stoerka 4 grm. menthyleneblau. Na sekcyi bezpośrednio wykonanej (prof. Przewoski) znaleziono w kawernie ślady methyleneblau, natomiast miejsca gruźliczo zwyrodnione nokoło jamy nie zabarwione.



13 Maja t. j. nazajutrz chora czuje się lepiej subiektywnie. W moczu niema białka, kaszel mniejszy, w płucach stan bez zmiany, stan bezgorączkowy.

14 Maja jakoteż 15 i 16-go stan stale bezgorączkowy, kaszel mały, plwocina nieznaczna śluzo-ropna. Skarży się na ból z prawej strony, zresztą zmian wyraźniejszych w płucach niema.

17 Maja *II-gie zastrzyknięcie mentolu 5<sup>0</sup>/<sub>0</sub>* cała szprycka ku stronie prawej, w sposób powyżej opisany. I tym razem chora zniosła ten rękoczyn doskonale. Brak zupełny odczynu.

18 Maja ból ustąpił z prawej strony, stan bezgorączkowy, białka niema w moczu. W sercu i płucach stan bez zmiany. Subiektywnie chora czuje się coraz lepiej. Apetyt dobry, siły większe. Tegoż dnia *III-cia iniekcya do tcharwicy 5<sup>0</sup>/<sub>0</sub> mentolu* (cała szprycka) ku stronie lewej. Znosi wybornie.

19 Maja. Stan bezgorączkowy, kaszel bardzo mały, plwocina skąpa, więcej śluzowa. *IV-te zastrzyknięcie 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub> mentolu* (cała szprycka) ku stronie lewej (w pozycji siedzącej). Żadnej reakcyi, uczucie chłodu w lewej połowie klatki piersiowej wyraźniejsze.

20 Maja. Stan bezgorączkowy, w moczu niema białka, w płucach i sercu stan bez zmiany. *V-ta iniekcya 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub> mentolu* (cała szprycka) ku stronie prawej. Znosi doskonale bez krztuszenia.

21 Maja. Stan bezgorączkowy. W płucach z lewej strony pod lewym obojczykiem objawy nieco mniej wyraźne, rzężeń mniej, wydech mniej ostry, głos mniej wyraźny. *VI-ta iniekcya mentolu 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub>* cała szprycka (t. j. 4 grm.), zniosła b. dobrze.

22 Maja. Stan bezgorączkowy, zresztą st. idem. *VII-a iniekcya 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub> mentolu*, zniosła jak poprzednio.

22 Maja. *VIII iniekcya mentholu 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub>* (cała szprycka).

24 Maja. Subiektywnie czuje się o wiele lepiej, waga 40,0 kilo (a więc o 2 kilo więcej niż przed 12-tu dniami). *IX iniekcya mentolu 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub>* (grm. 4) ku lewej stronie. Doskonale znosi.

25 Maja. Nietylko subiektywnie (kaszel plwocina mniejsza, siły większe) lecz i obiektywnie stan lepszy, mianowicie objawy nacieczenia w lewym szczycie płucnym mniej wyraźne. W sercu stan bez zmiany. *X iniekcya mentolu 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub>*.

26 Maja. Stan bezgorączkowy, mocz bez białka, zresztą stan bez zmiany. *XI wstrzyknięcie mentolu (5<sup>0</sup>/<sub>7</sub>) i gwajakolu (1<sup>0</sup>/<sub>2</sub>)* zniosła dobrze całą szprycę (grm. 4).

27 Maja. Chora narzeka na palenie z lewej strony klatki piersiowej, zresztą stan bez zmiany. *XII iniekcya gwajakolu i mentolu*, palenie bez zmiany, t-o 37,8.

28 Maja. Stan bezgorączkowy (37,0), uczucie pieczenia nieco większe. Kaszel nieco większy, płwociny również. *XIII iniekcya gwajakolu i mentolu*.

29 Maja. t-o 37,7, ból (palenie) w piersiach coraz silniejsze, wobec tego wstrzymałem iniekcye gwajakolowe z mentolem i powróciłem do samego mentolu. *XIV iniekcya 5<sup>0</sup>/<sub>0</sub> mentolu*, który chora doskonale zniosła. Palenia niema.

30 Maja. Chora czuje się dobrze, palenie ustało, kaszel mały, płwocina skąpa. W płucach stan bez zmiany. *XV iniekcya mentolu 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub>* (cała szprycka) ku prawej stronie.

31 Maja. *XVI wstrzyknięcie do tchawicy ku lewej stronie 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub> mentolu*. Subiektywnie czuje się bardzo dobrze, apetyt doskonały. Stan bezgorączkowy.

1 Czerwca. *XIII iniekcya mentolu 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub>*.

2 Czerwca. Stan bez zmiany.

3 Czerwca. *XIII iniekcya mentolu 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub>*. Kaszel prawie zupełnie ustał, płwociny chora nie wydziela. U lewego szczytu wydech wydłużony, głos nieco wzmożony, wogóle objawy nacieczenia bardzo słabe.

4 Czerwca. *XIX iniekcya mentolu 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub>* ku lewej stronie.

5 Czerwca. XX wstrzyknięcie mentolu (10<sup>0</sup>/<sub>0</sub>) grm. 4.

6 Czerwca. XXI wstrzyknięcie mentolu (10<sup>0</sup>/<sub>0</sub>) grm. 4. Subiektywnie czuje się bardzo dobrze, sił więcej, apetyt dobry. Stan bezgorączkowy, kaszle bardzo mało, bez wydzielin. W płucach u prawego szczytu tylko wydech wydłużony. U lewego lekkie stłumienie, wydech wydłużony. Głos wzmożony.

8 Czerwca. XXII wstrzyknięcie mentolu 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub> ku stronie prawej, cała szprycka.

9 Czerwca. XXIII wstrzyknięcie mentolu 16<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, cała szprycka  
Waga 40 kilo.

11 Czerwca. XXIV wstrzyknięcie mentolu 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub> cała szprycka.

12 Czerwca. XXV wstrzyknięcie mentolu 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub> cała szprycka. Chora stale znosi wstrzykiwania, żadnych zaburzeń, (pieczenia etc.) w moczu zmian żadnych, stan bezgorączkowy. Z lewej strony brak



znaczniejszych objawów nacieczenia wierzchołka, wydech wydłużony, głos nieco wzmożony, z prawej exp. prot.

13 Czerwca. XXVI wstrzyknięcie mentolu 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub> ku stronie prawej (4 grm.).

15 Czerwca. XXVII wstrzyknięcie mentolu 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub> ku stronie prawej (4 grm.). Subiektywnie o wiele lepiej, nie kaszle, nie pluje.

16 Czerwca. XXVIII iniekcya 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub> mentolu na prawo (cała szpryca).

27 Czerwca. XXIX iniekcya 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub> mentolu na prawo (cała szpryca).

18 Czerwca. XXX i ostatnie zastrzyknięcie do tchawicy ku stronie prawej całej szprycy 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub> mentolu, które chora jak i poprzednie zniosła doskonale.

19 Czerwca. Chora wypisała się, jako zdrowa ze szpitala. Badanie ostatecznie, dokonane w obecności D-ra Chełmońskiego ordynatora oddziału, jakoteż jego assystentów, wykazało stan następujący: status afebrilis. Waga 40,6 kilogram. t. j. o 2,6 kilogram. więcej niż przed 5 tyg., subiektywnie czuje się bardzo dobrze, nie kaszle, nie pluje, apetyt dobry, siły niezłe. Przy badaniu płuc u lewego szczytu od przodu i od tyłu zmian wyraźniejszych niema, (exp. prolong. bez rzężeń) u prawego nieco tylko wydech wydłużony.

*Przypadek II-gi.* Jędrz. . . . lat 54 wyrobnik, na sali D-ra Chełmońskiego (podczas nieobecności zastępował go kol. Winiarski, którego uprzejmości zawdzięczam ten jakoteż i parę innych przypadków), przybył do szpitala 12 Czerwca 1894 r., skarżąc się na kaszel, krwioplucie, obustronne ropienie z ucha od dawna trwające. Diatezy niema, nadużyć również, ani in Baccho ani też in Venere. Badanie w dniu 17 Czerwca dokonane wykazało stan następujący: Stan bezgorączkowy. Budowa prawidłowa, odżywianie średnie. Waga 48,8 kilogram. Kaszel średniego natężenia, płwocina obfita śluzo-ropna, zawiera w wielkiej ilości laseczniki Koch'a. W płucach u prawego szczytu rozległe, zajmujące górną połowę prawego zrazu, stwardnienie (induratio) exp. indeterminata (pod obojczykiem bronch.) bronchophonia nieco rzężeń wilgotnych drobnych (subcrepitationes). U lewego stępienie, oddech nieokreślony. W innych narządach wewnętrznych i zewnętrznych zmian niema, mocz białka nie zawiera, otitis purul. chr. duplex. Tegoż dnia dokonałem *I zastrzyknięcia* do tchawicy mieszanki *gwajakolu z mentolem* (w stosunku 1<sup>0</sup>/<sub>0</sub> na 5<sup>0</sup>/<sub>0</sub>) całą szprykę w siedzącej

pozycji pod kontrolą lusterka krtaniowego ku stronie prawej, które chory nieźle zniósł, w pierwszej chwili kaszel dość silny.

18 Czerwca. *II iniekcya gwajakolu i mentolu* również na prawo, którą chory już lepiej zniósł, kaszel reakcyjny niewielki. St. af ebrilis, moczu prawidłowy.

19 Czerwca. *III iniekcya gwajakolu i mentolu* na prawo cała szprycka. Subiektywnie czuje się lepiej nieco, kaszel mniejszy, p lwoicin mniej, w płucach stan bez zmiany. Stan bezgorączkowy.

20 Czerwca. *IV iniekcya gwajakolu i mentolu*, znosi stale nieźle.

21 Czerwca. *V iniekcya gwajakolu i mentolu*.

22 Czerwca. *VI iniekcya gwajakolu i mentolu* na prawo, cała szprycka. Subiektywnie lepiej, apetyt niezły, sił więcej.

23 Czerwca. *VII zastrzyknięcie gwajakolu i mentolu* ku stronie prawej w ilości 4 grm. W płucach u szczytu lewego niema rzeń, wydech pod lewym obojczykiem ma charakter mniej oskrzelowy, zresztą stan bez zmiany.

24 Czerwca. *VIII iniekcya gwajakolu i mentolu* na prawo, cała szprycka. Waga ciała 48,0 kilogramm. a więc o 0,8 mniej, niż przed tygodniem.

25 Czerwca. *IX iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 1 (t. j. 1<sup>0</sup>/<sub>0</sub> gwaj. i 5<sup>0</sup>/<sub>0</sub> ment.).

26 Czerwca. *X iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 1 (t. j. 1<sup>0</sup>/<sub>0</sub> gwaj. i 5<sup>0</sup>/<sub>0</sub> ment.).

27 Czerwca. *XI iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 2 (t. j. 5<sup>0</sup>/<sub>0</sub> gwaj. i 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub> ment.) całą szprycę ku stronie prawej, które chory również jak poprzednie nieźle (mały kaszel) zniósł. Stan stale bezgorączkowy.

28 Czerwca. *XII iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 2.

29 Czerwca. *XIII iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 2. Stan obiektywny bez zmiany. Subiektywnie czuje się stale lepiej.

30 Czerwca. *XIV wstrzyknięcie gwajakolu i mentolu* Nr. 2 ku stronie prawej. Stan bezgorączkowy.

1 Lipca. *XV iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 2. Waga ciała 45,6 t. j. mniej o 2,4 kilogramm. od poprzedniego. (!) Pomimo to chory stanowczo utrzymuje, że mu lepiej i po prostu domaga się dalszych zastrzykiwań. W płucach stan bez zmian wyraźniejszych.

2 Lipca. *XVI iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 2 ku le-



wej stronie w siedzącej pozycyi do tchawicy cała szprycyca t. j. 4 grm., chory zniósł ten rękoczyn wcale niezłe.

3 Lipca. *XVII zastrzyknięcie gwajakolu i mentolu* Nr. 2 na prawo. Kaszel mały, plwocina czyściejsza, więcej śluzoropna.

4 Lipca. *XVIII iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 2 na lewo.

5 Lipca. *XIX iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 2 na prawo.

6 Lipca. *XX iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 2 na lewo.

8 Lipca. *XXI iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 2 na prawo. Subiektywnie czuje się dobrze. Waga ciała 45,9 kilogramm. a więc o 0,3 grm. więcej niż przed tygodniem.

9 Lipca. *XXII zastrzyknięcie gwajakolu i mentolu* Nr. 2, chory nie gorączkuje, w moczu białka niema W płucach u prawego szczytu (od przodu) mniej rzężeń, zresztą st. idem. Z prawej strony wydech słaby nieokreślony, bez rzężeń.

10 Lipca. *XXIII iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 2 na prawo.

12 Lipca. *XXIV iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 2 na lewo.

13 Lipca. *XXV iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 2 na prawo.

14 Lipca. *XXVI iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 2 na prawo.

15 Lipca. *XXVII iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 2. Waga 48,4 kilogramm., a więc o 2,5 kilo więcej, jak przed tygodniem(!) Subiektywnie czuje się bardzo dobrze. Obiektywnie stan bez zmiany.

16 Lipca. *XXVIII iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 2 na prawo.

17 Lipca. *XXIX iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 2 na lewo.

18 Lipca. *XXX i ostatnia iniekcya gwajakolu i mentolu* Nr. 2 na prawo.

19 Lipca. Chorego poddano szczegółowemu badaniu. Stan bezgorączkowy. Waga ciała 48,2 a więc mniej o 0,6 kilogramm. niż w początkach (przed miesiącem). Subiektywny stan lepszy, apetyt niezły, siły niezłe, kaszel mały, plwocina śluzoropna. Obiektywnie z wyjątkiem zmniejszenia się ilości rzężeń, wyraźniejszych różnic nie skonstatowano (od przodu resp. bronchialis, bronchoph, od tyłu exp. indeterminata, z lewej strony nad grzebieniem łopatki stepienie, oddech prawie nieokreślony.) W uszach stan bez zmiany.

## II. Przyczynę do kwestyi śmiertelności przy błonicy i krupie.

Podał

A. Korał.

Ord. szpitala dla dzieci starozak.

Wobec tak ważnej dla nauki, a będącej na porządku dziennym sprawy leczenia błonicy metodą Behring'a ukazało się w prasie lekarskiej zagranicznej niemało prac, w których kwestya rzeczonej sprawy chorobowej była źródłem różnorodnych badań, zaczerpniętych [przeważnie z materiału szpitalnego. Z prac powyższych zasługuje na uwagę pomiędzy innymi ta, rzucająca się w oczy okoliczność, że statystyka śmiertelności błonicy (respect. dławca) przedstawia w rozmaitych szpitalach wogóle nieznaczne różnice, czyli, innymi słowy, jest ona prawie jednakową w miejscowościach Europy, znajdujących się pod tą samą szerokością geograficzną.

Nasze dane statystyczne, zaczerpnięte z kart szpitalnych od założenia szpitala dla dzieci starozakonnych, posiadają wszelką gwarancję klinicznej ścisłości (badanie bakteryologiczne poczęto stosować dopiero w niektórych przypadkach w r. p.). Rzecz naturalna, że wykluczone zostały tu przypadki błonicy, wnikające szkarlatynę lub nawet z podejrzeniem na takową, jak również ang. follicularis. Co się tyczy statystyki innych szpitali, to korzystałem w tym celu przeważnie z krótkich sprawozdań, pomieszczanych w czasopiśmie „Jahrbuch für Kinderheilkunde“ oraz z innych dostępnych mi źródeł. Znajdują się, co prawda, tu i owdzie pewne luki, lecz i to, co podaję, dać może dostateczną podstawę do pewnych wniosków jako materiał porównawczy.

W końcu dodać muszę, iż umyślnie pominąłem cyfry ze szpitali, gdzie stosowaną już była surowica antydyfterytyczna, zestawienie takie bowiem z danymi, otrzymanymi w naszym szpitalu, ułożone będzie wtedy, skoro i u nas środek rzeczony stosowany będzie, co, prawdopodobnie, nastąpi w roku bieżącym.

Tablica poniżej zamieszczona zawiera frekwencję chorych od r. 1879 do 1/XI r. z. Klinicznie podzieliłem wszystkich chorych na trzy kategorie: do pierwszej należą przypadki, notowane



jako angina diphteritica bez powikłań, do drugiej przypadki, w których przeważał dyfteryt krtani lub też sprawą błonicową zajęte były inne narządy, oddzielnie lub razem: jak nos, usta i t. p.; wreszcie trzecia obejmuje przypadki, przebiegające klinicznie jako czysty krup bez powikłania błonicą gardzieli.

Rok	Angina diphteritica	Laryngitis (angina, stomatitis rhinitis) diphteritica	Croup	Ogólna ilość	Zmarło
1879	3	3	6	12	6
1880	3	6	9	18	6
1881	15	6	7	28	7
1882	5	7	11	23	11
1883	7	16	20	43	31
1884	9	10	14	33	17
1885	9	13	12	34	22
1886	5	13	10	28	18
1887	2	24	21	47	26
1888	4	20	24	48	29
1889	13	28	27	68	27
1890	4	25	26	55	25
1891	15	50	35	100	48
1892	28	37	32	97	46
1893	11	43	13	67	23
1894 do 1/XI	28	59	23	110	44
Razem	161	360	290	811	386

Z powyższej tablicy widzimy, że ilość chorych powiększała się z nieznacznymi wahaniami z każdym rokiem. Zjawiska tego nie należy przypisywać tej okoliczności, że błonica pomiędzy ludnością żydowską stopniowo wzrasta; spowodowała to, z jednej strony, zbyt mała ilość łóżek w oddziale zakaźnym w pierwszych latach istnienia szpitala, z drugiej zaś nader pożądana i racjonalna interwencja władz policyjnych, odsyłających ubogich chorych z błonicą do odpowiednich szpitali.

Odsetka śmiertelności z wyjątkiem jednego roku 1883, gdzie doszła do 72<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, wogóle, jak widać, nie była zbyt wygórowana.

Dla porównania weźmiemy dane statystyczne z ostatnich lat w rozmaitych większych szpitalach dzieciennych. (*Patrz tablicę na następnej stronie*).

Porównyując cyfry, otrzymane w wyżej wymienionych szpitalach z naszymi, widzimy, że odsetka śmiertelności nie o wiele różni się od naszej, a mianowicie waha się pomiędzy 40<sup>0</sup>/<sub>0</sub>—50<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Niższą cyfrę od naszej wykazują jedynie szpitale: Św. Anny i Rudolfa w Wiedniu oraz szpital dziecięcy w Dreźnie z najmniejszą śmiertelnością, gdyż wynoszącą tylko 35<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Mniej więcej tę samą przeciętną cyfrę podaje Monti w obszernej swej monografii o błonicy, w ostatnim wydaniu Real Encyklopaedie Eulenburg'a, a mianowicie dla czystej błonicy gardzieli (angina diphteritica) 20<sup>0</sup>/<sub>0</sub> — 40<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, zaś dla laryngitis diphteritica 80<sup>0</sup>/<sub>0</sub> — 70<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, czyli przeciętnie 42<sup>0</sup>/<sub>0</sub>.

Co się tyczy wieku chorych, leczonych w naszym szpitalu, to otrzymaliśmy następujące dane:

Wiek	Ilość chorych	Zmarło	Odsetka śmiertelności
1 rok	18	10	55
2 lata	110	68	60
3 „	269	142	52,7
4 „	187	83	44,4
5 lat	117	48	40
6 „	44	21	48
7 „	33	8	—
8 „	14	4	—
9 „	7	2	—
10 „	2	—	—
11 „	6	—	—
12 „	4	—	—

Jak widać z powyższej tabliczki, ilość chorych powiększa się znacznie, poczynając od 2-go roku życia, i utrzymuje się na dość wysokim poziomie do 5-go roku, poczem zmniejsza się raptownie aż do nieznacznych cyfr w latach następnych. Największa śmiertelność, jak zresztą a priori możnaby się było spodziewać, ma miejsce w pierwszych trzech latach życia. Monti (w cytow. mo-





nografii) na zasadzie nader liczego materiału twierdzi również, że na pierwsze dwa lata życia przypada 40<sup>0</sup>/<sub>0</sub> wszystkich przypadków i że odsetka śmiertelności jest wtedy najwyższą. We Francyi (Barther i Sanné) największą ilość chorych błonicowych spostrzegano pomiędzy 2 a 6 rokiem życia.

Wreszcie, co się tyczy pory roku, to dane, zaczerpnięte z naszego materiału szpitalnego, przedstawiają się, jak następuje:

W miesiącu	Styczniu	leczyło się	64
„ „	Lutym	„ „	50
„ „	Marcu	„ „	53
„ „	Kwietniu	„ „	45
„ „	Maju	„ „	55
„ „	Czerwcu	„ „	50
„ „	Lipcu	„ „	48
„ „	Sierpniu	„ „	78
„ „	Wrześniu	„ „	93
„ „	Październiku	„ „	116
„ „	Listopadzie	„ „	81
„ „	Grudniu	„ „	78

Największa zatem liczba chorych przypada na miesiące jesienne, najmniejsza zaś na wiosnę. Toż samo spostrzegali niemieccy autorzy, natomiast Barther i Sanné twierdzą, że (we Francyi) rozwojowi błonicy sprzyja zima i początek wiosny.

Na zakończenie muszę zwrócić uwagę na wyniki *tracheotomij*, dokonanych przez lat 15 w naszym szpitalu<sup>1)</sup>, poprzedziwszy je krótką wzmianką *ex re* pewnych uwag, mogących się nasunąć czytelnikowi przy bliższem porównaniu poniższej tabliczki z tablicą Nr. 1. Otóż dziwną się może wydać ta okoliczność, że na ogólną ilość 811 chorych tracheotomja dokonaną była aż 405, czyli w połowie wszystkich przypadków. Kto jednak zna bliżej ubogą i mało oświeconą ludność żydowską, ten wie dokładnie, że w sferze tej nader niechętnie oddają dzieci do szpitala, po największej zaś części potrzeba inter-

1) Od r. 1887 wszystkie niemal tracheotomije wykonane były przez ord. oddz. chirurg. d-ra A. Poznańskiego, do tegoż zaś roku przez d-ra Dintego.



wency chirurgicznej, jako wymagającej większych kosztów resp. tracheotomija, na którą wogóle zgadzają się chętnie, zmusza ich do szukania ratunku w szpitalu.

Wracając do naszej statystyki, widzimy, że w szpitalu naszym dokonano tracheotomij:

W roku	Ilość tracheotomij	Zmarło
1879	2	2
1880	10	5
1881	8	4
1882	13	8
1883	16	15
1884	9	8
1885	4	3
1886	10	6
1887	28	20
1888	30	22
1889	38	22
1890	38	19
1891	59	33
1892	50	29
1893	34	17
1894		
do 1/XI	56	32
Razem	405	245
	Wyzdrowiało	160
	Odsetka śmiertelności =	60,49 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>

Dla porównania podajemy statystykę i odsetkę śmiertelności z tracheotomij (w ostatnich 2 latach w części i intubacyj), dokonanych w następujących szpitalach: (*Patrz tablicę na następnej stronie*).

Jak się z poniższego zestawienia okazuje przeciętny procent śmiertelności wahał się w rozmaitych szpitalach w granicach normalnych od 42—70. Niższą odsetką od naszej mogą się pochwycić trzy szpitale: w Strassburgu, Dreźnieński i Św. Anny w Wiedniu. Przyjąwszy w rezultacie  $\frac{1}{4}$  wyzdrowień za nor-

Szpitale	1884		1886		1888		1889		1890		1891		1892		Odsetka śmiertelności
	Ilość trach.	Zmarło	Ilość trach.	Zmarło	Ilość trach.	Zmarło	Ilość trach.	Zmarło	Ilość trach.	Zmarło	Ilość trach.	Zmarło	Ilość trach.	Zmarło	
Ś-go Józefa w Wiedniu	41	25	42	38	43	27	44	36	71	42	126	59	121	100	65,8 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Św. Anny w Wiedniu	—	—	133	73	226	144	230	142	202	118	274	128	192	83	54,9 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Are. Rudolfa w Wiedniu	—	—	17	11	21	17	28	17	32	23	30	16	27	11	61,1 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Szp. dziecięcy w Dreźnie	106	75	144	58	87	46	126	57	130	56	198	66	192	111	47,7 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Ś-go Ludwika w Krakowie	14	6	17	8	62	45	94	54	127	81	138	93	112	76	64,3 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Franc. Józefa w Pradze	45	31	96	59	162	125	160	100	145	69	116	70	144	94	63,15 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Szp. dziecięcy w Peszcie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	170	120	171	110	69,8 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Klin. pedjatr. w Strassburgu	—	—	—	—	—	—	75	30	82	38	55	21	91	41	42,9 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>

malną, należy uważać ostateczny nasz wynik pooperacyjny (40<sup>0</sup>/<sub>0</sub> wyzdrowień) za względnie pomyślny.

W końcu jeszcze jedna uwaga, dotycząca statystyki śmiertelności przy błonicy i krupie w naszym szpitalu; podaliśmy liczbę zmarłych 386, cyfra ta jednak obejmuje również przypadki błonicy i krupu, które przybyły do szpitala w stanie *agonii*, a takich było ogółem 21; jeżeli więc odejmiemy ją od podanej powyżej 386, otrzymamy 365, czyli że prawdziwa odsetka śmiertelności zredukuje się do 45<sup>0</sup>/<sub>0</sub> t. j. o  $2\frac{1}{2}$ <sup>0</sup>/<sub>0</sub> przeszło mniej od poprzednio podanej ogólnej cyfry (47,5<sup>0</sup>/<sub>0</sub>). Pomiedzy temi 21 było 12 z krupem lub dyfterytem krtani, u których niemal in extremis dokonana była tracheotomija; odliczywszy więc owych 12 od 245 zmarłych po rzezanej operacji, otrzymamy odsetkę śmiertelności po niej 57,5 czyli prawie o 3<sup>0</sup>/<sub>0</sub> mniejszą.



### III. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

#### I. Patologia ogólna, choroby wewnętrzne i nerwowe.

1. RIBBERT. **Przyczynek do anatomii zapalenia płuc.** (*Fortschr. d. Medicin Tom. XII. 1894. 10 Maj.*)

Pneumonia lobularis, zarówno jak crouposa, są wywoływane przez wdychanie dwuziarniniaków. Jak przy p. lobularis tak i przy crouposa ziarniniaki docierają do wązkich oskrzelików, z kąd wchodzą, z jednej strony, po przez ich ściany do sąsiednich pęcherzyków płucnych, z drugiej strony — do dróg pęcherzykowych i kielichowych (infundibuli). Tam wywołują one żywe zapalenie, obfitujące w komórki; wraz z oddalaniem się od ogniska zakaźnego i równolegle ze zmniejszaniem się ilości ziarniniaków komórki są coraz mniej liczne wreszcie na obwodzie istnieje przeważnie wysięk, płynny z czasem krzepnący z powodu ścinania się włókniaka.

Anatomicznie więc różni się p. lobularis od crouposa w rozkładzie wysięku tem tylko, że przy ostatniej zapalenie, cechujące się wysiękiem coraz to biedniejszym w komórki, w miarę oddalania się od środka, całe płuco zajmuje.

Stosunek liczby ziarniaków i liczby komórek w wysięku jest przy lobaris jak i przy crouposa stały. Im żywsze jest wydzielanie włókniaka, tem mniej ziarniaków; im większe nagromadzenie komórek, tem więcej ziarniaków.

Stosunek ten odpowiada ogólnym zapatrywaniom bakteriologicznym, że przy ropieniu obecność bakterij sprawia głównie, że wysięk nie ścina się. Z tej części wysięku, która jest bogata we włókniak, a uboga w ziarniaki, leukocyty są odciągane przez wpływy chemotaktyczne.

Zresztą, tenże podział włókniaka na obwodzie istnieje i w płucach gruźlicznych. W centrum, gdzie się znajdują laseczniki gruźliczne, jest mało włókniaka, przeciwnie: istnieje obfite zbieranie się komórek. Objaw ten zapalenia ropno-wysiękowego zażyć może od lasecznika gruźliczego wyłącznie (Buchner, Lubarsch).

Śmierć zarodków powodowaną jest, po pierwsze, przez brak tlenu, jaki następuje przy niedokrwistości płuc w okresie zwątrobienia szarego. Więcej jeszcze sprzyja temu — skupienie się białych ciałek krwi, leukocytów. Jakkolwiek ziarniniaki nie zawsze leżą wewnątrz komórek, są one przynajmniej zawsze otoczone płaszczem z leukocytów.

Ta nieprzenikliwa osłona sprawia przeszkodę w dostępie tlenu, a prąd soków (płynów) jest tak powstrzymany, że ziarninaki giną w swych własnych toksynach. Wreszcie, leukocyty same wydzielają do tych soków wytwory bakterjobójcze. Jakkolwiek fagocytoza gra tu rolę, ważniejszą jednak gra obecność płaszczka z leukocytów. To skupianie się komórek stanowi przy zapaleniu bardzo dodatni dla ustroju fakt.

Przy pneumonii płaszcz ten z leukocytów w oskrzelikach i przyległych pęcherzykach sprawia jeszcze i to, że przeszkadza wędrowaniu ziarninaków do innych ustępów dróg oddechowych.

*Sterling.*

2. LAACHE. **Zasady leczenia ropnego zapalenia opłucny i powikłania teje choroby.** (*Deutsche Med. Woch., 1894, Nr. 32.*)

Praca powyższa stanowiła odczyt w sekcji medycyny wewnętrznej na XI międzynarodowym zjeździe lekarskim w Kwietniu roku zeszłego w Rzymie. Przedewszystkiem wyraża autor swoje zadziwienie, że tak długo się spierano, nim zgodzono się na to, że wysięk ropny w opłucny należy leczyć na drodze chirurgicznej, to jest za pomocą rezekcji żebra. Przeciwno zabiegowi temu, będącemu prawdziwym „jajkiem Kolumba” podnoszono tę okoliczność, że wywołuje on „kalectwo”; pogląd ten z gruntu jest mylny, gdyż kawałek żebra, wycięty podczas operacji, ulega następnie regeneracji; twierdzenie powyższe poparł autor okazaniem odpowiedniego preparatu. Rezekcja żebra posiada i tę wyższość nad innymi metodami leczniczymi, że pozwala nam dokładnie obejrzeć i obmacać jamę opłucny.

Co się tyczy metody aspiracyjnej, t. zw. „Flaschen-methode,” to autor, nie posiadając co do niej osobistego doświadczenia, wstrzymuje się od wypowiedzenia ostatecznego słowa, sądzi jednak, że nie jest ona tak pewną, jak leczenie zapomocą rezekcji żebra. W dalszym ciągu porównywa autor rezekcyę z incyzyę i, zaznaczając, że w wielu przypadkach, zwłaszcza u dzieci, incyzya międzyżebrza najzupełniej wystarcza, przychodzi jednakże do wniosku, że pierwszeństwo należy oddać rezekcyi: dokładnie założone dreny czynią przemycania jamy opłucny po operacji całkiem zbytecznymi; w ten sposób unika się całego szeregu powikłań i ta właśnie okoliczność stanowi już znaczny krok naprzód. Oprócz powikłań, interesujących więcej chirurga (krwotok, aspiracyjna do jamy opłucny, niebezpieczeństwa wypływające wskutek narkozy), wspomina autor o poniższych obserwowanych przez się powikłaniach.

W pewnej liczbie przypadków występuje po operacji wielkie osłabienie i zapaść; tętno jest wówczas bardzo małe i słabe, ilość uderzeń wynosi 150 do 160 na minutę; stan taki trwa ty-



dzień lub dwa tygodnie i powoli ustępuje; niekiedy równocześnie, co jest wielce uderzające, giną w ropie domieszki krwi, ciepłota ciała stale i silnie się obniża, a ilość uderzeń serca spada do 100 lub mniej na minutę; to „*stadium debilitatis*.” jak je autor nazywa, w wyjątkowych razach trwa jeszcze dłużej i możliwość wystąpienia tegoż stanowi najpoważniejszy motyw, przemawiający przeciwko rezekcyi żebra.

Najwięcej interesujące, lecz jednocześnie najniebezpieczniejsze zejście stanowi *śmierć nagła, lub, co najmniej, prędko następująca*, często połączona z objawami mózgowymi (np. t. zw. „*epilepsia pleuritica*”), a dla którego to zejścia nie znajduje się podstawy anatomicznej; prawdopodobnie jest ono skutkiem działania odruchowego (Schok), tak, jak to ma niekiedy miejsce przy surowicznych wysiękach w opłucny; jednakże zachodzi tu znaczna bardzo różnica: podczas, gdy przy pleuritis serosa śmierć może nastąpić bez żadnej zewnętrznej przyczyny, przy ropnym wysięku w opłucny następuje ona właśnie wskutek terapii. Do tej samej kategorii zaliczyć należy i te, trudne do wytlomaczenia. W przypadkach zejścia śmiertelnego, które miały miejsce *po wprowadzeniu do jamy opłucny drenu*. Również jako powikłanie lub przyczyna śmierci występują niekiedy zapalenia sąsiednich błon surowicznych: *Pericarditis i Peritonitis*. Zapalenie osierdzia powstaje nagle, lub też powolnie, następuje zrośnięcie obydwóch ścianek osierdzia i pojawiają się wszystkie inne objawy zapalenia tegoż. W pojedynczych przypadkach występuje ropne zapalenie błony brzusznej, powodujące bezpośrednio zejście śmiertelne.

Dokładne wykonanie operacji jest, zdaniem autora, nadzwyczaj ważne, jednakże nie mniejszej dbałości ze strony lekarza należy wymagać i w leczeniu pooperacyjnym. Dopiero wtedy można chorego uważać za wyleczonego, gdy przekroczył on szczęśliwie „*stadium debilitatis*,” jeżeli takowe, naturalnie, wystąpiło. Przy porównywaniu rozmaitych metod leczenia ropnego zapalenia opłucny, należy przedewszystkiem uwzględnić powikłania tegoż, i nie zapominać często cytowanych słów słynnego *Dupuytren*, który, gdy w r. 1835 sam był dotknięty omawianą chorobą, wyraził się w sposób następujący: „jeżeli już potrzeba będzie raz umrzeć, to niechaj do śmierci mojej przyczyni się ręka Boga, nie zaś ręka lekarza.”

Fakt, że przy odmie piersiowej (pneumothorax), sztucznie wywołanej przy rezekcyi żebra, płuca jednakże się rozszerzają, nie daje się, zdaniem autora, dostatecznie wytłomaczyć teorią Roser'a, prędzej należy przyjąć, że rozszerzanie się płuc jest skutkiem wewnątrz działających sił, to jest polega na słupie powięzki, wprowadzonego do płuc podczas wdechania.

*Józef Winiarski.*

3. B. NOŻNIKOW. **O wpływie odmy piersiowej na przebieg i zejście gruźlicy płuc.** (*Južno Russkaja Medicin. Gazeta 1894 N. 31, 32*).

W powstawaniu odmy piersiowej gruźlica płuc jest głównym przyczynowym momentem. Według Saussier'a ma to miejsce w 62<sup>o</sup>/<sub>o</sub>, według Fraentzel'a cyfrę tę można podnieść do 93<sup>o</sup>/<sub>o</sub>. Powikłanie to wywiera wpływ na podstawową chorobę, wartość tego wpływu nie jest dotąd dostatecznie ocenioną w nauce.

Autor spostrzegał przez dłuższy przeciąg czasu 8 suchotników z odmą piersiową i przychodzi do następujących wniosków. Ze wspomnianej liczby chorych połowa zmarła, pneumothorax okazał wpływ zgubny na przebieg choroby; druga połowa poprawiła się w następstwie wystąpienia omawianego powikłania. Stan tych chorych przedstawiał się tak rozmaicie, że ani z oceny stopnia zmian miejscowych, ani ze stanu ogólnego nie można było wyciągnąć żadnych podstaw do rokowania. Poprawiła się po wytworzeniu się odmy, chora ze znacznymi zmianami w obu płucach, skazana niejako na śmierć, podczas gdy np. stan innej chorej ze zmianami w jednym płucu tylko i w dobrym ogólnym stanie będącej — pogorszył się bezpośrednio po przyłączeniu odmy i chora zmarła.

W czterech przypadkach odmy z zejściem śmiertelnym wysięk był ropny, w przypadkach, w których wpływ odmy na przebieg gruźlicy był pomyślny, wysięk był surowiczny.

Mechaniczny wpływ odmy z surowicznym wysiękiem na chore płuco, ucisk usuwający dowóz krwi do ognisk chorobowych — ma przygłuszać całą sprawę w płucu (zmniejszenie się ilości płwociny, gorączki). Płuco uciśnięte zostaje niejako wykluczone z funkcji swoich, które w zastępstwie pełni drugie płuco. Przy dłuższem utrzymywaniu się tego stanu mogą zająć sprawę gojenia się ognisk gruźlicznych.

Obecność odmy z wysiękiem ropnym wywiera zaś przez naturę sprawy taki zgubny wpływ na stan ogólny, że możliwe dobre strony ucisku miejscowego nie mogą już być branew rachubę.

Z tąd wynika wskazanie, aby przy surowicznych wysiękach uciekać się do wypuszczania płynu tylko w razie, gdy rozmiarami swemi zagrażają życiu. Od operacyjnego leczenia ropnego wysięku, chociaż wskazania dlań są wyraźne, autor nie oczekuje korzyści.

O. Hewelke.



4. L. BRUNS. Przypadek całkowitego urazowego zniszczenia rdzenia na prawej części szyjowej i grzbietowej. Przyczynę do zachowania się porażenia i odruchów, zwłaszcza kolanowych, przy poprzecznych cierpieniach rdzenia, wysoko umiejscowionych i zajmujących cały przekrój. (*Archiv. für Psychiatrie Tom 25, Zesz. 3*).

21 letni służący spadł z dachu na wznak. Natychmiast nastąpiło porażenie dolnych kończyn, pęcherza moczowego i odbytnicy. Anestezja odnóg aż do wysokości 2-go kręgu grzbietowego. Rezekcja kilku łuków kręgowych 2-go i sąsiednich — nie odniosła skutku. Po 3 $\frac{1}{2}$  miesięcznym pobycie w szpitalu chory zmarł. Sekcja wykazała zwichnięcie kręgosłupa: ciało 7-go szyjowego kręgu w stosunku do ciała 1-go grzbietowego było posunięte ku tyłowi. Drobnowidzowe badanie rdzenia dało następujące wyniki: w dziedzinie 1-go pnia grzbietowego i 8-go szyjowego na całym przekroju rdzenia zupełne urazowe bliznowate zwyrodnienie; w dziedzinie 8-go szyjowego i 2-go grzbietowego urazowe zwyrodnienie ogranicza się do brzegów (Randdegeneration) i rozsianych ognisk, zwłaszcza w tylnych rogach i pęczkach. Zstępujące zwyrodnienie skrzyżowanego toru piramidowego i brzegu przedniego pęczka, sięgające aż do mlecza krzyżowego, oraz w tylnym pęczku zwyrodnienie, mające kształt przecinka (kommaformige Degeneration Schultze), a dochodzące tylko do okolicy 5-go pnia grzbietowego. Wstępujące zwyrodnienie pęczków: Golla, Burdacha (częściowe), Gwersa i mózdkowego bocznego.

Przy oznaczonym umiejscowieniu urazu oczekiwać należało, że porażenie dolnych kończyn będzie odpowiadało postaci spastycznej i że odruchy, kolanowe będą wzmożone, tamujące działanie mózgu na odruchy zostało bowiem uniemożliwione, wtórne zaś zwyrodnienie toru piramidowego według teorii Chanata musiało się przyczynić jeszcze bardziej do wzmożenia ich i wywołania sztywności w porażonych kończynach. Natomiast kliniczna obserwacja danego przypadku dowiodła że przez 3 $\frac{1}{2}$  miesiąca, aż do samej śmierci odruchów kolanowych nie było, a porażenie pozostawało luźne. O działaniu skoku — teraz bowiem tłamaczono tego rodzaju wyjątki — po tak długim czasie nie mogło być mowy. Przy badaniu elektrycznym odczyn mięśni dolnych kończyn był prawidłowy. Pobudliwość ich była wprawdzie bardzo zmniejszona tak, że trzeba było bardzo silnych galwanicznych prądów, ażeby wywołać skurecz, prąd zaś faradyczny nie dawał skurczu wcale. Odczynu zwyrodnienia jednak nie było, zmniejszenie pobudliwości tłomaczy się powiększeniem (dzięki obrzękowi) oporu skóry, albo też zależne jest od tych samych przyczyn, które przy cierpieniach mózgowych powodują ten sam objaw. Badanie anatomiczne nie wykazało również ani w rdzeniu lędźwiowym ani w obwodowych nerwach i mięs-

niach zmian, które mogłyby służyć do objaśnienia braku odruchów. Rdzeń lędźwiowy oprócz zstępującego zwyrodnienia toru piramidowego był niezmieniony, zwłaszcza zara istota, przednie i tylne korzenie, okolice wstępowania tych ostatnich do tylnego rogu (Wurzeleintrittzone) zachowywały się prawidłowo. W obwodowych nerwach i mięśniach znaleziono wprawdzie lekkie zwyrodnienie, także same zmiany jednak znajdują się często, zdaniem kompetentnych autorów, którzy preparaty Brunsza oglądali, u osobników kachektycznych i przy długotrwałych obrzękach, dla objaśnienia zaś braku odruchów nie są one dostateczne.

Bastian już w r. 1882 wypowiedział zdanie, że przy cierpieniach poprzecznych rdzenia, umiejscowionych w górnej jego części i zajmujących cały przekrój, porażenie dolnych kończyn pozostaje luźne i brak odruchów ścięgnistych, i że w wypadkach wątpliwych, jeżeli się otrzymuje odruchy, można orzec z pewnością, że nie cały przekrój jest dotknięty. Nieliczni autorzy, zwłaszcza angielscy, poparli te twierdzenia Bastiana kazuistycznymi przypadkami, żaden z tych ostatnich nie był jednak tak długo klinicznie obserwowany, ani tak dokładnie anatomicznie zbadany, jak wyżej opisany przypadek Brunsza, w którym dowiedziony został brak wszelkiej innej przyczyny, mogącej ten sam objaw: brak odruchów, wywołać.

Bastian podał następujące objaśnienie zauważonych przezeń faktów, oparte na teorii Jacksona. Według tej ostatniej między mózgiem i mózdzkiem pod względem odruchów istnieje pewien antagonizm. Tonus mięśni, a tem samem i odruchy zależne są od mózdzku. Mózg tamuje odruchy przez pośrednictwo toru piramidowego. Dla tego, przy cierpieniach mózgu lub tego toru, w którymkolwiek punkcie jego przebiegu, w mózgu lub rdzeniu odruchy są dzięki przewodze mózdzku wzmożone. Inaczej się jednak ma, jeżeli cały przekrój rdzenia został zniszczony, a więc i wszystkie drogi prowadzące do mózdzku przerwane, wtedy odruchów brak. Bruns przyjmuje to objaśnienie Bastiana, jako bardzo prawdopodobne. Wpływ mózdzku na odruchy dowodzi jego zdaniem i to, że bardzo często przy cierpieniach mózdzku, zwłaszcza przy guzach, stwierdzono również (Gwers) brak odruchów kolanowych.

Opisany przypadek nastęrcza autorowi sposobność do kilku jeszcze ciekawych uwag.

Oprócz dolnych kończyn porażone były w początku niektóre mięśnie górnych, zwłaszcza międzykostne i długie zginacze palców; inne były tylko słabe, mianowicie długie wyprostne palców, zginacze i wyprostne rąk. Anestezja, jak już wspominałem, sięgała, z przodu do 2-go żebra, z tyłu do spinae scapulae. Według danych, o umiejscowieniu czynności ruchowych i czucio-



wych w rdzeniu, które zawdzięczamy zwłaszcza angielskim autorom, objawy te odpowiadają prawie w zupełności znalezionemu umiejscowieniu całkowitego poprzecznego urazu, t. j. okolicy 8-go szyjowego i 1-go grzbietowego nerwu. Brak tylko anestezji wewnętrznej połowy górnej kończyny.

Po 2 miesiącach jednak stosunki się zmieniły: wszystkie wymienione mięśnie, zwłaszcza międzykostne odzyskały prawie całą swą władzę, tylko długie zginacze palców pozostały słabe. Mięśnie międzykostne, które poprzednio dawały odczyn zwyrodnienia, odpowiadały teraz na prąd galwaniczny prawidłowo. Zupełna anestezja sięgała tylko do 5-go zebra, od 5-go do 1-go istniała tylko podczułość. Według tych objawów należałoby przypuścić, że zniszczenie ruchowej części rdzenia sięga najwyżej do dolnej części 1-go odcinka grzbietowego w tylnych zaś pęczkach dochodzi zaledwie do 5-go grzbietowego, całkowite poprzeczne zniszczenie musiałoby się znajdować jeszcze niżej. Sprzeczności te dowodzą, że umiejscowienie różnych czynności w rdzeniu nie jest tak ściśle, jak przedtem sądzono. Jądro jakiegokolwiek mięśnia np. należy sobie wyobrazić, jako łańcuch komórek odpowiadający nie jednemu a kilku odcinkom rdzenia. Czynność tego mięśnia wtedy tylko zupełnie zniesiona będzie, jeżeli najwyższy z tych odcinków ulegnie cierpieniu. Jądro międzykostnych sięgać musi do 7-go szyjowego odcinka, który wprawdzie również ciężko dotknięty, nie był jednak, jak wykazało badanie anatomiczne, całkowicie zniszczony. Co do czynności czuciowych, to anastomozy tylnych korzeni między sobą oraz obwodowych rozgałęzień nerwów czuciowych między sobą utrudniają jeszcze bardziej umiejscowienie ich w rdzeniu. W każdym razie, według przyjętych dotąd zasad, umiejscawiamy cierpienia rdzenia wogóle niżej, aniżeli się one w istocie znajdują.

Horsley w swojej praktyce operacyjnej stwierdził to samo, znajdował bowiem guzy rdzenia wyżej, aniżeli przypuszczano. Jeżeli jest wskazanie do trepanacyi, to należy ją wykonać w górnej granicy odcinka, w którym cierpienie umiejscawiamy, a jeżeli się tu nie znajdzie, szukać jeszcze wyżej. *E. Bregman.*

## II. Chirurgja.

5. Dr. Otto HEUSLER. **Wyniki 2000 usypiań eterem.** (*Deut. Med. Woch. Nr. 38, 1894*).

Na zasadzie 2000 spostrzeżeń własnych autor, zgodnie z wieloma chirurgami niemieckimi, uważa eter za najodpowiedniejszy środek do narkozy.

Dla osiągnięcia narkozy dobrej i szybkiej używamy maski Sulliard'owskiej, składającej się z koszyka drucianego, tak dużego, aby pokrywał całą twarz, obłożonego kilkoma warstwami gazy lub flaneli, pokrytych materyą nawoskowaną. Z początku, dopóki nie przejdą objawy duszności, dławienia się, a również ślinotoku i zbierania się śluzu, maskę należy trzymać w odległości 5 cm. od twarzy, po upływie zaś  $\frac{1}{2}$  minuty, nakładamy maskę szczelnie i otaczamy chustką wilgotną wyżętą; tym sposobem dzięki zgęszczeniu należytemu ulatniającego się eteru niejednokrotnie już porcyta pierwsza sprowadza uśpienie zupełne. Przygotowania do eteryzacji są też same co do chloroformowania. Pierwsza dawka eteru waha się między 30—50 ctm., następne, w odstępach od  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  godziny, podajemy tylko przy operacjach dłuższych; dorośli używają więcej eteru niż dzieci, mężczyźni więcej niż kobiety, najwięcej pijacy i osoby nerwowe; przed operacjami przypuszczalnie dłużej autor radzi zastrzykiwanie 0,01—0,05 morfiny. W  $\frac{2}{3}$  przypadków narkoza przebiega typowo i, jeżeli zachować spokój w otoczeniu, nie przystępować zbyt wczesnie do mycia i odkazania powierzchni ciała, uśpienie zupełne występuje po 5, często zaś po 1—2 min. bez okresu pobudzenia. Zwykle przed tem na twarzy, szyi, a czasami i częściach piersi górnych spostrzegamy zaczerwienienie ożywione, przechodzące często nawet u ludzi ze zdrowymi drogami oddechowymi w lekką sinicę; niejednokrotnie przy tem występuje mniej więcej obfity pot, szczególnie na twarzy, wreszcie stale spotykamy obfite wydzielanie śluzu i śliny; objawy te nikną stopniowo podczas narkozy. Tętno podnosi się już po kilku chwilach, i to wzmożenie czynności serca daje eterowi wielką przewagę nad chloroformem. Oddech jest początkowo szybszy, później staje się prawidłowym; rozprężenie mięśni w większości przypadków jest wystarczające i tylko mięśnie brzucha stawiają opór znaczniejszy. Najczęstsze powikłanie stanowi uporczywy śluz i ślinotok, nawet podczas narkozy pełnej, wszakże autor nie spostrzegał z tego powodu przykrych następstw. W klinice eteryzowano wielu cierpiących na zapalenie oskrzeli, rozedmę płuc, bez ciężkich powikłań w czasie usypiania; również nie stwierdzono dłuższych następnych cierpień dróg oddechowych (prócz jednego przypadku).

Wymioty, szczególnie przed obudzeniem, przytrafiają się również często jak po chloroformie, uczucie jednak w większości przypadków jest wieleprzyjemniejsze; bóle głowy, nudności i t. p. trwają tylko parę pierwszych godzin. Obawa zapalenia nerek następczego jest płonna. Śmierć podczas usypiania, jak to wykazały doświadczenia na zwierzętach, następuje skutkiem bezwładu serca, poprzedzonego bezwładem oddychowym. Bardzo rzadko, i prawdopodobnie, przy niedostatecznej uwadze spostrzegano następujące szybko po sobie wstrzymanie oddechu i osłabienie czynności ser-



ca; zazwyczaj oddech staje się stopniowo coraz wolniejszym, powierzchownym, wreszcie ustaje zupełnie, serce jednak pracuje spokojnie dalej i słabnie dopiero przy długotrwałej sinicy.

A więc okres zwiastunów jest dość długi dla zapobieżenia nieszczęściu, wszakże maskę należy usuwać, gdy tylko oddech staje się powierzchownym. Zupełnie bezpiecznego środka nie ma, lecz eter ma to pierwszeństwo, że nie stwierdzono z jego powodu przypadku śmierci raptownej u zdrowego, dobrze odżywianego człowieka, wobec czego uwaga operującego może być więcej skupioną na polu operacyjnym. Skutkiem łatwej palności eteru należy być ostrożnym przy używaniu aparatu Pacquelin'a, wreszcie nieodpowiednią jest eteryzacja przy tracheotomii, operacjach na twarzy, wreszcie niektórzy znoszą lepiej chloroform, niż eter.

*L. Kozicki.*

6. Dr. Emil SENGER. **O niebezpieczeństwie krwawienia mózgowego podczas narkozy u ludzi starych.** (*Deut. Med. Woch. Nr. 37, 1894.*)

Do rzędu przyczyn pośrednich śmierci podczas narkozy należy zaliczyć krwawienia z naczyń mózgowych, na które dotąd nie zwrócono uwagi. Podczas okresu pobudzenia spostrzegamy u usypianych zaczerwienienie twarzy, napęcznienie żył szyi, tętno mocne i pełne, znacznie wzmożone, jak to nawet wykazał P. Bruns na krzywych tachometrycznych przy usypianiu chloroformem. Przy chloroformowaniu owo wzmożenie czynności serca przechodzi wkrótce, przy usypianiu zaś eterem pozostaje trwale i jest trzykroć większe, niż w stanie prawidłowym; w jednym przypadku znaleziono przy zastosowaniu eteru po uprzednim chloroformowaniu 5 razy większe podniesienie tętna, niż prawidłowo.

Jeżeli przy tem następują wymioty, kaszel i wogóle czynniki wywołujące przekrwienie mózgu, wtedy zwapniałe naczynia mózgowie narażone są na niebezpieczeństwo pęknięcia. Niestety przy rzadkich sekcyjach skutkiem śmierci podczas narkozy, ograniczano się zwykle na oględzinach organów klatki piersiowej, przynajmniej sprawozdania sekcyjne nie wspominają o stanie jamy czaszkowej.

We własnej praktyce autor miał przypadek wyraźnego krwotoku z naczyń mózgowych podczas usypiania chloroformem 56 letniej kobiety ze zwapnieniem tętnicy promieniowej (radialis). Zastosowanie odpowiednich środków uratowało chorej życie, pozostały jednak objawy bazwładu połowicznego, które nie ustały całkowicie jeszcze po upływie 2-ch lat.

*L. Kozicki.*

7. Dr. POPPERT. (Giessen). **Przypadek śmierci po narkozie eterowej skutkiem obrzęku płuc i uwagi nad statystyką narkozy.** (*Deut. Med. Woch. Nr. 37, 1894.*)

Autor, zachęcony licznymi pochwałami narkozy eterowej i wobec świeżego przypadku śmierci podczas chloroformowania

w praktyce własnej, zaczął używać usypiania eterem; jednak wynik niepomysłny 40-tej narkozy osłabił jego wiarę w eter i skłonił do baczniejszego rozejrzenia się w odpowiednim dziale piśmiennictwa.

Przypadek ów miał miejsce u 46 letniego mężczyzny który poddał się operacji z powodu dużej przepukliny pachwinowej i objawów lekkiego zapalenia otrzewny. Ogólny stan chorego był względnie zadawalniający, odżywianie dobre, w organach oddechowych żadnych zmian wybitnych nie stwierdzono. Krótkotrwała narkoza eterowa, prócz wymiotów jednorazowych przebiegła pomyślnie. Zabieg chirurgiczny ograniczył się na otworzeniu worka przepuklinowego, gdyż skutkiem ropnia (otworzonego) między pętlami kiszek, odprowadzanie ich do jamy brzusznej było niemożliwym. Chory zużył 130 ctm. eteru, po przebudzeniu czuł się zupełnie dobrane. W godzinę po operacji wystąpiło gwałtownie znaczne utrudnienie oddychania wraz z głośnieńmi wilgotnemi rżęciami, sinica, kaszel częsty z wydzielaniem płwociny pienistej śluzowej, tętno poczęło stopniowo słabnąć, przez nos i usta zaczął wypływać śluz zabarwiony na czerwono, wreszcie chory skonał we dwie godziny po operacji wśród opisanych objawów. Na sekcji stwierdzono zapalenie otrzewny rozlane wraz ze sklejeniami pętlic i nawarstwieniem włóknikowem i dwa niewielkie ropnie otorbione w miednicy małej; w płucach wykazano nieznaczną rozrodnię i bardzo duży obrzęk, szególniej płatów dolnych; z przekroju płuc wypływał obficie płyn rzadki, zabarwiony czerwono, zmieszany ze śluzem; tchawica i oskrzela były wypełnione takim samym płynem. Serce prawidłowe. Owa względnie lekka postać zapalenia otrzewny wobec stanu ogólnego pomyślnego nie mogła powodować w tak krótkim czasie śmierci chorego; obrzęk płuc nie można uznać za obrzęk, powstający podczas konania przy wzdęciu brzucha wskutek osłabienia czynności serca i płuc, gdyż owo wzdęcie było niewielkie, zresztą obrzęki takie nie rozwijają się tak gwałtownie. Należy przeto uznać, że obrzęk płuc wystąpił skutkiem trującego działania eteru.

W literaturze odpowiedniej autor znalazł 7 przypadków, gdzie na autopsji stwierdzono obrzęk płuc, pomimo to ogół badaczy przypadki te, zarówno jak i inne, mniej dokładnie wyjaśnione lub zupełnie niezbadane, przypisuje różnym przyczynom, oszczędzając sławę eteru. Jednak udało się Lövit'owi wywołać obrzęk płuc u królików, zastrzykując do v. jugularis lub do dróg oddechowych eter octowy (siarczany i masłowy działają w tym kierunku słabiej); wiadomo również, że eter, drażniąc skórę, lub błonę śluzową pobudza je do wydzielniczości wzmożonej, otóż owo wzmożenie wydzielniczości powstaje widocznie od eteru i w płucach. Pod wpływem trującego działania eteru następuje prawdopodobnie wzmożenie przepuszczalności naczyń i zmiana warunków wydzielniczości.



Fakt powstawania obrzęku płuc tylko u niektórych osób należy objaśnić idiosynkrazją, eterowi również należy przypisać tak często opisywane następne zapalenia oskrzeli i zapalenie płuc zrazikowe. A więc statystyka narkozy ulegnie znacznym zmianom, jeżeli wliczyć przypadki śmierci późne, we 2—32 godzin po narkozie. Podług Gurlt'a chloroform jest 5 razy niebezpieczniejszym od eteru, jeżeli jednak uwzględnimy przypadki śmierci późnej, to przekonamy się, że eter jest 2 razy niebezpieczniejszy od chloroformu; statystyka bowiem za rok 1893—1894 wykazuje: na 33083 narkoz chloroformowych—16 przypadków śmierci podczas i 1 po narkozie, zaś na 11669 narkoz eterowych 2 przypadki śmierci podczas i 8 po narkozie. *L. Kozicki.*

8. WREDEN. **Przyczynę do etyologii zapaleń pęcherza moczowego.**  
(*Chirurg. Wiestnik. Czerwiec—Lipiec 1894*).

Przypuszczenie Pasteur'a o pasożytniczem pochodzeniu zapaleń pęcherza moczowego zostało stwierdzone całym szeregiem prac (Bumm, Doyen, Clado, Albarran, Rovsing, Krogius etc.); sposób jednakże i drogi, jakimi zarazek przenika do pęcherza, nie są jeszcze należycie wyjaśnione i względ ten skłonił autora do przeprowadzenia odnośnych badań.

Mocz chorych zbierał autor przez lejek do szklanej, odkażonej próbówki, zatkanej watą; glans penis, zarówno jak i ujście zewnętrzne cewki obmywano uprzednio roztworem sublimatu, i zbierano do próbówki tylko ostatnie 15—20 ctm. sz. moczu. Ten ostatni badano natychmiast pod drobnowidzem; część zaś moczu rozlewała na płytki z żelatyną i szczepiono na buljonie.

W powyższy sposób zbadał Wreden 22 przypadki zapaleń pęcherza moczowego; z tych w 18 szczepienie dało wyniki pożyteczne, w 4-ch nie otrzymano hodowli; okazało się jednak, że dwa z tych rzekomo bezpłodnych przypadków zawierały gonokoki Neisser'a (widziane pod drobnowidzem), trzeci przypadek był to rak pęcherza, czwarty zaś cystitis była mylnie rozpoznana.

Antor wyodrębnił za pomocą hodowli następujące postaci pasożytów, znajdujących się w 18 przypadkach zapalenia pęcherza moczowego: 1-o *Bacillus non liquefaciens* Krogius'a znaleziony w 9 przypadkach. 2-o *Urobacillus liquefaciens septicus*, identyczny jakoby z *proteus vulgaris* Hauser'a; rozkłada on mocznik w przeciągu 6—8 godzin; znalazł autor tę postać raz tylko. 3-o *Bacillus fluorescens, non liquefaciens viridis*, nie rozkłada mocznika nawet w przeciągu 20 dni. 4-o *Staphylococcus pyogenes aureus* znaleziony w dwóch przypadkach zapalenia pęcherza przy zwężeniach cewki wskutek urethritis chr.; mocz kwaśny zmienia się pod wpływem tego pasożyta na alkaliczny w przeciągu 18—24 godzin. 5-o *Streptococcus pyogenes*, wyodrębniony przez autora raz jeden; towarzyszył mu gonococcus Neisser'a; cystitis rozwi-

nęła się w tym przypadku w następstwie 16 godzinnego zatrzymania moczu wskutek głębokiego przypalania cewki przy urethritis chr. *Streptococcus pyog.* nie rozkłada mocznika. 6- *Micrococcus urea flavus pyogenes*, wyhodowany raz jeden; rozkłada mocz w 6—7 godzin. 7-o *Staphylococcus ureae liquefaciens* Lundströma, wyhodowany w 3-ch przypadkach; mocznik rozkłada się pod wpływem jego w 10—12 godzin. 8-o *Diplococcus ureae non pyogenes* wyhodowany raz jeden w przypadku niedowładu pęcherza moczowego; mocznik rozkłada się w 24 godziny. 9-o *Micrococcus aërogenes*, nie rozkłada mocznika; autor wyhodował go w przypadku przetoki pęcherzo-prostniczej. 10-o *Gonococcus Neisser'a* znaleziony był trzykrotnie.

We wszystkich zatem przypadkach zapalenia pęcherza stwierdził autor obecność pasożytów; pytanie teraz, jaki zachodzi stosunek między drobnoustrojami i stanem zapalnym tego narządu? Badania Guyon'a, Roving'a, Krogius'a, Schnitzler'a i innych wykazały po pierwsze, że proste zatrzymanie moczu, wywołane przez nałożenie przewiązki na cewkę tylną, nie sprowadza nigdy stanu zapalnego pęcherza, jeśli tenże był dotychczas zdrowy; po drugie, że wniknięcie pasożytów do zdrowego i prawidłowo swą czynność spełniającego pęcherza nie wywołuje cystitis; i po trzecie, że prócz bakteryj niezbędnym warunkiem do powstawania zapaleń pęcherza są takie momenty, jak: długotrwałe zatrzymanie moczu, lub naruszenie całości błony śluzowej pęcherza moczowego.

Dłużej zatrzymuje się Wreden nad kwestyą, w jaki sposób odbywa się zakażenie pęcherza moczowego. Jedną z powszechnie znanych dróg jest, jak wiadomo, zakładanie cewnika do pęcherza; autor prostuje pogląd na tę sprawę, twierdząc, że przecież zdrowy pęcherz moczowy nie zakazi się przez wprowadzenie doń pasożytów, gdyż te w prędkim czasie giną w moczu, z wyjątkiem tylko proteusa; powtóre zaś, dokonywamy tego rekoczynu w warunkach bez lub przeciwnych, niemożliwe jest zatem, by cewnikowanie zdrowego pęcherza sprowadzało stan zapalny jego błony śluzowej.

Drugą drogą, po której pasożyty mogą wkraczać do pęcherza, są nerki, zarówno przy cierpieniach samych nerek (Bouchard, Hueter, Tommasi—Crudeli, Weigert etc.) jak i przy cierpieniach narządów odległych; mianowicie wówczas pasożyty (*staphylococcus auerus*, *bac. pyocyaneus*, *bact. coli commune* i *proteus*) drogą naczyń krwionośnych mogą przedostawać się do nerek, a ztąd do pęcherza. Przemawiają za tem następujące przypadki: u chorego z wrzodem okrągłym dwunastnicy wyhodowano z moczu tę postać *bact. coli commune*, która przebywa w jelitach cienkich, a później, przy badaniu zwłok znaleziono przewlekłe zapalenie nerek. Dalej, badał autor mocz pięciu chorych, z których



dwaj cierpieli na osteomyelitis uda, trzeci na gruźlicę jądra, czwarty na gruźlicę w stawie biodrowym i 5-ty na gruźlicę kręgosłupa; z moczu czterech pierwszych otrzymano czyste hodowle gronkowca złocistego, z moczu zaś piątego chorego wyhodowano *Bac. pyocyaneum*, którego wykryto również w ropie licznych zatok po obu stronach kręgosłupa.

Trzeci sposób, to szerzenie się sprawy zapalnej na pęcherz z narządów sąsiednich, a więc z jednej strony z cewki i otaczających ją części, z drugiej—z narządów stykających się z pęcherzem moczowym t. j. z macicy u samic i z prostaty oraz gruczołu krokowego u samców.

Przykładem szerzenia się sprawy zapalnej z cewki na pęcherz jest tryper tego ostatniego wywołany per continuitatem.

Co się tyczy związku pomiędzy chorobami macicy i pęcherza moczowego, to autor jest zdania, że częsta np. obecność proteusa w moczu przy zapaleniach pęcherza, towarzyszących rakowi macicy, daje się najprościej wytłomaczyć w ten sposób, że pasożyt rzeczony, który znajduje się stale w obfitości znacznej na powierzchniach rozpadających się raków, szerzy się ztąd drogą naczyń chłonnych, wskutek czego powstają zarówno przypadki zapalenia tkanki łącznej okołomaciczej (Schnitzler), jak i przypadki zapalenia pęcherza moczowego.

Jeszcze ciekawsze są przypadki, w których znajdowano proteusa lub *bacterium coli commune* w moczu mężczyzn, cierpiących na zapalenie pęcherza moczowego. Jeśli jednakże zważymy, że do liczby momentów przyczynowych sprzyjających rozwojowi tegoż zapalenia, należą uporczywe zaparcia stolca, ostre i przewlekłe sprawy zapalne oraz nowotworowe prostaty (Follin i Duplay), ropnie i przerosty gruczołu krokowego, guzy hemoroidalne i t. d., jednym słowem, sprawy, przy których całość błony śluzowej prostaty ulega naruszeniu; z drugiej strony jeśli weźmiemy pod uwagę liczne połączenia między naczyniami krwionośnymi i chłonnymi pęcherza moczowego oraz кишки prostej, to jawnem dla nas będzie, w jaki sposób pasożyty kiszkowe (*proteus* i *bacterium coli commune*) znaleźć się mogą w zawartości pęcherza moczowego.

To apriorystyczne twierdzenie poparł autor szeregiem doświadczeń wykonanych na królikach—samcach, u których drażnił i kaleczył błonę śluzową jelita prostego za pomocą gorącej wody lub olejku krotonowego, albo też wprost ranił błonę śluzową mechanicznie, a następnie wprowadzał do prostaty tampony zakażone (*proteus*, *Bac. mesentericus vulgaris*). Wnioski, do jakich Wreden doszedł, dadzą się streścić w sposób następujący: 1-o zranienie błony śluzowej odbytu nie wpływa na pęcherz moczowy; 2-o skałeczenie błony śluzowej

prostnicy na wysokości gruczołu krokowego i dna (wierzchołka) pęcherza moczowego prowadzi za sobą stale zapalenie pęcherza i pojawianie się pasożytów w moczu. *W. Żurakowski.*

9. DUPLAY SIMON. **O leczeniu chirurgicznym przemieszczonego pęcherza moczowego** (*Archiv. général. de méd. Septembre 1894*).

Badania ścian pęcherza, dotkniętego owem cierpieniem wykazały, że w znacznej większości przypadków te ostatnie są pozabawione zupełnie zwieracza i warstwy mięśniowej, lub też warstwa ta istnieje li tylko w stanie zaczątkowym. Stąd też zrozumieć jest łatwo niepowodzenie prób doszczętnego wyleczenia kalectwa, gdyż po udatnem nawet połączeniu części rozdzielonych i wytworzeniu sztucznej jamy pęcherzowej odbudowany narząd sprawności czynnościowej pozyskać nie jest w stanie, a choremu raz na zawsze pozostaje w udziale najprzykrzejszy z objawów chorobliwych—niemożność zatrzymania moczu. Ostatniami wprowadzie czasy powiodło się raz jeden Trendelenburgowi po dokonaniu całego szeregu zabiegów (przecięcie więzów krzyżobiodrowych, zbliżenie ku sobie odstających kości łonowych, zeszytanie brzegów pęcherza) wyrównać, acz z pozostawieniem przetoki, stosunki nieprawidłowe do pewnego stopnia, chore bowiem dziecko, leżąc, mogło przez czas pewien (ok.  $\frac{3}{4}$  godz.) mocz zatrzymywać, w tym jednakże przypadku pęcherz operowanego miał dostatecznie rozwiniętą warstwę mięśniową, co do nader rzadkich wyjątków zaliczyć należy. Ze próby leczenia radykalnego, prócz swej bezowocności nie zawsze są dla chorego bezpieczne, przekonanie się o tem można z niepomyślnych wyników rękoczynu i dziś stosowanego jeszcze gdzie niegdzie w Anglii, który polega na wszyciu moczowodów do odbytnicy; po krótkotrwałej poprawie operowani umierali najczęściej na ropne zapalenie miedniczek nerkowych z przyczyny przedostania się drobnoustrojów przez moczowody z odbytnicy do nerek. W jednym przypadku, w którym dr. D. uciekł się do owego zabiegu, zejście niepomyślne, uwarunkowane temże cierpieniem miedniczek, nastąpiło już po kilku miesiącach.

Usiłowania więc lecznicze skierowane być winny wyłączenie tylko ku zmniejszeniu kalectwa oraz zabezpieczeniu chorych od szkodliwych tegoż następstw, ponieważ mocz, zraszając obficie graniczące z pęcherzem części ciała, prócz zanieczyszczenia bielizny i odrażającej swej woni, powoduje zjawienie się na skórze wysypek, nadżarć i owrzodzeń; z drugiej znów strony ocieranie się błony śluzowej pęcherza o zanieczyszczone moczem ubranie wywołuje zapalenie tejże z dotkliwym bólem połączone, oraz staje się powodem zakażenia moczowodów i nerek. Należy więc postarać się o zaopatrzenie chorego w dokładnie przystosowany moczozbiornik, zabezpieczyć błonę śluzową pęcherza i otwory moczowodów od zetknięcia się z powietrzem, od działania bodź-



ców drażniących i zarazków; wreszcie wypada usunąć stale przemieszczeniu pęcherza towarzyszące wierzchniactwo (epispadiasis).

Większość zabiegów, zmierzających ku zadośćuczynieniu owym wskazaniami, ma na widoku zastąpienie przedniej ściany pęcherza płatami, wykrajanemi z brzucha, pachwiny lub moszny. Za najodpowiedniejszy przyjąłby należało sposób Wood'a; ten ostatni wycina powyżej przemieszczenia płat czworokątny o dostatecznych dla pokrycia braku rozmiarach, a po wywróceniu tegoż z góry ku dołowi powierzchnią krwawiącą na zewnątrz pokrywa go dwoma mniejszemi płatami bocznemi; mocz wyciekając przez otwór, pozostały u podstawy członka, nagromadza się w odpowiednio przystosowanym zbiorniku. Zabieg ten, niezły z teoretycznego zwłaszcza punktu widzenia, należałoby uzupełnić jeszcze dokonaniem uprzednio usunięciem wierzchniactwa (epispadiasis) oraz zaszyciem przetoki, po zabiegu Wood'a pozostającej. I ulepszona jednak w ten sposób metoda Wood'a ma swoje strony ujemne.

Pominąwszy już długotrwałość zabiegu i konieczne częstokroć poprawki każdej z oddzielnych części tegoż, w owej wrzecznej jamie pęcherzowej, wytworzonej przez płaty skórne, nagromadza się z biegiem czasu znaczna ilość osadu moczowego, co, prócz bólu, staje się źródłem spraw zapalnych z następczem niekiedy przedziurawieniem owej sztucznej ściany, w obec czego czasami sami chorzy proszą chirurga, by zniszczył swe dzieło i stosunki, przedtem istniejące przywrócił.

Należało więc wytknąć sobie inny sposób postępowania, co też przez Sonnenburg'a przed laty dwunastu uskutecznione zostało. Chirurg ten rozcina przemieszczony pęcherz aż do otworów moczowodowych, a po wycięciu ściany tegoż przyszywa końce moczowodów bądź do dolnej powierzchni członka, bądź też do podstawy żołądki. W roku 1890 Segond, starając się zabieg ów poprawić o tyle, by moczowody od zakażenia ochronione były, zachowywał w ich sąsiedztwie małą część ściany pęcherza, wystarczającą do przykrycia otworów i nawzajem pokrytą dwoma płatami, wykrajanemi z bocznych ścian brzucha, poczem, na sposób Le Fort'a, zamykał przetokę cewkową przy pomocy odpreparowanego napletka. Teraz łatwo już było zaopatrzyć chorego w ściśle do końca członka przylegający moczozbiornik. Pomimo to, ów sposób, zbliżający się do ideału, nie usuwa zniekształcenia i nieprawidłowego kierunku członka i cewki. Ostatecznie więc, należałoby, zdaniem autora, zabiegi lecznicze wykonywać w porządku następującym: przedewszystkiem wyleczyć chorego z epispadyi, zaszyć przetokę cewkową, nie uciekając się do pomocy płatów (sposób bowiem Segond'a nie zabezpiecza od nagromadzenia się osadów moczowych), wyprostować, o ile się da, przekrzywienie członka, przywracając mu w ten spo-

sób zdolność do spółkowania. Gdy zaś wyniki z tych rękoczynów okażą się trwałymi, należy wówczas wykonać zabieg Sonnenburg-Segond'a, zeszywając dolny brzeg pozostałej części ścian pęcherza z nasadą członka i z jego powierzchnią grzbietową na poziomie rozpoczynającego się od tyłu kanału nowowytworzonej cewki, ranę po rezekcyi pęcherza zaszywa się, w razie zaś nieprzyjęcia się szwu można się uciec do wycięcia pokrywających płatów. Sposób ten, przy dzisiejszym stanie techniki chirurgicznej najbardziej wskazaniom zadośćczyniący, dawał D. ostatecznie wyniki całkiem pomyślne. *K. Niedzielski.*

### III. Choroby oczne.

10. Dr. ROHRER. (Zurich) **O stosunku cierpień narządu wzrokowego do cierpień nosa i ucha.** *Annales d'oculistique, 1894, Marzec, str. 205—211.*

Cierpienia nosa dość często przechodzą za pośrednictwem dróg łzowych na łącznicę oka, droga zaś odwrotna: przejście z łącznicy do nosa jest zjawiskiem nader rzadkiem — obrzmienie (chemosis) łącznicy stanowi zaporę, zatykając kanaliki łzowe. Tylko guzy złośliwe i gruźlica mogą przewyciężyć tę tamę.

Ostre i przewlekłe nieżyty nosowe komplikują się zwykle przez katarę łącznicze. Rrhinitis foetida chronica ciągnie za sobą zapalenie dróg łzowych, a to wskutek bezpośredniego przejścia drobno-ustrojów, bardzo obficie zaludniających jamę nosową w tem cierpieniu. Owrzodzenia w okolicy ujścia przewodów nosołzowych, jeżeli na nich wydzielina obficie się zbiera i zasycha, zatykają ujście, wstrzymują odpływ łez i stają się wskutek tego powodem chronicznych zapaleń worka łzowego i uporczywych nieżyków łącznicy. W 75<sup>0</sup>/<sub>100</sub> wszystkich przypadków cierpienia worka łzowego stoją w związku z chronicznymi nieżytami nosa.

Egzema nosa zwykle przechodzi na oko, bądźto wskutek przejścia drobnoustrojów przez drogi łzowe, bądź to wskutek przeniesienia zarazka przy pomocy palców.

Przyszczykowe zapalenia łącznicy i rogówki (phlyctenae) zaliczone być winny do tej samej kategorii, co i egzema. Na 100 przypadków w 90 poprzędzane bywają one przez egzemę nosa, każda recydywa przyszczycey odpowiada obostrzeniu procesu zapalnego w nosie.

Jeżeli cierpienie jamy nosowej jest jednostronne, przyszczyki występują również jednostronnie.

Powieki tylko wtórnie bywają zaatakowane, a mianowicie wskutek maceracyi łzami i tarcia, od którego chorych trudno powstrzymać.



Owrodzenia w jamie nosowej wywołują niekiedy rozedmę powiekową.

Mechanizm tej rozedmy jest bardzo prosty. Wycierając nos przy zaciśniętych nozdrzach, chory wpędza powietrze w luźną tkankę podskórną, która wskutek owrodzenia znajduje się w bezpośredniej komunikacji z jamą nosową. W świeżych przypadkach leczenie jest łatwe i skuteczne: masaż w kierunku od powiek ku nosowi w ciągu pięciu minut może usunąć rozedmę.

Silny kaszel przy krztuścu może wywołać krwawienie kanałików łzowych.

Rhinoscleroma przechodzi niekiedy na worek łzowy i na powieki.

Przy mięszowem zapaleniu błony nosowej (keratitis parenchymatosa) autor zawsze znajdował specyficzne cierpienia nosa i ucha (coryza specif., owrodzenia, salpingitis).

Przy furnukulach nosa powstają niekiedy zakrzepy w żyłach oczodołu (15 przypadków Gaillarda).

Cierpienia jamy nosowej mogą też na drodze odruchowej wywoływać zaburzenia funkcjonalne oka (astenopia, zmniejszenie siły widzenia z skotomatem centralnym lub bez niego i t. p.). Stosowanie żegadła galwanicznego zmniejsza znacznie takie zaburzenia. Z drugiej strony widywano też amblyopie przemijające, powstałe wskutek zabiegów leczniczych, stosowanych na błonie śluzowej nosa.

Nieraz już usuwano migrenę oftalmiczną, rozszerzenie źrenic, kurcz mięśnia okrężnego powiek przez odpowiednie leczenie cierpień błony śluzowej nosa.

Nierównie ściślejszy jest związek cierpień narządu słuchowego z cierpieniami oka.

Już w stanie fizyologicznym istnieją pewne stosunki między czynnościami obydwu narządów: u niektórych osób pewne dźwięki wywołują wrażenie barw (barwne słyszenie), u innych barwy wywołują wrażenia słuchowe (dźwięczne widzenie).

Kurcz mięśnia okrężnego powiek zależy niekiedy od podrażnienia, umiejscowionego w uchu zewnętrznym lub średnim (acumulatio ceruminis, ciało obce w przewodzie słuchowym, polipy i t. p.). obrażenia ucha średniego mogą powodować wahanie się oka (nystagmus). Zakrzepy w zatokach mózgowych i w v. jugularis ciągną zawsze za sobą wysadzenie oka z oczodołu (exophtalmus) i zez. Ropienia w apophysis mastoidea wywołują (Gervais) zez połączony ze zwężeniem źrenicy. Podrażnieniami gałązek czuciowych nerwu trójdzielnego, rozmieszczonych w narządzie słuchowym, wywołuje zaburzenia akomodacji. Po wyleczeniu cierpienia ucha objawy oczne zwykle ustępują, tak samo, jak po wyleczeniu cierpień ocznych, związanych z chorobami na-

rządu słuchowego, te ostatnie znikają albo zmniejszają się (prawda słuchu u głuchego glaukomatyka po irydektomii).

Statystyka głuchych, niemych i kretynów wykazuje, że wśród osobników głuchych jest dużo niedowidzących. Szwartz obserwował przypadek postępowego niedowidzenia przy ostrem cierpieniu nerwu słuchowego. Wyzdrowienie nastąpiło na trzeci dzień po zastosowaniu sztucznej pijawki Heurtehoup'a.

Wskutek porażenia nerwu sympatycznego prawego jednocześnie wystąpiły w przypadku Kisperta prawostronne niedowidzenie i głuchota; ergotyna usunęła wszystkie objawy w 5 dni.

Podczas napadów choroby Menière'a, Hoos postrzegł rozszerzenie źrenicy, połowiczną ślepotę i mouches volantes.

Ropnie apophysis mastoidea, kości skalistej i t. p. bywają niekiedy przyczyną zapaleń nerwu wzrokowego.

*J. Steinhaus.*

#### IV. Choroby wieku dziecięcego.

11. Dr. M. SPRINGER. **Badańia fizyologiczne i kliniczne nad wzrostem.** (*La Semaine Médicale* Nr. 49, 1894).

Bouchard twierdzi, że w chorobach wieku dziecięcego zwracać należy uwagę na to, aby podczas nich nie upośledzać wzrostu, nie należy więc nigdy dzieci pozostawiać bez pożywienia, lecz owszem, dobrać im takie, które, nie wpływając źle na sprawę chorobową, jednocześnie dostarczą tkankom potrzebnych do wzrostu materyałów. Na pierwszym miejscu między podobnymi środkami odżywczeni postawić należy mleko. Odpowiedniami są także wyciągi mięsne, lecz trzeba się z nimi obchodzić ostrożnie. Na uwagę zasługuje również odwar jęczmienia-potrawa, zalecona jeszcze przez Hippokratesa. Wogóle jest rzeczą, ciekawą, wiedzieć o działaniu rozmaitych zbóż na organizm rosnący.

Wzrost wyraża się w dwóch zjawiskach: 1) zwiększenie liczby komórek i 2) przenikanie i osiadanie w elementach anatomicznych, ciał jakich dostarcza ustrojowi pożywienie. Wzrost jest to może tylko pewna odmiana odżywiania, przy której wchłanianie ma przewagę nad rozkładem. Różnorodność budowy rozmaitych narządów ciała, wymaga różnorodnego pożywienia. Wymaganiu temu w pierwszym okresie życia odpowiada mleko, później jednak wyłączna mleczna dyeta staje się niedostateczną i wzrost zostaje powstrzymany, jeżeli nie dodamy do mleka pokarmów roślinnych i mięsnych. Wiadomo, że zwierzęta nie mogą przyjmować pokarmów w stanie prostym, jako pier-



wiastków chemicznych, albo też ciał mało złożonych, składających pokłady gruntu; dla tego aby te ciała stały się pokarmem zwierzęcym, muszą być wpięrow przerobione przez rośliny i zamienione na ciało więcej złożone: białka, węglowodany, tłuszcze, etc. Stosuje się to nie tylko do ciał organicznych, lecz i nieorganicznych: z wyjątkiem chlorku sody i wody, ciała nieorganiczne dla tego aby były przez ustrój przyswajane muszą być połączone z materią żywą. W warunkach zwykłych pożywienie codzienne wystarcza dla odżywiania i wzrostu ustroju. Wiele wszakże okoliczności powstrzymuje prawidłowy wzrost organizmu.

Przyczyny, powstrzymujące wzrost ustroju, mogą być dwójakie: 1) ilościowy brak substancji odżywczych, 2) skład jakościowy tych ostatnich nieodpowiadający potrzebom odżywiania. Każda z tych przyczyn może upośledzić odżywianie komórek, po większej części mamy do czynienia z przyczynami jednej i drugiej kategorii. Brak ilościowy nie tylko zależy od niedostatecznej ilości wprowadzonych pokarmów, lecz i od zbyt natężonego ich rozkładu. U dzieci w szczególności nie wystarcza ilość potrzebna na utrzymanie dorosłego; musi istnieć nadmiar potrzebny do wzrostu. Pomimo jednak braku pożywienia wzrost odbywa się miernie. Nadmiar pożywienia może być również przyczyną wadliwego odżywiania. To ostatnie może być upośledzone dwójaką drogą: 1) albo czynności trawienia i wchłaniania są prawidłowe, komórki otrzymują wiele pokarmu i wtedy powstaje ich przerost. Ten ostatni połączony jest zwykle ze zwyrodnieniem tłuszczowem, z upośledzeniem czynności odżywczych komórek, ze zmniejszeniem wydzielania kwasu węglowego, obniżeniem ciepłoty; ze zmniejszonym wydzielaniem mocznika i powiększeniem ilości kwasu moczowego. Również może nastąpić wzrost zbyt szybki i wczesny; przedwczesne skostnienie chrząstek nasadowych i co zatem idzie powstrzymanie wzrostu kości. Fakty te potwierdza zarówno klinika jak i doświadczenie hodowców zwierząt. 2) Nadmiar pożywienia może być przyczyną zaburzeń w trawieniu, co z jednej strony wywołuje złe wchłanianie, z drugiej zatrucie ustroju produktami rozkładu. Dziecko chudnie i mizernieje, więc powiększają mu jeszcze ilość pokarmu, co ma się rozumieć pogarsza zaburzenia w trawieniu. Jeżeli przeciwnie w tych warunkach zmniejszymy ilość pożywienia, to dziecko powoli zacznie przychodzić do siebie i przybywać na wadze.

Powyżej widzieliśmy fakt zwykły, lecz niemniej bardzo ciekawy: wzrost znaczny tkanki kostnej, idący w parze z odżywianiem niedostatecznym. Rzeczywiście fizjologia wykazuje, że wzrost jest nieodłączną własnością istoty żywej w pierwszym okresie jej rozwoju: może on być przez rozmaite czynniki źle skierowany, lecz nigdy zniesiony. Wzrost więc odbywa się bez względu i naprzekór wadliwemu odżywianiu. Nie wszystkie

części organizmu rozwijają się jednocześnie i z jednakowem nateżnieniem. Pod tym względem najważniejszą jest tkanka kostna i rozwój jej najnieodzowniejszy. Ztąd wynika, że gdy tkanka kostna nie znajduje w pożywieniu części składowych, potrzebnych do swej budowy, czerpie je z organów, które te części składowe zawierają: z tkanki łącznej, układu nerwowego i innych tkanek. Następstwem tego jest zubożenie uprzednio wytwarzanych tkanek i nienormalny rozwój tworzących się. Ten proces fizyologiczny tworzy stan usposobienia chorobowego przez dystrofię.

Podczas trzech miesięcy karmiono psy jednego pomiotu mlekiem krowim, pozbawionem soli; podczas gdy inne psy tegoż pomiotu dostawały mleko niezmienione. Po trzech miesiącach zwierzęta zabito. Psy, pozbawione soli, miały system kostny podobny do takiegoż u zwierząt karmionych mlekiem całkowitem; kości miały tę samą wagę i jednakowy skład chemiczny pod względem wapna, kwasu fosforowego, węglanego, magnezji i węgla. Jedynym faktem bijącym w oczy był zupełny brak tkanki tłuszczowej u zwierząt karmionych mlekiem bez soli, podczas gdy zwierzęta karmione mlekiem normalnem miały dużo tkanki tłuszczowej. W tej ostatniej organizm czerpie pożywienie w razie braku pokarmu. W doświadczeniu tym zwierzęta nie były w zupełności pozbawione soli. Mleko ścinano kwasem octowym, przesąciano; skrzep wymięty wpuszczano w wodę destylowaną odpowiednio do ilości serwatki mleka. Otóż skrzep zawierał pewną ilość soli, której go niepodobna było pozbawić, nie pozbawiając go własności odżywczych. Z drugiej strony, dodawano na litr tego mleka sztucznego 40 gr. cukru mlecznego, który również zawierał 0,40 gr. soli na 100 gr. cukru. (Ten rezultat doświadczeń autora sprzeczny z faktami stwierdzonemi przez Forstera, któremu psy pozbawione soli w pokarmie, ginęły daleko szybciej niż pozbawione wszelkiego pokarmu, tłumaczy się po prostu tem, że autor nie pozbawiał bynajmniej mleko soli. W samej rzeczy sernik i inne białka ścięte pod wpływem kwasu octowego zawierały jeszcze 4,02% soli<sup>1)</sup>. W ściętem zaś białku znajdowały się sole wapnia i kwas fosforny, niezbędne do rozwoju kości<sup>2)</sup>. Przyp. sprawozd.)

Jak działa na ustrój nadmiar soli? Przygotowywano odwar przenicy, owsa, żyta, jęczmienia, otrąb, kukurydzy po dwie łyżki każdego na 4 litry wody. Odwar ten zawierał 0,94 gramy soli na litr; z tego 0,64 pochodziło z ziarna, a 6,31 znajdowało się w wodzie, użytej do zrobienia odwaru. Odwar ten dawano psom

1) *Emmerich* Hyg. Unteruch methode, 1889 str. 193.

2) *Hamarrsten* Phydilogische Chemie 1891 str. 260.



dwumiesięcznym. Wybrano 5 psów; z tych trzem mniejszym dawano ciasto z kośćmi, jarzynami i mięsem i oprócz tego odwar powyższy; dwom większym, tylko mieszaninę bez odwaru; zwierzęta jadły, ile im się podobało i nie obliczano ilości spożytych pokarmów. Psy znajdowały się w klatce i były pozbawione ruchu. Przed rozpoczęciem doświadczenia psy zważono i zmierzono. Obwód brany był u podstawy klatki piersiowej; długość od wierzchołka czaszki do nasady ogona; wysokość od wierzchołka wyrostka łokciowego do końca kończyny przedniej. Doświadczenie trwało 4 miesiące. Rezultaty były następujące: 1) Zwierzęta, poddane doświadczeniu, były początkowo mniejsze, niższe, długość ich i objętość, a także waga były niższe, niż u zwierząt służących do kontroli. 2) Podczas pierwszego okresu 60 dni t. j. w wieku zwierząt od 2—4 miesięcy, wzrost u zwierząt poddanych doświadczeniu odbywał się szybciej, niż podczas następnych 60 dni, stosowało się to zarówno do wagi jak i objętości i długości zwierząt. Co się tyczy wzrostu na wysokość, to podczas gdy zwierzęta służące do kontroli co 2 miesiące rosły o 2 centymetry, zwierzęta którym dodawano odwar, urosły znacznie więcej w pierwszym okresie, niż w drugim. 3) Zwierzęta poddane doświadczeniu urosły o 8, 5 i 6 ctm., inne o 4 ctm.; obwód klatki piersiowej powiększył się o 6, 7 i 5 ctm. u pierwszych, a o 0 i 4 ctm. u drugich; długość o 8, 11 i 9 ctm. u pierwszych, a o 8 i 5 ctm. u drugich.

Analiza popiołu odwaru wykazuje że najwięcej znajdowało się w nim kwasu fosfornego (0,338), wapna (0,279), potasu (0,126). Otóż 2 pierwsze ciała wchodzi w skład kości. Lecz oprócz tego, że odwar ze zbóż zawiera sole potrzebne do budowy kości, zawiera je on jeszcze w związku z ciałami białkowymi i dla tego tak łatwo sole te dają się przyswajać. Mianowicie Bausingault dowiódł, że istnieje stosunek prosty między ilością azotu i kwasu fosfornego w ziarnie, a więc że kwas fosforowy jest połączony z białkiem roślin, a także białkiem zwierzęcym. Deheroin zaś dowiódł, że fosforany organiczne posiadają inne własności niż sole kwasu fosfornego. Dla tego to zupełnie inne jest działanie związków mineralnych fosforu, niż soli kwasu fosfornego podawanych w ciałach organicznych. Potas zawarty w odwarze nie przyjmuje prawie żadnego udziału w budowie kości, lecz natomiast wchodzi jako część składowa krążków krwi, mięśni, a także podnieca odżywianie.

Pozostaje do rozstrzygnięcia ostatnie zagadnienie, czy można przy pomocy powyższego odwaru przyśpieszyć wzrost zwierząt i człowieka, a jeżeli tak, to czy rzecz ta będzie z korzyścią dla ustroju? Że pożywienie ma wpływ na wzrost, możemy obserwować porównyując Szwedów i Lapończyków. Obie narodowości żyją w jednym klimacie, a jednak Lapończycy są mali i drobni,

Szwedzi wysocy i dobrze zbudowani. Ostatni używają wiele ruchu i jedzą dobrze, pierwsi bardzo mało używają pokarmów roślinnych i prowadzą życie siedzące.

Kości rosną wszcz dzięki procesom proliferacyi w okostnej; wzdłuż dzięki wzrostowi chrząstki nasadowej. Można więc powiększyć wzrost kości, opóźniając skostnienie chrząstki nasadowej, zmniejszyć wzrost, przyspieszając to skostnienie. Na poparcie tego faktu mamy przede wszystkim doświadczenie hodowców koni i psów. Różnica wzrostu tych zwierząt jest ogromna i ogólnie znana. Składało się na nią wiele okoliczności, lecz rezultat odpowiedni otrzymano głównie sztucznie przez odpowiedni dobór płciowy i właściwe pożywienie. Można zmniejszyć wzrost zwierzęcia, dając mu pokarmy przyspieszające jego formowanie się. W ten sposób można dojść do tego, że zwierzę, które przestaje rosnać dopiero w piątym roku życia, rozwinię się szybko w trzecim.

Nie chodzi tu o ilość pożywienia, lecz o jakość. Działają tu głównie kwas fosforny, wapno i potaż. Gdy dajemy te ciała w nadmiarze, nietylko podniecamy rozwój fizjologiczny, lecz i zmieniony skład tkanek. Badania Sonson'a wykazały, że podczas gdy normalne kości zawierają 61,4<sup>0</sup>/o soli, kości rozwinięte przedwcześnie 67,7<sup>0</sup>/o. Aby jednak otrzymać ten rezultat trzeba zwierzętom dawać sole kwasu fosforowego nie czyste lecz w połączeniu z ciałami organicznymi. Czyste sole, jak dowiodły doświadczenia Weiske'go i Wildt'a wychodzą niezmiennione przez kiszki.

Na powstrzymanie wzrostu mają oprócz tego wpływ rozmaite czynniki. Przede wszystkim dziedziczność, skutkiem której tkanki wogóle odżywiają się słabiej. Dalej rozmaite zatrucia: syfilis, alkoholizm, wreszcie choroby organiczne i trawienia.

W tych to właśnie okolicznościach odwar ze zboża może oddać wielkie usługi, dostarczając organizmowi potrzebnych do wzrostu soli, w związkach dających się przyswoić.

Ma się rozumieć, iż u dzieci nie może chodzić o zbyt wczesne skostnienie chrząstek nasadowych, chodzi tylko o dostarczenie dziecku potrzebnych do prawidłowego rozwoju warunków i usunięcie złych wpływów dziedzicznych. Dziecko powinno używać umiarkowanego ruchu, mieć świeże powietrze i wogóle higieniczne warunki bytu. Dopiero, jeżeli okaże się, że wzrost jest nieprawidłowy, będzie wskazany odwar ze zbóż. Szczegółowe wskazania są następujące: a) gdy dzieci są wątłe i słabo rozwinięte, b) gdy cierpią na niestrawność, c) podczas przebiegu wszystkich chorób ostrych jako środek potężny przeciwko upośledzeniu odżywiania, d) podczas zdrowienia po chorobach ostrych, e) podczas reumatyzmu stawowego.

Dr. Vaguez otrzymał bardzo dobre rezultaty, podając odwar choremu na ciężki reumatyzm stawowy. Pomimo bardzo ciężkich



objawów chory nie wpadł w anemię. Sam autor otrzymywał bardzo dobre wyniki z podawania odwaru u dziewcząt chorych na blednicę. Podając odwar mamkom podczas karmienia skonstatowano powiększenie ilości mleka. Wreszcie w przebiegu gruźlicy odwar zdaje się sprzyjać strącaniu się soli mineralnych w ogniskach serowatych.

*Kamiński.*

## V. Choroby weneryczne i skórne.

### 12. A. DEUTSCH. **Wpływ wczesnego stosowania rtęci w przymiocie na system nerwowy.** (*Arch. f. Dermat. und Syphil. 1894 XXVIII Band, 2 und 3 Heft*).

Czy rozpoczęcie specyficznego leczenia w przymiocie jeszcze przed wybuchem ogólnych objawów wpływa dodatnio na cały przebieg choroby, czy też ujemnie, jest dotychczas kwestyą sporną. Jeden i drugi pogląd liczy za sobą poważne grono znanych specjalistów. Zwolennicy wczesnego leczenia wychodzą z tej zasady, że skoro rtęć jest rodzajem odtrutki na zarazek przymiotowy, należy ją stosować z chwilą, kiedy zarazek ten okaże swoją obecność w ustroju w postaci pierwotnego owrzodzenia i obrzmienia gruczołów. Przeciwnicy wskazują głównie na szkodliwy wpływ, jaki wywiera w tych razach rtęć na system nerwowy.

Przedewszystkiem należy mieć na uwadze, że zarazek przymiotowy zaczyna działać na system nerwowy już w samych początkach choroby, dowodem czego są liczne, a tak często spotrzegane objawy, wskazujące na przekrwienie, a może nawet lekkie nacieczenie opon mózgowych; objawy te występują przed wybuchem ogólnych oznak przymiotu, a trwają nieraz po kilka miesięcy. Rzecz jasna, że system nerwowy, uległszy tak długotrwałemu podrażnieniu, straci na swej odporności i stanie się więcej wrażliwym na dalszy wpływ zarazka.

Otóż obserwacya kliniczna poucza nas, że napięcie tych objawów nerwowych oraz długość ich trwania bez porównania są mniejsze u tych chorych, u których rozpoczęto leczenie zaraz po przekonaniu się o istocie cierpienia. Następnie, u chorych nie leczonych przed wystąpieniem ogólnych objawów zarazek przenika do ustroju w pełni swych sił, wskutek czego wszystkie jego części, a więc i system nerwowy tracą na swej odporności w walce z zarazkiem, i przy powrotach choroby stają się jeszcze więcej uległe jego wpływowi. U leczonych wcześniej rzecz się ma wprost przeciwnie. Na poparcie tego twierdzenia autor przytacza 38 przypadków, leczonych wcześniej i 39 leczonych dopiero po

wystąpieniu ogólnych objawów. Przy powrotach cierpienia u żadnego chorego z pierwszej grupy nie zauważono żadnych funkcjonalnych zbroceń ze strony systemu nerwowego, z drugiej zaś grupy były takie zbrocenia w 18<sup>0</sup>/<sub>0</sub> przypadkach. Wreszcie należy zauważyć, że zmiany, wywołujące funkcjonalne zbrocenie w sferze nerwowej mogą się przyczynić do wyrobienia większej skłonności ku zmianom organicznym w późniejszych okresach.

(Deutsch popiera przytoczone twierdzenia historiami chorób i spostrzeżeniami innych autorów). Fr. G—yc.

13. I. ERAUD. **O końcowym okresie rzeżączki u mężczyzn.** (*La Semaine Médicale N. 42*).

Po kilku tygodniach trwania ostrego okresu, rzeżączka przechodzi w okres przewlekły, w którym chory żadnych już zazwyczaj dolegliwości nie doświadcza, a tylko, i to zwykle rano, zwraca jego uwagę kropla przy uściu cewki moczowej, to zupełnie bezbarwna jak gliceryna, to biała lub też żółta.

Mocz w tych razach, jeśli niema żadnych powikłań, jest zupełnie przezroczysty, ale zawiera różnego rodzaju kłaczk i bryłki. Ten sam mniej więcej charakter ma mocz przy braku owej „kropki rannej“, przy zupełnie suchym wylocie cewki moczowej,

Kłaczk te głównie składają się z mucyny, a ponieważ w przedniej części kanału moczowego jest obfitość gruczolków śluzowych, kłaczk więc przedniej części różnią się znacznie i makroskopowo, bo są grubsze i większe, i mikroskopowo od kłaczek, pochodzących z części krokowej kanału moczowego i z pęcherza, kłaczk z przedniej części kanału moczowego, oprócz znacznej ilości mucyny, zawierają komórki nabłonkowe, białe ciała krwi i pasożyty, ewentualnie dwuziarniniaki Neisser'a, te ostatnie niesłychanie trudno znaleźć.

Jednorazowe badanie zupełnie nie jest wystarczające i należy przeprowadzić kilkanaście a nawet kilkadziesiąt mikroskopowych badań, zanim uda się go znaleźć.

Wogóle można wziąć za prawidło, że im więcej w danym kłaczk zawiera się białych ciałek krwi, tem z większą pewnością możemy twierdzić, że w kanale badanego osobnika znajdują się Neisser'owskie dwuziarniniaki i z tem większą pilnością winniśmy w tym kierunku prowadzić badanie.

Autor znajdował w kłaczkach nawet po 25 latach od czasu zarażenia trypowego grzybki trybra. Kłaczk z części krokowej cewki przedstawiają się już to pod postacią maleńkich bryłek i są to głównie wytwory samego miąższu gruczołu krokowego, już to w postaci krótkich cienkich nitok i te pochodzą z kanałów wyprowadzających, te ostatnie zawierają większą ilość produktów zapalnych i w nich szukać należy trypowego grzybka. Bryłki z pęcherza przedstawiają się jako zlepek komórek nabłonkowych



bez mucyny, ponieważ pęcherz gruczołów śluzowych nie posiada. W celu przekonania się, że mocz osobnika zupełnie zdrowego nie zawiera kłaczków, autor badał mocz stu dziewcząt i stu chłopców w wieku od 5—15 lat.

Mocz dziewczynek bywał czasami nieco mętny i zawierał małe bryłki, które pod mikroskopem wykazywały rozpad nabłonkowy i komórki tłuszczowe, co zresztą łatwo objaśnić, gdyż u małych dziewczynek bywa częstokroć lekkie zapalenie sromu i gruczołów łojowych małych i dużych warg sromnych; mocz zaś małych chłopców był zupełnie czysty i kłaczków nie zawierał wcale.

Z powyższych badań wynika, że kłaczkami są stanowczo wytworem patologicznym, wytworem swoistego zapalenia o słabym natężeniu. Zapalenie to pod wpływem sprzyjających warunków może nam dać groźne nieraz zawroty, które chorzy częstokroć uważają za świeżego trypra. Częstokroć jednak kłaczkami lata całe istnieją bez szkody dla chorego, który sądząc, że jest zupełnie wyleczony, żeni się i zaraża żonę. Autor w celu wyjaśnienia tego na pozór niezrozumiałego faktu przytacza dowcipną, ale prawdopodobną hipotezę: kanał chorego na chronicznego trypra, ewentualnie kłaczkami, są glebą wyjąłowioną, w której zarazki tryprowe, nie mając materiału odżywczego pozostają uśpione; jeżeli jednak kłaczkami te wraz z grzybkami zostaną wstrzyknięte do pochwy lub szyjki macicznej kobiety zdrowej, co łącznie przy stosunku nastąpić może, znajdują one tam glebę dla swego rozwoju podatną i wywołują swoiste zapalenie, które znów w całej pełni udzielić się może winowajcy. Jest to błędne koło w którym zarazek się obraca, a które tłumaczy wiele pozornie niezrozumiałych przypadków. Chorzy z „ranną kroplą“ mniej są niebezpieczni dla swego otoczenia, bo widzą wiszące nad sobą niebezpieczeństwo i leczą się, tymczasem chorzy z kilkoma kłaczkami w moczu uważają się za zupełnie wyleczonych i nie leczą się wcale.

Streszczając więc pracę autora, przychodzimy do następujących wniosków:

1) Mocz mężczyzn zdrowych zupełnie kłaczków nie zawiera, dopóki więc znajdujemy w moczu danego osobnika kłaczkami, należy go uważać za chorego i leczyć.

2) Ponieważ znalezienie swoistego grzybka jest rzeczą trudną, bo badanie częstokroć kilkanaście, a nawet kilkadziesiąt razy przeprowadzić należy, zanim się go znajdzie, kierować się przeto winniśmy ilością białych ciałek w kłaczkach: czem mniej białych ciałek krwi zawierają kłaczkami, tem więcej pewności, że grzybka Neisser'a niema.

Sztuczne podrażnienie cewki (lapisem, sublimatem) może być pomocnym w wykryciu zarazka.

3) Mających zamiar wstąpić w związki małżeńskie należy skrupulatnie w tym kierunku badać i w razie dodatnich wyników badania nie pozwalać się żenić. *Edmund Kurella.*

14. NOIR. **Działanie gorąca na grzybek wyprysku postrzygającego.** (*De l'action de la chaleur dans la trichophytie. Le Progres Med. Nr. 14. 1893*).

Wyleczenie wyprysku postrzygającego bez usuwania włosów dotąd jeszcze było niemożliwe.

Autor zauważył u jednego z idiotów w Bricetre, cierpiącego na zapalenie płuc, znikanie wykwitów wyprysku postrzygającego bez żadnego leczenia miejscowego. Przypisując objaw ten wpływowi gorączki, autor następnie wielokrotnie przekonał się o dodatnim wpływie ciepłoty na omawiane cierpienie.

Sposób zastosowania wyższej temperatury jest następujący: włosy strzygą się krótko nożyczkami, następnie miejsce dotknięte wypryskiem obmywa się starannie szarem mydłem, na koniec nakłada się kompres z tarlatanu, napojony roztworem 1:1000 sublimatu, o ciepłocie 50<sup>o</sup> C., na kompres kładzie się płótno nieprzemakalne i wszystko umocowuje bandażem tarlatanowym. Opatrunek zmienia się raz na dzień, za każdym razem zmywając głowę szarem mydłem. *Wojciechowski.*

#### IV. WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

15. **Lisidina.** Nowy ten środek przeciwko dnie przedstawia się pod postacią biało-czerwonego, krystalicznego, bardzo hydropijnego ciała, smak ma swoisty, przypominający zapach myszy, w wodzie rozpuszcza się z łatwością. Chemiczne i farmakologiczne własności tego nowego preparatu zbadane zostały przez prof. Ladenburga z Wrocławia. Lisidina jest identyczną z aethylenäthyndiamidem, środkiem otrzymanym przez A. W. Hofmann'a, lecz powierzchownie tylko przez niego zbadanym. Formuła chemiczna lisidiny jest C<sub>4</sub> H<sub>2</sub> N<sub>2</sub>. odczyn ma silnie zasadowy, ma własność rozpuszczania kwasu moczowego pięciokroć większą od piperazyny; próby, dokonane na zwierzętach wykazały, że preparat ten nie ma działania szkodliwego. Stosuje się w dawce od 1,0 do 5,0; najlepiej w wodzie z kwasem węglanym. Lisidina w ten sposób podana nie ma przykrego smaku, o którym wyżej wspomiano.

Kliniczne badania z tym nowym środkiem przeprowadził Grewitz na klinice Gerhärda (Deut. Med. Woch. Nr 41. 1894). Wyniki były bardzo zadawalniające: zmniejszenie złogów dnawych, powrót



ruchów w zajętych stawach, wreszcie ustąpienie napadów. W przypadku prawdziwego gościa wielostawowego, środek ten pozostał bez skutku.

H. Kucharzewski.

16. **Przeciw krztuścowi** Frühwald zaleca antyspazminę. Środek ten jest sołą podwójną sodu z narceiną i kwasem salicylowym i przedstawia się w postaci czystego, lekko hygroskopijnego proszku, rozpuszczalnego w wodzie, posiada własności nasenne i przeciwkurczowe. Działanie w krztuścu było nader dodatnie. Liczba i natężenie napadów znakomicie się zmniejszały. Takież wyniki otrzymał F. w kaszlu, wywołanym przez nieżyty krtani, oskrzeli, w wysiękach do opłucny. Ubocznego działania ani razu nie zauważył. Przepisuje antyspazminę w postaci 5<sup>0</sup>/<sub>0</sub> — 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub> roztworu w wodzie laurowej. Dawki 5<sup>0</sup>/<sub>0</sub> roztworu dla dzieci są następujące:

Poniżej 1/2 roku	3—4	razy	dziennie	3—5	kropeł	(0,01 pro. dosi)
Dzieciom 1/2-rocznym	3—4	"	"	5—8	"	(0,015 " )
" 1 "	3—4	"	"	8—10	"	(0,02 " )
" 2-letnim	3—4	"	"	10—12	"	(0,02—0,025 " )
" 3 "	3—4	"	"	15—20	"	(0,04 - 0,04 " )

Starszym dzieciom daje 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub> roztworu 3 do 4 razy dziennie po 10 kropeł. Dorosłym 20—25 kropeł 3 razy dziennie. Środek powinien być przechowywany w starannie zamkniętych ciemnych naczyniach. (Arch. f. Kindh 31 i 2).

J. Z.

17. Landerer proponuje **peloty wypełnione gliceryną** dla bandaży przepuklinowych. Pelota składa się z kauczukowego, woreczka wypełnionego gliceryną; ucisk, wywierany przez pelotę, jest równomierny, miękki, trwałość 1 1/2-letnia. Bandaże z taką pelotą szczególnie poleca dla przepuklin pępkowych i nerki ruchomej. (C. f. Chir. 41, 94).

J. Z.

18. Dr. B. Poster w „Journ. of. cutan. and genito-urinary diseases“ poleca **oryginalny sposób leczenia rzeżączki**, który ze wszech miar na miano kuracyi w stylu fin de siècle zasługuje. Pomysłowy ten lekarz radzi, skoro rozpoznanie tryper postawione zostanie, zachloroformować chorego, poczem zrobić mu w kroczu boutonniere oraz założyć dren do pęcherza. Wykluczoną w ten sposób cewkę moczową leczy się następnie antyseptycznie. Tamponadę cewki gazą jodoformową zaleca autor bardzo gorąco.

H. K.

19. Dr. C. Berdach, poddawszy krytyce dotychczasowe nasze wiadomości nad **rolą nadnerczy**, przychodzi do wniosku, że 1) nadnercza nie są narządem niezbędnym dla życia. Usunięcie ich bez uszkodzenia części sąsiednich, zwłaszcza splotów nerwowych, jest znoszone przez zwierzęta zupełnie dobrze.

2) Po usunięciu nadnerczy, jak również przy niepowikłanych cierpieniach tych narządów i sąsiadujących z nimi nerwów daje się zauważyć często znaczna zniżka ciepłoty poniżej normy, mogąca mieć znaczenie rozpoznawcze.

3) Zarówno obniżanie się ciepłoty niżej normy jak i wszystkie objawy choroby Addisona nie zależą od cierpienia nadnerczy, ale od zmian w składzie nerwów współczulnych. (Wien. Med. Woch. 52),  
O. H.

20. Prof. A. Robin zanwałzył, że umiarkowana jazda na **dwukółowcu** ( $\frac{3}{4}$  godz. po gruncie równym) sprzyjała wydzielaniu kwasu moczowego, a w następstwie wpływała na zmniejszenie się wytwarzania się tego ciała. Z drugiej strony Robin uważa użycie tego sportu, nawet umiarkowane, za przeciwwskazane dla osób ze śladami białka w moczu, zwłaszcza tam gdzie istnieją podejrzenia na rozwijanie się marskości nerek; ilość białka pod wpływem jazdy zwiększa się znacznie. (Acad. de Méd. Arch. Gen. XII).

21. Do znanej już metody **leczenia padaczki**, podanej przez Flechsig'a (makowiec 0,06 pro die w 3 — 4 dawkach; stopniowo zwiększając dawkę dochodzi się do 1,0 i więcej; po 6 tygodniach przerywa się nagle opium i przechodzi się do bromu w dużych dawkach 7,0 pro die, po 2 miesiącach ilość bromu zmniejsza się stopniowo do 2,0 pro die) przybywa nowa podana przez Bechterewa, polegająca na jednoczesnym podawaniu bromu i Adonis Vernalis według formy:

Rp. Inf. Adon. Vern. e 2,0—3,75—180,0

Natri bromati 7,5—11,25

Codeini puri 0,12—0,18

4—8 łyżek stołowych dziennie.

Nawet kilkumiesięczne użycie tej mikstury bywa dobrze znoszone. B. twierdzi, że napady przerywają się niekiedy od razu, zwykle zaś nasilenie i częstota ich znacznie się zmniejszają.

22. Dr. C. Schütt obmyślił **przyrząd ułatwiający kobietom oddawanie moczu w leżącym położeniu** bez potrzeby unoszenia miednicy. Przyrządem tym (Trichter Urinal) jest mały szklany lejek silnie spłaszczony z obu stron w postaci czołenka, tak, że może być wprowadzony in vulvam przed samo ujście cewki; gumowa rurka nasadzona na szyjkę lejka, odprowadza mocz na zewnątrz.

Przyrząd, odpowiednio utrzymany może pozostawać à demeure przy incontinenciae urinae. Opaska podobna do T utrzymuje go w miejscu. Baczycie należy tylko, aby zbyt silny ucisk nie spowodował odleżyny.

Dostarcza firma L. Schmidt Gr. Burstah 16 Hamburg. (Deut. Med. Woch. 51).  
O. H.

23. Dr. Loewy w posiedzeniu lek. w Berlinie demonstrował preparaty **kryształów Charcot-Leydena wśród tkanki rakowej macicy**. Dotad znajdowano te kryształy tylko w płwocinie astmatyków, we krwi chorych na białaczkę oraz w polipach nosowych. W tych tkankach zawsze można było wykazać obecność eozynofilowych ciałek krwi. Ztąd L. stawia kryształy i ich tworzenie się w pewnej od tych komórek zależności. Litten wspomina, iż widział często te kryształy we krwi przy złośliwej nadokrewuoci, nie jest wszakże w możności ocenić ich stosunku do wyżej nadmienionych komórek.  
J. Z.



24. Laborde przedstawił na posiedzeniu Akad. lek. w Paryżu (27, XI r. z.) troje dzieci z **mikrocefoliją** rodem z Grecji: dziewczynkę 12-letnią i chłopców 8 i 10-letnich. Dzieci te ciągle są podniecone nawet nocą, ręce zgięte, chodzą jak małpy, niekiedy na czworakach. Obwód głów wynosił 35, 38 i 39 ctm. Idjotyzm zupełny, uwagę najmłodszego można zwrócić za pomocą przedmiotów błyszczących, którymi bawi się jak małpa. Dzieci te niepoznają nikogo, nawet tych, którzy im jeść dają. Jedzą tylko wtedy, kiedy kęs podawać im do ust. Mocz i kał oddają pod siebie. Obydwa chłopcy mają hypospodiasin et cryptorchismum. Rodzice ich, ojciec 40-letni i matka 35-letnia, są zupełnie zdrowi i prócz wyżej opisanych mają 2 dzieci zupełnie zdrowych i rozwiniętych prawidłowo. Przymiot u rodziców wykluczony. (Progr. méd. 48, 93). J. Z.

25. **Lawatwy odżywcze z zawiesiny tranu.** Pierwszy prof. Révilliod z Genewy zastosował tego rodzaju lewatwy na klinice. Jego uczeń i dawny asystent Zoppino dalej prowadził badania, które dały mu rezultaty doskonałe. Wiemy, jak nieraz trudno stosować tran u dzieci i dorosłych, mimo, że wskazania dla tego środka niewątpliwie są ważne w rozmaitych stanach upośledzonego odżywiania. Prof. R. i dr. Z. stosują ten środek w postaci następującej zawiesiny:

Ol. jecor. asel 600,0  
 Vitelli ov. Nr. II  
 Aq. Calcis 400,0  
 M. F. Emulsio

Do tej zawiesiny można dodawać 7<sup>0</sup>/<sub>0</sub> chlorku sodu co zmniejszać ma podrażnienie kiszek. Obok tych lewatyw wymienieni klinicyści stosują kombinację z sokiem trzustkowym i żółcią, które działają w sposób podobny. Latwatwy należy dawać jak zwykle w parę godzin po wypróżnieniu lub lewatywie wypróżniającej. Ilość: 60--70—150 grm. na raz. U wszystkich chorych zauważyli zupełną asymilację w ten sposób podawanego tłuszczu, podczas gdy tran wprowadzany bez zawiesiny w znacznej części bywał wydalony. Prosty ten sposób stosowania tranu rzeczywiście zasługuje na uznanie i dalsze próby. (La Sem. méd.). J. Z.

26. Gilbert w Akademji nauk odczytał sprawozdanie o **działaniu kwasu solnego na bact.coli comune, bacillus Eberthi, vibrio cholerae etc.** Z badań jego okazuje się, że wolny kwas solny nawet w dużym rozcieńczeniu działa na te drobnoustroje zabójczo, przeciwnie, kwas solny skombinowany działa nader słabo. To, zdaniem Gilberta, tłumaczy czemu u zdrowych na żołądek ludzi laseczniki te mogą dostawać się do kiszek. (le Progr. méd.). J. Z.

27. Poncet zalecał na ostatniem posiedzeniu Akad. lekarskiej w Paryżu **laparotomię wczesną w zapaleniu ostrem wyrostka robaczkowego** lub nawet w przewlekłym obostrzonym w celu usunięcia wyrostka robaczkowego. Operacja ma być zupełnie bezpieczna. (le Progr. méd.) J. Z.

28. Na posiedzeniu Akademji nauk znany fizyk Raoul Pictet, opisuje następujące postępowanie, zwane przez niego **frigoriterapią**. Zasada jest następująca. Według Picteta (który wiele pracuje nad niskimi ciepłotami i ich wpływem na gazy), promienie ciepłne o temperaturze poniżej 65—67° C. przechoożą przez ciało jak promień świetlny przez szklanke, złe przewodniki ciepła stają się wtedy dobremi, promień zimny przechodzi przez futro, tkaniny wełniane, drzewo, jak promień słońca przez szkło. Ztąd, umieszczając zwierzę okryte futrem w zimnej (—110°) przestrzeni, uzyskamy to, że promień zimna przejdzie przez skórę i działać zacznie na org. wewnętrzne zwierzęcia; dzięki temu zwierzęta, umieszczone w tej temperaturze, według badań Picteta, uczuwają silny głód po wyjściu z niskiej ciepłoty, gdyż promienie zimna są doskonałym stimulansem na narządy trawienia. Wypróbował to na sobie Pictet, który od dłuższego czasu cierpiał na ciągle bóle w żołądku w okresie trawienia i stały brak łaknienia. 23/II r. z. zstąpił on do t. zw. studni oziębionej, otulony w futra, i w ciągu 4-ch minut poczuł po raz pierwszy łaknienie tak silne, że dochodziło do męczącego głodu, uczucie to nieopuszcilo go nawet po wyjściu z zimnej przestrzeni. Po 8 takich seansach uczuł się zupełnie zdrowym, znikły bóle i brak łaknienia i chory przed tem Pictet zaczął trawić jak za lat młodzieńczych. Proponuje on stosować swoją metodę w leczeniu chorób narządów trawienia.

Tyle Pictet, nie przesądając kwestji należało by myśl Picteta rozwijać dalej, tembardziej, że w jego pracy brak danych o tętnie oddechaniu i zachowaniu się innych funkcyj ustroju, co może mieć znaczenie rozstrzygające. W każdym razie nazwisko Picteta daje nam pewne gwarancje i upoważnia do dalszych badań. (l'Union méd. 66/XV, 94).

J. Z.

## KRONIKA MIESIĘCZNA.

— Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego d. 2 Stycznia r. b. zostali wybrani: Dr. Baranowski na prezesa, Dr. Sokołowski na wice prezesa i Dr. Rychliński na sekretarza doręcznego.

— Urząd lekarski m. Warszawy wyznaczył komisję w celu opracowania kwestyi urzędzenia składów win i ograniczenia zafałszowań win. W skład komisji wchodzi: kol. I. Polak, jako przewodniczący, oraz jako członkowie: Bukowski asesor farmacyi, Ławiagin chemik pracowni miejskiej, mag. farm. Mutniański, lekarze miejscy Tchórznicki i Fabjan oraz przedstawiciele firm przemysłu winnego: Zeydel, Langner i Lijewski.

— W instytucie medycyny doświadczalnej w Petersburgu otwarty zostanie ołeczenie wydział poświęcony patologii ogólnej, kierownictwo



kórego powierzonom zostało byłemu profesorowi Warszawskiego Uniwersytetu S. M. Łukjanowowi, dyrektorowi instytutu.

— Profesorowie wydziału lekarskiego w Moskwie utworzyli komisję obradującą nad urządzeniem międzynarodowego zjazdu lekarzy w Moskwie w r. 1897. Przewodniczącym komisji jest prof. Klein. Do komitetu przyszłego zjazdu wszedł także hr. Kapnist, kurator okręgu.

— Podobno departament lekarski otrzymał do rozpatrzenia projekt wprowadzenia rządowego monopolu aptecznego. Projekt ma na celu: zniesienie cen lekarstw wogóle i możność dostarczania bezpłatnego leków klasom biednym ua szerszą niż dotąd skalę. Istniejący dziś monopol prywatny, pomimo stopniowego obniżania cen zarówno za środki jak i za robotę apteczną, nie pozwala na pomyślny rozwój lecznictwa ludu. Mimo nawet bezpłatnych porad lekarskich zawsze jeszcze zbyt wysoka cena leków odstręcza od korzystania z racjonalnej pomocy lekarskiej. Darmowa porada bez lekarstw darmo pozostaje najczęściej daremnem usiłowaniem przy niesieniu pomocy lekarskiej zupełnie biednym. I. k. M. 46.

— W roku bieżącym zacznie wychodzić w Berlinie dziennik poświęcony czynnościom lekarzy, występujących w charakterze ekspertów: „Organ f. d. gesammte Sachverständigthaetigkeit des praktischen Arztes“. Redaktorami będą: Dr. Becker i Dr. Leppmann.

— W Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej wychodzi 234 pism lekarskich, z tej liczby na sam New-York przypada 52, na Filadelfię 20, na Ohio 14, na St. Louis 12 pism. Specjalizacya literacka jest tam iście amerykańska, na przykład „rectum“ posiada tam własny organ.

— Prof. na klinice lekarskiej, G. Sée, i prof. fizyologii Richet ustąpili ze swych posad. Na miejsce ostatniego wstąpił Dr. Gley.

— Dr. Izydor Schnabel, profesor okulistyki na niemieckiej wszechnicy w Pradze Czeskiej został powołany do wiedeńskiego uniwersytetu na katedrę osieroconą niedawno przez Ludwika Mauthner'a.

— Znany badacz i lekarz norwegski, Danielsen, jak już donosiliśmy, zmarł niedawno w 79-ym roku życia. Obecnie zawiązał się komitet w celu uczczenia jego zasług przez postawienie pomnika. Składki zbierają się w całej Europie.

— Niejaki dr. Bonafous zmarł na błonicę skutkiem zarażenia się od dziecka chorego. Pozostawił żonę i 6 dzieci.

— Przypadki zapadania na cholere osób pracujących w laboratoryjach i instytutach bakteryologicznych były dotąd niejednokrotnie w liteaturze notowane. Cholera w pracowni nabyta tak zwana: *cholera laboratoryjna*, przebiegała zwykle pod postacią lekkiej biegunki i w krótkim czasie pomyślnie się kończyła. Dla tego bakteryolodzy lekceważyli sobie sobie w pracowniach zarazek choroby, przeciwko której do tak energicznej walki poza murami swych gabinetów stawali. Cholera laboratoryjna nie zawsze jednak ma tak łagodny

przebieg i pomyślne zejście. W ostatnich czasach notowano jeden przypadek śmierci. Ofiarą padł młody asystent Instytutu higienicznego w Hamburgu D. Oergiel, który od dłuższego czasu prowadził badania nad lasecznikiem cholerycznym. Choroba jego trwała tydzień, odrazu wystąpiła z groźnymi objawami i pomimo najtroskliwszej opieki lekarskiej, której koledzy choremu nie szczędzili, do grobu ofiarę swą wpędziła.

H. K.

— Miljonerzy amerykańscy są bardzo hojnie co do honorarjów lekarskich. Oto garść cyfr: za całoroczne leczenie 60—100,000 dolarów, za dwumiesięczną kurację dziecka 8,000 dolarów, za 6-miesięczne towarzyszenie na jachtach 60,000 dolarów, za wyjazd z Filadelfji do S. Francisko na konsultację 21,000 dolarów. Cyfry te podajemy na wiarę l'Union Médicale.

— Ofiarą rozdrażnienia ojca po śmierci dziecka padł, jak donosi La France Méd., dr. Bouffier. Wieczorem zbliżył się do niego jakiś człowiek i dał dwa wystrzały z rewolweru. Jedna z kul weszła w szyję i doszła do postawy czaszki. Zatrzymany morderca złożył zeznanie, że poprzedniego dnia dr. B. był wezwany do jego dziecka i przepisał lekarstwo, zalecając, aby go zawiadomiono, skoro się dziecku pogorszy. Lekarstwa nie kupiono, a na drugi dzień dziecko zmarło. Wtedy zroszczony ojciec zaczął szukać lekarza i pod wpływem rozdrażnienia strzelił do niego.

— W Paryżu miał miejsce przed niedawnym czasem proces przeciw aptekarzowi za nieprawne udzielanie porad. Wystąpiła przeciw niemu niejaka Reuter, która z powodu skażenia palca zwróciła się do aptekarza sąsiedniego o poradę. Zalecono jej wodę karbolową, brak jednak racjonalnej pomocy spowodował martwicę całego palca. Sąd skazał aptekarza na 25 fr. kary i 2,000 fr. dla poszkodowanej, mimo tłumaczeń aptekarza, że często się zdarza, iż publiczność szuka porady w aptece.

— Z pomiędzy 40,000 ślepych we Francji 18,000 cierpi skutkiem blenorhoea neonatorum. (Pr. méd. 37).

— Delegacja „Ochrony roślin i zwierząt gospodarskich“ Sekcyi Rolnej Towarzystwa popierania Przemysłu i Handlu podaje do wiadomości, że hodowle zarazka **tyfusu mysiego** Löfflera w celu tępienia myszy polnych można nabywać u D-ra Wł. Palmirskiego w pracowni bakteryologicznej przy ulicy Bednarskiej Nr. 24 w Warszawie. Litr hodowli z opakowaniem kosztuje rs. 2 kop. 50. Na włókę potrzeba od 2 do 3 litrów hodowli. Do trucia należy używać gotowanej pszenicy, oblanej hodowlą owianego zarazka. Jedna flaszeczka t. j.  $\frac{1}{4}$  litra wystarcza na polanie 2—2 $\frac{1}{2}$  kwart pszenicy, a zatem litr wystarcza na 8—10 kwart. Do nory mysiej należy sypać jedną łyżkę stołową przygotowanej w powyższy sposób pszenicy; w budynkach można ją sypać kupkami. Dla ptactwa domowego i zwierząt, zarazek ten nie jest szkodliwy. Wyniki dotychczasowych doświadczeń wkrótce będą ogłoszone.



— We Francji zainteresowano się losem rybaków francuzkich, przyjmujących udział w tak zwanym wielkim rybolówstwie (*grande pêche*) a pozostających przez cały czas kampanii (6—7 miesięcy) bez pomocy lekarskiej. Liczba rybaków przechodzi 15000 ludzi; 10000 wypływa do New-Feundland, 5000 do Islandji, 2000 na Północne morze. Postanowiono posłać na wody te statki—szpitale. Na początek buduje się jeden taki okręt objętości 300 tonn. Koszta mają być pokryte ze składek prywatnych. Okręty takie istnieją już w Anglii.

— W m. Grudniu r. z. zmarł w Warszawie ś. p. Dr. Jan Dudrewicz w 91 roku życia. Zmarły studyował w Krakowie, był lekarzem b. wojsk polskich w latach 1830—31. W swoim czasie był czynnym zarówno na niwie teoretycznej jak i praktycznej medycyny i wyrobił sobie imię dobrego lekarza i człowieka.

— Maść przeciw ichtyosis i eczema chronicum: Papaini 8,0, acidi salicylici 4,0, Glycerini puri, ol. ricini ana 16,0. M. f. Ungu. S. ad frictions.

— Według danych Zarządu miasta Petersburga ludność tej stolicy wypła w r. 1893 roku  $2274097\frac{3}{4}$  wiadra wódki (40%), mniej nieco niż w 1890 r. — 24111247; w roku 1890 ilość doszła do 2700220 wiader. Miejsce sprzedaży detalicznej było w roku zaprzestłym przeszło 2700.

— Prezydent Stanów Zjednoczonych w swem orędziu do Kongresu kładzie nacisk na potrzebę urządzenia ministeryum zdrowia publicznego. Zdaje się że Kongres da odpowiedź przychylną.

— W Paryżu wchodzi w użycie do okien szkło porowate. Przepuszcza ono światło jak zwykle, ale zarazem przechodzi przez nie i powietrze bardzo lekkim prądem, tak, że nie daje się ucuwać, a jednak przyczynia się do przewietrzania.

— Dr. A. Pollatschek. **Die Therapeutischen Leistungen des Jahres 1893.** Wiesbaden 1894. Książka ta jest piątym z rzędu rocznikiem wydawanym przez autora i zawiera w sobie dokładny obraz postępów lecznictwa w ciągu 1893 r. Uwzględniono tu równomierne wszystkie działy medycyny, nie zapominając o drobnych nawet specjalnościach. Całość została, podobnie jak z lat poprzednich, ułożona sposobem alfabetycznym według chorób i środków leczniczych i nosi na sobie charakter encyklopedyczny. Każdy z lekarzy znajdzie w niej potrzebne dla siebie wskazówki, tembardziej, że uwzględniono, co rzadko bywa w podręcznikach niemieckich, piśmiennictwa różnych krajów.

Dziełko to o 328 stronicach dużej ósemki opatrzone jest nadto spisem imiennym autorów, których prace uwzględniono w roczniku. Cena rocznika 7 marek.

## Nadesłano do Redakcyi.

---

*J. Goldbaum:* Przypadek niezwykłych wahań w wydzielaniu soku żołądkowego i w mechanizmie żołądka. Odb. z Gaz. Lek. 1894.

*Magister A. Krajewski:* Malleina jako środek rozpoznawczy, ochronny i leczniczy.

*Tenże:* O ochronnych szczepionkach węgla, dokonanych w Rosyi szczepionkami Leona Cienkowskiego. Odbitka z Przegl. Weteryn. 1894.

*Funk i Grundzach:* O pokrzywce u dzieci i związku jej z krzywicą i atonią żołądka. Odb. z Medycyny 1894.

*L. Kryński:* O leczeniu chirurgicznem zapaleń otrzewny. Odb. z Przegl. Lek.

*W. Florkiewicz:* O klimacie górskim Podhala tatrzańskiego i stacyi klimatycznej w Zakopanem. Odb. z Medycyny.

*L. Korczyński:* O chorobie Basedowa. Rozprawę z Med. Prak. Serya II Z. 19. Kraków 1894.

---

## Od Redakcyi.

Ze względu, że Pam. Tow. lek. stale już od lat kilku pomieszcza obszernie sprawozdania z piśmiennictwa lekarskiego polskiego i nadal pomieszczać je będzie, utrzymanie działu tego w naszym piśmie uważamy za zbyt ciężkie i z tego względu w r. b. prowadzić go nie będziemy, natomiast prace, warte zaznaczenia, umieszczając będziemy w dziale sprawozdawczym pod właściwemi rubrykami.

---

## Od Administraeyi.

Szanownych Prenumeratorów, zaległych w opłacie za rok zeszyły, uprzejmie prosimy o szybkie uregulowanie rachunków, tym bowiem, którzy w bieżącym miesiącu nie uregulują takowych, dalszą przesyłkę, *Kroniki* wstrzymamy.

---

Redaktorzy: Dr. Med. Otton Hewelke i Dr. Józef Zawadzki.

Wydawcy: Dr. Med. Otton Hewelke, Dr. Konstanty Sierpiński i Dr. Józef Zawadzki.