

# KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Z oddziału i ambulatoryum D-ra A. Sokołowskiego w szpitalu Św. Ducha.

## PARACHLORFENOL I MENTHOROL

W ZASTOSOWANIU DO LECZENIA

GRUŹLICY GÓRNEGO ODCINKA DRÓG ODDECHOWYCH.

Podał

Aug. Łogucki.

Lekarz ambulatoryum.



Od czasu do czasu znajdujemy w piśmiennictwie prace, zachwalające w leczeniu gruźlicy krtani jakiś nowy przetwórk farmakologiczny, — środek, który ma w walce z tą ciężką sprawą zastąpić i wyrugować wszystkie dotychczas stosowane leki. Zazwyczaj, w wielu razach bezsilni, tem chętniej stosujemy takie środki w nadziei, że będziemy w stanie ulżyć chorym, zwłaszcza w tych przypadkach, gdzie nas zawiodły wszystkie dotąd stosowane zabiegi.

Z takich środków do najbardziej zachwalanych w ostatnich czasach należy *parachlorfenol*. Pierwszą wzmiankę o odkażających właściwościach chlorfenolów znajdujemy w pracach Chech'a <sup>1)</sup> i Dianin'a <sup>2)</sup>.

1) C. Chech. „Ueber die desinficirende Wirkung der Chlorphenole.“  
Journal für pract. Chemie.

2) Dianin. „Trichlorfenol, kak obezrazawajuszeje sredstwo“, 1882,  
Dysertacya.

Dianin stosował przetwory trójchlorfenolów przy opatrywaniu ran, lecz przykry zapach tych środków wkrótce usunął je z użycia.

Za radą prof. M. Nenckiego Czuriłow <sup>1)</sup> stosuje po raz pierwszy parachlorfenol w postaci 1% do 3% maści w leczeniu róży i otrzymuje zachęcające wyniki.

W r. 1893 Karpow <sup>2)</sup> ogłasza pracę o własnościach fizycznych i chemicznych, jak również o działaniu antyseptycznym i fizyologicznym chlorfenolów, przypisując parachlorfenolowi wybitne odkażające własności.

W r. 1894 prof. Simanowskij komunikuje o dodatnich wynikach, jakie otrzymał przez zastosowanie parachlorfenolu w cierpieniach gruźliczych górnego odcinka dróg oddechowych. Jednocześnie prawie badania nad tym przetworem rozpoczął Szmurło <sup>3)</sup> na oddziale d-ra Sokołowskiego w celu wypróbowania tego leku i bliższego określenia jego własności leczniczych.

Zestawiwszy na podstawie 26 spostrzeżeń klinicznych wyniki działania parachlorfenolu w cierpieniach przerostowych jamy nosowej, gardzieli i krtani, oraz w owrzodzeniach gruźliczych, Szmurło nie przypisuje parachlorfenolowi jakichś wybitnych własności, a nawet uważa lek ten za gorszy od innych dotąd stosowanych. „W cierpieniach gruźliczych krtani — konkluduje Szmurło — parachlorfenol wywołuje obrzęk części przypalonych, sprawia długotrwały i mocny ból, odbiera łaknienie, i wskutek tego przynosi nieznaczne w porównaniu z innymi środkami (kwas mleczny, kwas karbolowy, mentol) korzyści.“ Po pewnym czasie stosowania parachlorfenolu lek ten na oddziale zarzucono.

Natomiast również w r. 1894 Elsenberg <sup>4)</sup> ogłasza o dodatnich wynikach, jakie otrzymał, stosując parachlorfenol w leczeniu wilka. Elsenberg mniema, że działanie parachlorfenolu na wilka jest bardzo zbliżone do działania tuberkuliny Koch'a; parachlorfenol, zdaniem Elsenberga, możnaby nazwać tuberkuliną miejscową, nie mającą jednak wad tuberkuliny.

---

1) Czuriłow. „Leczenie róży chlorofenolami i bromfenolami.“ Archiw biologicznych nauk. Tom II.

2) Karpow. „Dezinfecirujszczeje diejstwie monochlorfenolów.“ Archiw biologicznych nauk. Tom II.

3) Szmurło. „Parachlorfenol.“ Gazeta lekarska, 1894.

4) Elsenberg. „Leczenie wilka parachlorfenolem.“ Gazeta lek., 1894.

W r. 1895 A. Spengler<sup>1)</sup>, pracując w klinice prof. Simanowskiego, ogłasza o bardzo dodatnich i zachęcających wynikach z leczniczego działania parachlorfenolu w gruźliczych owrzodzeniach górnego odcinka dróg oddechowych. Wykazawszy doświadczalnie odkażające własności parachlorfenolu, Spengler w pracy swej przytacza szczegółowo opisane historie chorych z owrzodzeniami gruźliczemi, leczonych parachlorfenolem. Z 26 przypadków — w 10-ciu (38.5%) osiągnięto zupełne wyleczenie. Spengler przyznaje parachlorfenolowi bardzo cenne własności lecznicze. Z obserwacji Spenglera widać, że w wielu razach owrzodzenia oczyszczają się już po kilku pędzlowaniach; stan zapalny naokoło owrzodzeń bardzo szybko ustępuje, co, zdaniem Spenglera, przypisać należy, prawdopodobnie, zabójczemu działaniu parachlorfenolu na pasożyty ropotwórcze (wtórna infekcja); parachlorfenol działa jako lek kojący bóle; znieczulenie trwa niekiedy i po kilka godzin; lek ten mało drażni tkanki zdrowe; wreszcie środek ten można stosować we wszystkich okresach gruźliczego zajęcia górnego odcinka dróg oddechowych.

Spengler wyprowadza ze swoich obserwacji następujące wnioski: 1) rozczyń (w glicerynie) parachlorfenolu w postaci pędzlowań i wcierań zabliźniają powierzchowne i głębokie owrzodzenia krtani, jak również pod wpływem tego środka nacieczenia szybko nikną; 2) objawów reakcji i podrażnienia nie bywa; 3) kojące ból działanie parachlorfenolu bywa długotrwałe, niekiedy po kilka dni; 4) parachlorfenol ma tę wyższą własność nad kwasem mlecznym i metodą chirurgiczną, że można go stosować we wszystkich postaciach i we wszystkich okresach gruźlicy krtani; 5) w leczeniu wilka błon śluzowych parachlorfenol działa doskonale.

Zachęcony tak świetnymi wynikami, jakie otrzymywał Spengler, postanowiłem za zgodą d-ra Sokołowskiego raz jeszcze wypróbować na jego oddziale działanie parachlorfenolu w gruźlicy górnego odcinka dróg oddechowych.

Idąc za radą Spenglera, przyrządzałem rozczyń parachlorfenolu w glicerynie w sposób przez niego wskazany. A mianowicie, rozpuszczony nad parą wodną parachlorfenol mieszałem z gliceryną w stosunku do sta, t. j. dla przyrządzenia 5% rozczyń — brałem

1) A. Spengler. „Parachlorfenol, kak miestnoje leczebnoje sredstwo pri bugreczatyh zabolewaniach gortani.“ Dysertacya, 1895.

95 części gliceryny i 5 części parachlorfenolu; dla 10% — 90 części gliceryny i 10 części parachlorfenolu i t. d. Parachlorfenol stosowałem wreszcie i w postaci wziewań od  $\frac{1}{4}$  do  $\frac{1}{2}$ %. Lek ten stosowałem w 21 przypadkach, obserwowanych przez czas dłuższy, — niektórych chorych prawie przez  $1\frac{1}{2}$  roku. W liczbie tej było 19 chorych ze zmianami w krtani; jeden z owrzodzeniem gruźliczym błony śluzowej przegrody nosa i jedna chora z owrzodzeniem tylnej ściany gardzieli i migdała.

Do liczby tej nie zaliczam kilku chorych, którzy po jedno lub dwurazowem zapędzowaniu nie zgodzali się na dalsze stosowanie u nich tego środka.

Dodać tutaj winienem, że parachlorfenol stosowałem w pewnym czasie u wszystkich chorych, jacy się zgłaszali do ambulatoryum i na oddział.

Aby zbyt nie rozszerzać ram niniejszej notatki, nie będę przytaczać wszystkich historii chorób, lecz opiszę kilka.

**Spostrzeżenie I-sze.** 32-letni A. G., krawiec, zgłosił się do ambulatoryum 22/IX 1897 r. z powodu bólu przy łykaniu, chrypki i kaszlu. Kaszle od lat kilku; od roku ma chrypkę; od czasu do czasu zaś występowało utrudnione połykanie. Od 3 miesięcy chory doświadcza bólu przy łykaniu; ból niekiedy bywa bardzo dokuczliwy. Pokarmy płynne chory przyjmuje z wielką trudnością, stałych nie używa od kilku tygodni, gdyż przelykanie ich sprawia mu bardzo dotkliwy ból. W ostatnich czasach schudł bardzo i osłabł. Abusus in Baccho. Syfilisu nie przebywał. Matka zmarła z gruźlicy płuc.

Przy badaniu znaleziono: Nagłośnia mocno nacieczona w postaci guza, nierównego na powierzchni, pokryta owrzodzeniami w formie okrągławych nadżarę; tylna ściana nacieczona, również pokryta owrzodzeniami; obie nalewki nacieczone w postaci białawych guzów; fałszywe i prawdziwe mocno zgrubiałe, zaczerwienione; na prawdziwych wiązadłach widać płaskie owrzodzenia zygzakowato ograniczone. Błona śluzowa gardzieli biała; w nosie objawy przewlekłego nieżyty. Badanie płuc wykazało: stopień odgłosu w obu wierzchołkach, więcej rozległe w prawym; oddech nieokreślony w obu szczytach, w prawym wiele rzężeń trzeszczących. *Stan bezgorączkowy.*

Stan ogólny chorego niezły; odżywianie średnie.

W płwocinie znaleziono dość liczne laseczniki Koch'a i niezliczne włókna sprężyste.

Zastosowano po uprzednim zakokainowaniu 5% rozczyń parachlorfenolu. Reakcyja wystąpiła słabo. Chory skarżył się na przykry zapach leku i na nieznaczne uczucie palenia. Po 2 dniach zapędzowano 10% rozczyznem. Już po kilku zapędzowaniach wystąpiła poprawa. Ból przy łykaniu znacznie się zmniejszył.

W dniu 14/XI, t. j. po 7 tygodniach, chory odczuwał zaledwie uczucie przeszkody przy połykaniu. Stan ogólny chorego poprawił się. Nacieczenie nagłośni i tylnej ściany zmniejszyły się znacznie; tkanki przybladły; owrzodzenia zaczęły się zablizniać. Choremu stosowałem pędzlowania parachlorfenolem 3 razy w tygodniu, poczynając od 5% rozczyynu do 25%. Chory w końcu grudnia znikł mi z obserwacji. Poprawa w tym przypadku była znakomita.

**Spostrzeżenie II-gie.** S. B., 39 lat liczący, urzędnik z Łowicza, zgłosił się do mnie 24/VIII 1897 r. z powodu bólu przy łykaniu chrypki i duszności.

Kaszle od 5 miesięcy; jednocześnie z kaszlem wystąpiła chrypka, która wzmagala się stopniowo; od 6 tygodni zaczęła występować duszność, a w ostatnich dniach chory doświadczał po nocach ataków zaduszania, co ostatecznie zmusiło go do zasięgnięcia porady. Przed 16 laty przechodził lues; leczył się bardzo starannie. Pochodzi z rodziny dziedzicznie nieobarczanej.

Przy badaniu odnotowano: Stan ogólny lichy, odżywianie mierne. Objawy zwężenia krtani. Stan bezgorączkowy. Nagłośnia niezmienną, błąda. Nacieczenie tylnej ściany i obu nalewek; prawy staw nalewkowy nieruchomy; na wiązadłach fałszywych, zgrubiałych i nacieczonych płaskie owrzodzenia. Na strunie prawdziwej prawej, mocno zgrubiałej, polipowata narośl, wielkości dużego grochu, nieco obrzęknięta, o powierzchni nierównej; narośl ta przy nieruchomości stawu zacieśnia głośnię. Lewa prawdziwa przykryta fałszywą. — W prawym szczycie stępienie od przodu do 3-go żebra, od tyłu zaś w okolicy nadgrzebieniowej. Oddech w tych miejscach nieokreślony z charakterem stenotycznym, rzeżenia wilgotne.

Chorego zapisałem do szpitala. Badanie płwociny wykazało obecność licznych laseczników Koch'a. W dniu następnym, uprzedziwszy chorego, iż może zajść potrzeba przecięcia tchawicy, usunąłem polipowatą narośl ze struny prawej i zrobiłem kilka nacięć na obu nalewkach. Oddech po operacji prawie swobodny. Przez kilka tygodni choremu wcierałem kwas mleczny. Owrzodzenia i nacieczenia jednak nie zmniejszyły się. Chory zaczął podupadać na siłach. W płucach sprawa posuwała się.

W dniu 22/IX przy obecności zmian: płaskich owrzodzeń na wiązadłach prawdziwych i fałszywych, dość znacznem nacieczeniu tylnej ściany i nalewek i nieruchomości stanu nalewkowego prawego, zapędzowałem krtań 5% rozczyntem parachlorfenolu. Po kilku pędzlowaniach bóle zmniejszyły się nieco. Chory po każdym pędzlowaniu skarżył się na przykry zapach leku i na uczucie palenia. Wkrótce jednak chory zaczął gorączkować. Nacieczenia zwiększały się, owrzodzenia stawały się głębsze i rozszerzały się. Stan ogólny wciąż podupadał. Po kilku tygodniach zaniechałem pędzlowań parachlorfenolem i ograniczyłem się jedynie do zalewań rozczyntami mentholu. Chory w dn. 2/XII zmarł przy objawach ogólnego wyniszczenia.

**Spostrzeżenie III-cie.** Jan D., 41 lat liczący, urzędnik, zgłosił się do ambulatoryum w dniu 22 września 1897 r. z powodu chrypki i bólu przy łykaniu. Kaszle od lat 3; od 4 miesięcy ma chrypkę; od 2 miesięcy odczuwa stopniowo wzmagający się ból przy łykaniu. Przed rokiem latem był w Sławucie, gdzie poprawił się znacznie. W ostatnich czasach schudł bardzo. Ojciec i dwaj bracia zmarli z gruźlicy płuc. Chory alkoholu nie nadużywał, syfilisu nie przechodził. Palił dużo.

Przy badaniu odnotowano: Stan ogólny lichy. Chory gorączkuje. W obu szczytach, zwłaszcza w lewym, stępienie, oddech nieokreślony, dość wiele trzeszczących rżężeń. Dość znaczne nacieczenie nagłośni na całej jej powierzchni; nacieczenie tylnej ściany; fałszywe wiązadła nacieczone, pokryte płaskimi owrzodzeniami; prawdziwe mocno zgrubiałe, częściowo pokryte fałszywemi. W płwocinie znaleziono liczne laseczniki Koch'a.

Po kilku pędzlowaniach parachlorfenolem chory doznał ulgi: łykanie było mniej bolesne. Chory jednak narzekał po każdym zapędzlowaniu na moeny palący ból przez kilka godzin; dopiero po kilku godzinach łykanie zawsze było mniej bolesne i dokuczliwe. Po kilku tygodniach chory zaczął podupadać na siłach; ciepłota wieczorami dochodziła do 39.0°. Na nacieczonej nagłośni, na wolnym jej brzegu z prawej strony wystąpiło owrzodzenie, które szybko zaczęło się rozszerzać. Pędzlowania chory znosił coraz trudniej, tak, iż zmuszony byłem ich zaniechać; ograniczyłem się jedynie i w tym przypadku do zalewań mentholem, które chory znosił dość dobrze. W końcu grudnia chory przestał przychodzić do ambulatoryum.

Dowiedziałem się później, że chory zmarł w połowie stycznia 1898 roku.

**Spostrzeżenie IV-te.** Jan W., kelner, 36 lat liczący, zgłosił się do ambulatoryum w dniu 25/IX 1897 r., skarżąc się na chrypkę, od 8 miesięcy trwającą. Kaszle od 2 lat. Przed rokiem miał obfite krwioplucie. W ostatnich czasach schudł. Ojciec chorego zmarł z gruźlicy płuc.

Przy badaniu odnotowano: Stan ogólny niezły. W obu szczytach stopień odgłosu; w tych miejscach oddech nieokreślony, w prawym dość dużo rzężeń trzeszczących. Nagłośnia niezmienną; tylna ściana nieco zgrubiła; obie fałszywe struny nacieczone; prawdziwe mocno zgrubiła; na lewej, prawie pośrodku, na górnej jej powierzchni, widać owrzodzenie, częściowo przykryte fałszywą struną; struny nie schodzą się dokładnie.

Chory nie gorączkuje. W płwocinie znaleziono dość liczne laseczniki Koch'a.

Zastosowano pędzlowania parachlorfenolem (5%, 10%, 20%). Po 4 tygodniach owrzodzenia na strunie prawie że zabiłniło się; nacieczenie fałszywych znacznie zmniejszyło się, prawdziwe były znacznie cieńsze; głos poprawił się. Chory znosił parachlorfenol doskonale.

I w stanie ogólnym nastąpiła poprawa.

Po 2-eh miesiącach leczenia nasięki strun fałszywych ustąpiły,—owrzodzenie zabiłniło się zupełnie. Chory czuł się zupełnie dobrze.

**Spostrzeżenie V-te.** 50-letni Icek M., stolarz z Witebska, zgłosił się do ambulatoryum 24/IX 1897 r. z powodu bólu przy łykaniu i chrypki od 6 miesięcy trwającej. Kaszle od 8 lat. W ostatnich czasach schudł bardzo. Ojciec zmarł z gruźlicy płuc. Stan ogólny lichy. Chory gorączkuje. W okolicy nadgrzebieniowej prawej stopień i liczne rżenia dźwięczne. Dość znaczna rozedma.

Badanie krtani wykazało: cała nagłośnia mocno nacieczona, w postaci wała, — tylna ściana zgrubiła, nierówna. Lewy wiąz boczny i chrząstka Santorini'ego mocno nacieczone, gładkie. Obie fałszywe zgrubiła, nierówne, częściowo pokrywały struny prawdziwe.

W płwocinie znaleziono włókna sprężyste i laseczniki Koch'a. Chory po kilku pędzlowaniach parachlorfenolem uczuł niejaką poprawę. Wkrótce jednak stan pogorszył się. Objawy rozpadowe w prawym płucu powiększały się; na nagłośni wytworzyło się owrzodzenie; na tylnej ścianie wystąpiło nacieczenie. Po kilku tygodniach chory z trudnością przychodził do szpitala. Zaleciłem mu rozpylanie z 3% rozczyynu kokainy. Chory, jak się dowiedziałem później, wkrótce zmarł.

**Spostrzeżenie VI-te.** Konstanty K., 40 lat liczący, strażak, przyszedł w dniu 1/X 1897 r. do ambulatoryum z powodu chrypki, od 3 miesięcy trwającej. Z początku swej choroby odczuwał lekki ból przy łykaniu; obecnie jednak bólu nie doświadcza. Kaszle od lat 6; przed 8 laty miał obfite krwioplucie. Pochodzi z rodziny jakoby zdrowej. Pił dużo. Nie pali.

Badanie wykazało: Stan ogólny dobry. W okolicy nadgrzebińowej lewej i pod prawym obojczykiem objawy zgęszczenia mięszsu, o charakterze włóknistym (induratio fibrosa). W płwocinie nieliczne laseczniki. Chory nie gorączkuje. Błona śluzowa tylnej ściany krtani zgrubiła, nierówna, nieco obrzmiała; na lewej nalewce owrzodzenie w postaci zygzakowato ograniczonych nierówności, pokryte ziarniną; fałszywe mocno zgrubiłe.

Już po kilku pędzlowaniach parachlorfenolem wystąpiła poprawa głosu. Po 6-ciu tygodniach owrzodzenie zupełnie zabiłniło się. Zgrubienie fałszywych i tylnej ściany mniej wyraźne. Chory znikł mi z obserwacji.

**Spostrzeżenie VII-me.** 34-letni Jan J. zgłosił się w dniu 4/X 1897 r. z powodu chrypki i bólu przy łykaniu. Kaszle od 1½ roku. Przed 3 miesiącami miał krwioplucie; od tego też czasu datuje chrypkę, która stopniowo się wzmaga. Od 4-ch tygodni zauważył ból przy łykaniu stałych pokarmów. Ból ten stopniowo wzmaga się. Ojciec zmarł z suchot płucnych.

Przy badaniu odnotowano: Stan ogólny średni. Stopień odgłosu w obu wierzchołkach, zwłaszcza w prawym, gdzie słyhać oddech oskrzelowy i rżenia dźwięczne. Nacieczenie nagłośni bardzo duże; nagłośnia przedstawia się w postaci wału: na wolnym jej brzegu owrzodzenie, przechodzące na krtaniową jej powierzchnię. Tylne ściana nacieczona; fałszywe i prawdziwe zgrubiłe.

Chory gorączkuje. W płwocinie znaleziono włókna sprężyste i laseczniki Koch'a.

Po kilku pędzlowaniach (3 razy w tygodniu) nieznaczna podmiotowa poprawa, łykanie mniej bolesne. Zmiany jednakże pozostały prawie też same; nacieczenie nagłośni jakby się zmniejszyło. Zmiany te nie ustępowały pod wpływem pędzlowań parachlorfenolem do końca grudnia. Chory wyjechał do rodziny na wieś.

**Spostrzeżenie VIII-me.** W sierpniu 1897 r. wezwany zostałem do Estery G., 30 lat liczącej, która skarżyła się na ból przy łykaniu, chrypkę i kaszel.



Chora kaszle od kilku miesięcy; od 6-ciu tygodni po porodzie gorączkuje, kaszle więcej. Jednocześnie wystąpiło utrudnione połykanie i chrypka; od 4 tygodni ból przy łykaniu. Chora schudła bardzo. Pochodzi z rodziny zdrowej.

Badanie wykazało: Stan ogólny średni. W prawym wierzchołku objawy zgęszczenia. Nagłośnia niezmieniona. Tylina ściana nieco zgrubiała; fałszywa lewa również zgrubiała; na prawdziwej prawej owrzodzenie czerwone, podłużne; fałszywa prawa zgrubiała pośrodku zwyrodniała gruźliczo. Chorej zaleciłem wzięwania z resorecyny z kokainą i poleciłem, by po kilku tygodniach zgłosiła się do ambulatoryum. Chora zgłosiła się we wrześniu. Wówczas badanie wykazało, że na prawej fałszywej znajdował się guzowaty przerost tkanki, wielkości małej wiśni. W płwocinie znaleziono liczne laseczniki Koch'a. Przerost ten usunięto łyżeczką Krauzego i zastosowano pędzlowania parachlorfenolem. Po 2 miesiącach owrzodzenie zabiłniło się, zgrubienia zmniejszyły się znacznie, głos prawie czysty, łykanie niebolesne. Chora przestała gorączkować; poprawiła się w stanie ogólnym.

W czerwcu 1898 r. chora znowu przybyła do ambulatoryum z powodu bólu z prawej strony przy łykaniu. Znaleziono przy badaniu owrzodzenia tylnej ściany gardzieli po za łukiem prawym tylnym. Po zastosowaniu parachlorfenolu owrzodzenie zaczęło zabiłniać się. Stan jednak chorej podupadał. Chora zaczęła gorączkować. Wyprawiono ją na wieś, gdzie wkrótce poprawiła się. Chorą widziałem po raz ostatni w lipcu r. b.; wystąpiły objawy enteritidis tbc. Badanie gardzieli wykazało owrzodzenie tylnej ściany i łuku prawego tylnego. W krtani blizna na prawej strunie. Chora schudła, wynędzniała.

W przypadkach owrzodzeń tylnej ściany gardzieli i błony śluzowej przegrody nosa spostrzegaliśmy pewną poprawę pod wpływem parachlorfenolu.

Nim przystąpię do wniosków, nadmienić winienem, że z ogólnej liczby 21 przypadków w 8 otrzymałem mniej lub więcej wyraźną poprawę; w pozostałych zaś poprawy nie było, albo też bardzo nieznaczna poprawa podmiotowa, przez czas dłuższy trwająca.

Rozbierając własności parachlorfenolu, przedewszystkiem zaznaczyć muszę, że są chorzy, którzy zupełnie nie znoszą tego leku, jak wogóle nie znoszą związków fenolu, i, jak to słusznie zauważył Heryng <sup>1)</sup>, „wszelkie usiłowania przekonania ich o jego potrzebie na-

<sup>1)</sup> T. Heryng. „O fenolu sulfo-rycynowym, stosowanym przy gruźliczych i przewlekłych cierpieniach gardzieli, krtani i nosa.“ Gaz. lek., 1896.

tykają na opór nieprzewyciężony“; żadną więc miarą nie można ich namówić do poddania się przez czas dłuższy leczeniu parachlorfenolem, tembardziej, że lek ten oprócz bardzo nieprzyjemnego odrębnego zapachu, budzącego wstręt i odrazę u chorych, posiada jeszcze tę ujemną stronę, że pozostawia po sobie uczucie nieprzyjemnego smaku przy stosowaniu tego leku w przypadkach zajęcia nagłośni i sprawach w gardzieli. Chorzy w tych przypadkach po zapędzowaniu krztuszą się zwykle przez kilka minut i skarżą się na ślinotok.

Większość z tych chorych, którzy z pewną odrazą znoszą parachlorfenol, doświadcza w przeciagu krótszego lub dłuższego czasu (mniej więcej od kilku minut do godziny, a niekiedy i dłużej) po zapędzowaniu uczucia palenia, które, ustępując powoli, zmniejsza na czas pewien uczucie bólu.

Prawie wszyscy chorzy, u których lek ten stosowałem, niekiedy już po jednorazowym zapędzowaniu utrzymywali, że jest im lżej, że łykanie nie sprawia im tak dotkliwego bólu.

Na błonach śluzowych po zastosowaniu parachlorfenolu spostrzegamy, że błony te bieleją i jakby nieco pulchnieją. Owrzodzenia, krwawiące powierzchnie po wycięciach zwyrodniałych tkanek i świeża ziarnina pokrywają się jakby białym lekkim nalotem.

Małe nasięki, zwłaszcza ograniczone, na nagłośni, tylnej ścianie niekiedy zmniejszały się stosunkowo w dość krótkim czasie; toż samo da się powiedzieć i o niewielkich, zwłaszcza powierzchownych, owrzodzeniach, które pokrywały się ziarniną i okazywały wybitną zdolność do zabliznienia; miało to miejsce głównie w tych przypadkach, gdzie stan ogólny chorych był dobry, przy braku gorączki i zmianach o charakterze włóknistym w płucach.

Przy zmianach rozległych poprawa występowała niekiedy w tych przypadkach, gdzie stan ogólny chorych był dobry.

W przypadkach zaś, gdzie mieliśmy do czynienia z chorymi gorączkującymi, ze zmianami rozległymi w płucach, z upośledzonym odżywianiem, poprawy w krtani nie było. W kilku przypadkach nawet zmuszony byłem zarzucić stosowanie parachlorfenolu z powodu przykrych dla chorych jego własności.

Z obserwacji 21 przypadków nie chcę wyciągać cyfr statystycznych, gdyż ilość przypadków jest zbyt małą, jak również należałoby brać pod uwagę bardzo wiele czynników, wpływających na wnioski, dość przytoczyć odporność organizmu każdego chorego, większe szanowanie się chorych w czasie leczenia i t. d.

Zaznaczyć tu jednak winienem, że w parachlorfenolu nie znaleźliśmy środka specyficznego w leczeniu gruźlicy górnego odcinka

dróg oddechowych; przyznać jednak należy, że parachlorfenol, jako lek przyżegający i odkażający łagodzi bóle, w pewnych razach zmniejsza objawy zapalne i przyspiesza wessanie się gruźliczych nasięków, a tym sposobem pomaga do zablźnienia się owrzodzeń; parachlorfenol więc jest środkiem, który w pewnych przypadkach daje nam dobre wyniki przy uwzględnieniu warunków ogólnych higieniczno-dyetycznych. Lek ten w porównaniu z innymi środkami, stosowanymi dotąd w leczeniu gruźlicy krtani, a opisanymi w pracach Sędziaka <sup>1)</sup>, Herynga i innych, ma pewne zalety.

Środek ten możnaby stosować częściej, gdyby nie przykry smak i zapach jego, których wielu chorych nie znosi.

W ciągu ostatnich kilku lat na oddziale d-ra Sokołowskiego stosujemy w leczeniu gruźlicy górnego odcinka dróg oddechowych prawie wyłącznie mieszaninę fenolu z mentholem w rozczyinach glicerynowych (5%, 10%, 15%) w postaci pędzlowań, zalewań i wzięwań. Z dotychczasowego doświadczenia mieszanina ta, znoszona dobrze prawie przez wszystkich chorych, którzy zawsze doznawali przy stosowaniu jej znacznej ulgi w swych cierpieniach, okazała się lekiem, przewyższającym wszystkie dotąd stosowane środki, gdyż dawała względnie bardzo dobre wyniki.

Mając to na uwadze, sądziliśmy, że dodanie mentholu do parachlorfenolu, być może, złagodzi ujemne strony samego parachlorfenolu. Uprosilśmy więc prof. M. Nenckiego, aby był łaskaw polecić wykonanie mieszaniny parachlorfenolu z mentholem.

Na zlecenie prof. M. Nenckiego firma Dra F. v. Heyden'a w Radebeul pod Dreznem mieszaninę taką zrobiła pod nazwa *menthorol*, który przysłano na oddział d-ra Sokołowskiego. Menthorol przedstawia się jako płyn dość gęsty, o zapachu mniej nieprzyjemnym i smaku mniej przykrym, niż parachlorfenol.

Obecnie zaczęliśmy stosować menthorol w rozczyynie glicerynowym (5%, 10%, 15%) w postaci pędzlowań.

Z dotychczasowych wyników mogę powiedzieć, że lek ten jest dobrze znoszony prawie przez wszystkich chorych, u których go stosowałem, posiada te same własności lecznicze, co parachlorfenol, lecz bez ujemnych stron tegoż i daje, jak dotąd, bardzo zachęcające wyniki.

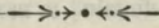
Środek ten zasługuje na polecenie i wypróbowanie.

---

<sup>1)</sup> Jan Sędziak. „O leczeniu tak zwanych suchot krtaniowych.“ Kronika lekarska, 1889.

Stosując jednak w gruźlicy krtani miejscowo ten lub inny środek, winniśmy pamiętać, na co zwrócił uwagę dr. Sokołowski już w r. 1888, że: 1) wyleczalność gruźlicy krtani w pewnych razach jest możliwą; 2) zabliznienie pojedynczych owrzodzeń występuje samodzielnie lub po leczeniu miejscowem, stojąc w ścisłym związku ze stanem ogólnym chorych i charakterem zmian w płucach i 3) leczenie ogólne winno być w ścisłym związku z leczeniem miejscowem.

Tezy te, wypowiedziane przez d-ra Sokołowskiego na zjeździe lekarzy we Lwowie, zostały dziś powszechnie przyjęte, a zmarły niedawno znakomity laryngolog wiedeński, prof. K. Stoerek, podzielać w zupełności poglądy Sokołowskiego, w całości je przytacza w pracy swej <sup>1)</sup> w rozdziale o leczeniu gruźlicy krtani.



## II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. Chirurgia.

446. Sprawozdanie z IX-go zjazdu chirurgów polskich w Krakowie w d. 18 i 19 lipca 1899 roku.

Posiedzenia zjazdu, który, powiedziawszy nawiasem, zgromadził zaledwie 50 niespełna lekarzy, odbywały się w salach kliniki chirurgicznej d-ra Rutkowskiego pod przewodnictwem prof. dr. Rydygiera, oraz jego zastępców: d-ra Kijewskiego z Warszawy i doc. d-ra Schramma ze Lwowa. Pióro dzierżył sekretarz zjazdu dr. Rossowski z Krakowa. Powitał przewodniczący serdecznie, wyróżniając z uprzejmością szczególną gości, przybyłych z Królestwa, a po przemówieniu stosownem w celu złożenia hołdu pamięci zgasłych dla nauki przedwcześnie ś. p. d-rów Obalińskiego i Jasińskiego i uczczeniu imion tychże przez powstanie ogólne, obwieścił posiedzenia za otwarte, udzieliwszy głosu pierwszego prof. Kleckiemu, który odczytał pracę p. n. 1) o *etyologii i patogenezie zapalenia wyrostka robaczkowego*, wygłaszając na sprawę tę poglądy własne.

Zaznaczywszy na wstępie pochodzenie zakaźne sprawy w mowie będącej, mówca rozróżnia tu czynniki: a) okolicznościowe i b) usposabiające. Wobec arcyniestajłej czynnej tu flory drobnoustroj-

<sup>1)</sup> K. Stoerk. „Die Erkrankungen der Nase, des Rachens, des Kehlkopfes und der Luftröhre.“ Wien, 1895, B. II, str. 308 i 309.

wej należy w przypadku każdym podjąć badania bakteriologiczne, zarówno na drobnoustroje powietrzne, jak i bezpowietrzne, przyczem do badań bierze się nie ropę, lecz zawartość wyrostka, t. zw. materia peccans. Do przyczyn usposabiających zaliczyć trzeba: zagięcie wyrostka robaczkowego, przekrwienie bierne, wpływ dziedziczności, wieku i płci; mężczyźni zapadają daleko częściej od kobiet. Rozprawa ukończoną została skreśleniem rysu historycznego, w którym zestawiono wszystkie, tłómaczące powstawanie zapalenia omawianego teorye.

Z kolei prof. Rydygier wygłosił odczyt 2) o *leczeniu zapalenia wyrostka robaczkowego*. Zależnie od przebiegu klinicznego autor różni: a) przypadki lekkie, ograniczające się tylko do zajęcia nieżyłowego błony śluzowej; b) przypadki, powikłane zapaleniem otrzewny ograniczonym, wreszcie c) spostrzeżenia z zajęciem tejże rozlanem, bądź a) ropnem, bądź b) posokowatem. Prof. R. mniema, że w każdym przypadku chirurg wzywany być winien do chorego zaraz na początku wybuchu cierpienia, wskazania zaś operacyjne układu w sposób następujący: a) w razie zapalenia okołokątniczego z zajęciem otrzewny rozlanem operuje się zawsze, o ile pozwala na to stan chorego ogólny; b) tam, gdzie zapalenie otrzewny ograniczone jest tylko, operuje się zaraz, jeżeli mamy do czynienia z ropniem widocznym. Operację zalecić trzeba koniecznie w tym razie, gdzie brak pewności, czy jest ropień, lub niema; c) wobec nieżyłowego zapalenia wyrostka można czas jakiś stosować środki wewnętrzne; d) gdy jednak objawy zapalenia tego są ciężkie, operować należy między napadami, jak również e) w razie częstego powtarzania się tychże.

W dyskusyi zabierali głos d-rzy Wehr, Schramm i Barącz ze Lwowa, dalej Bossowski oraz prof. Trzebicky, potępiając zalecane przez d-ra Bogdanika (z Biały) przekłucie próbne w przypadkach ropni ukrytych, nadto prof. Jaworski (z Krakowa) wystąpił z obroną zadań medycyny wewnętrznej. Mówca nie zgadza się z prof. R., że zapalenie wyrostka robaczkowego uważać trzeba za chorobę chirurgiczną tylko. W okresach początkowych cierpienia sam lekarz częstokroć nie wie, czy ma do czynienia z kolką nerkową, zapaleniem okołokątniczem lub ostrym nieżytem pęcherza. Dr. Rutkowski (z Krakowa) oświadcza się znowu za utrzymaniem niemieckiego zapalen w mowie będących podziatu, jako opartego na podstawach anatomopatologicznych. R. operuje również w przypadkach nieżyłowego zapalenia wyrostka pomiędzy napadami, tam zwłaszcza, gdzie te ostatnie występują często i coraz gwałtowniej. Rokowanie w tych razach jest dobre, dla ułatwienia zaś rozpoznania nigdy nie należy zaniedbywać badania przez odbytnicę. Jeżeli rozpoznanie postawione zostało na pewno, do operacji przystępuje wówczas bezzwłocznie: ropień przecina, a wyrostek wycina doszczętnie. Zabieg ten ostatni koniecznym jest dla upewnienia się, czy nie przeoczono gdzie po za wyrostkiem ropnia ukrytego. Wycięcie nie jest technicznie trudnem, a, lubo w okresie pooperacyjnym powstają czasami przetoki kałowe, to jednak te ostatnie goją się często samoistnie. W razie, eo zdarza się rzadko, konieczności wykonania zabiegu chirurgicznego,

przetokę zaszywa lub jelito wyklucza częściowo; dokonać wreszcie można u osobników niektórych wycięcia kiszki ślepej. Z powikłań innych zaznaczyć należy możliwość wytworzenia się po operacji wzrostów, odgrywających rolę ważną w powstawaniu niedrożności jelit mechanicznej. Wywody swoje opiera mówca na statystyce przeważnie własnej, obejmującej spostrzeżeń 45, dotyczących 34 mężczyzn i 11 kobiet. Operację wykonywano w 43 przypadkach, które R. dzieli w sposób następujący: a) 5 przypadków zwykłego zapalenia wyrostka (appendicitis simplex), operowano 4 razy, przyczem zawsze wycinano wyrostek; b) 3 przypadki zapalenia przewlekłego również z wycięciem wyrostka za każdym razem; c) 33 zapalenia dziurawiacego, z tych w 28 powikłań nie było. Operacji poddano osobników 27, wyrostek wycięto u 22, zejście niepomysłne otrzymano 3 razy. Dalej, trzech chorych z zapaleniem wyrostka, powikłaniem ropnicą, zmarli po operacyi; wyrostka nie wycinano tu wcale. Tenże usunięto w 2-ch powikłanych zapaleniem otrzewny następczem spostrzeżeniach, poczem wyzdrowieli obaj operowani; d) 2 wreszcie przypadki zapalenia zgorzelinowego (appendicitis gangraenosa), w których wycięcie wyrostka nie uratowało chorych bynajmniej.

Przed repliką prof. Rydygiera zabrał głos Kijewski z Warszawy. Mówca zgadza się na podział, wygłoszony w odczycie, objawy bowiem kliniczne stwierdzają słuszność takiej klasyfikacji zupełnie. Jakkolwiek wrażenie z referatów, wygłoszonych na posiedzeniu, jest takie, że uważaćby można sprawę leczenia wyrostka za rozwiązana, rzeczywistość, wszelako, poucza nas inaczej i przy łóżku chorego widzimy dopiero, jak bywa niekiedy trudnem określić, czy ropienie już wytworzyło się, czy nie jeszcze. Wskazówki i dane rozpoznawcze, przytoczone przez mówców poprzednich, nie są, bynajmniej, wystarczającemi i chirurg tylko polegać musi na doświadczeniu własnem. W przypadkach zapalenia otrzewny gnilnego, w następstwie przedziurawienia wyrostka, K. otrzewną otwiera, opróżnia zakazającą ustrój zawartość tejże, nie wycinając wyrostka, zabieg bowiem taki, zdaniem prelegenta, choremu zaszkodzić może tylko. Dalej — pogląd Jaworskiego pod wielu względami jest słuszny, rzeczywiscie bowiem okres cierpienia początkowy jest tak niejasny, że i chirurg nie zorientuje się lepiej od internisty, czem w danym razie ma do czynienia. Tam jednak, gdzie rozpoznanie stało się już niewątpliwem, interwencya chirurga jest niezbędną.

Na przemówieniu prof. Rydygiera, który podniósł jednoznaczność, w głównych zarysach przynajmniej, poglądów na sprawę interwencyi tej, wyrażoną przez obecnych na zjeździe chirurgów, ukończono część przedpołudniową pierwszego dnia zjazdu.

Rozprawy popołudniowe rozpoczął tenże dr. Rutkowski od demonstracyi zdjęć roentgenowskich, uwydatniających wyraźnie kamyki moczowe w pęcherzu, płytkę z zębami, uwiecznioną w przełyku, dwie kule w czasie, włókniaka, zwyrodniającego kość piętową i t. p. Grosslick z Warszawy omówił 3) *przypadek skurczu przełyku w następstwie zakażenia moczowego*, poczem prof. Rydygier przedstawił dziewczynkę z garbem (kyphosis), u której wypróbował z wyini-

kiem nader pomyślnym przyrząd Schede'go wraz z opatrunkiem gipsowym. Dalej, dr. Bogdanik z Biały odczytał 4) *przypadek ciąży zamiacznej*, dotyczącej kobiety 30-letniej, gdzie drogą laparotomii usunięto guz, wychodzący z macicy, kostki mniej więcej siedmioletniego zmacerowanego płodu, który pozostawał w ustroju matki w ciągu lat sześciu. Autor zaleca, ażeby w tego rodzaju przypadkach przeczekać ostry okres krwawienia (przerwania ciąży), zauważany najczęściej pomiędzy 2 — 3 miesiącem i operować po ustąpieniu objawów niedokrewności dopiero; pogląd ten, wszelako, przez całe niemal gremium zgromadzonych uznany został za nieuzasadniony. Po odczycie prof. Trzebickiego o 5) *operowaniu przepuklin doszczętnem, sposobem Kocher'a*, dającym wyniki nader zadowolniające, jak zaznaczyło to wielu, przyjmujących udział w dyskusji kolegów, doc. Bossowski zabrał głos 6) *w sprawie leczenia operacyjnego puchliny brzusznej przy marskości wątroby* i przytoczył własny przypadek odnośny. Chodziło tu o pewną 9-letnią dziewczynkę, u której stwierdzono marskość wątroby oraz obfity w jamie otrzewnowej przesiek. Mówca otworzył otrzewną i wykonał cholecystostomię. Osiągnięta stąd poprawa uwydatnia się w tem tylko, że obecnie ciecz w brzuchu nagromadza się daleko wolniej, niż przedtem. Wpływ zabiegu dodatni polega, zdaniem autora, na tem, że, dzięki wytwarzającym się po rękoczynie pomiędzy jelitami, siecią i ścianą brzucha zrostom unaczynionym, powstaje krążenie oboczne, które ułatwia odpływ krwi z gałązek żyły wrotnej. Pogląd jednak taki wydał się niektórym członkom zjazdu nieumotywowanym dostatecznie. Kijewski, Barącz, Kryński i Schramm uważają jednogłośnie wpływ laparotomii w przypadku tym za przelotny tylko. Zrosty, na które B. rachuje tylko, z postępem czasu, jako zbite więcej i unaczynione gorzej, nie dadzą się wyzyskać dla krążenia obocznego; nadto, zdaniem d-ra Schramm'a, cholecystostomia wykonana została tu niepotrzebnie, gdyż w przytoczonych przez mówcę z piśmiennictwa przypadkach, w których dokonano rękoczynu tego, chodziło o zakaźną dróg żółciowych marskość (cirrhosis biliaris infectiosa), a tej, w danym razie, zdaje się, nie było. Wyświetlenia, zresztą, sprawy, według d-ra Kijewskiego, spodziewać się można dopiero, po wykonaniu doświadczeń odpowiednich, na zwierzętach. W uwagach, wygłoszonych pod adresem rozprawy powyższej zaznacza dr. Ciechanowski, że zabiegi, o których mowa, mogą mieć znaczenie objawowe jedynie, a wynik ostateczny zależny być musi głównie od stanu wątroby. W przebiegających szybko postaciach marskości wszelkie zapobiegawcze odnośnie do przesieków brzusznych zabiegi nie przedłużą chyba zbyt wiele choremu życia, za to tam, gdzie sprawa ta postępuje powoli, usuwanie za pomocą laparotomii cieczy przesiekowej będzie dla chorych korzystniejszym, niż często powtarzane nakłucia. Z drugiej, wszelako, strony pamiętać należy zawsze, że powstawanie zrostów otrzewnowych nie pozostaje bez wpływu mechanicznego na czynność jelit; nadto, krążenie oboczne, wytworzone sztucznie, wykluczając działanie wątroby, może ułatwić przedostanie się do krwiobiegu wytworów szkodliwych, wessanych z kanału kiszkiowego, z któ-

rych ilość pewna, przynajmniej, w braku krążenia obocznego, zobojętnioną zostaje przez działanie fizyologiczne niezwyrodniałej jeszcze części wątroby.

Przemówieniem Pruszyńskiego z Warszawy i repliką B. ukończono prace pierwszego dnia zjazdu.

(Dok. nast.).

447—454. Wyciąg ze sprawozdania z 28-go zjazdu chirurgów niemieckich, odbytego pomiędzy 5 i 8 kwietnia 1899 roku. (Beilage zum Centralbl. für Chirurgie, № 27, 1899).

1.

447. P. L. Friedrich z Lipska. Znaczenie drobnoustrojów, zawieszonych w powietrzu w sprawie leczenia ran. — Warunki wysiania się zarodków i zakażenia ran.

Autor przytacza wyniki doświadczeń własnych, które przedsięwziął dla wyjaśnienia mechanizmu zakażeń. Omawiając infekcję powietrzną, miano tu na uwadze te tylko zarodki, które zawieszane są w powietrzu, drobnoustrojów zaś, przedostających się do rany z ust, włosów na głowie, lub z brody nie brano w rachubę. Różnica między dwoma gatunkami temi jest wielką, gdy bowiem te ostatnie odznaczają się zjadliwością i żywotnością niepomierną, drobnoustroje powietrza posiadają cechy te w stopniu małym, co jest rzeczą ważną, zważywszy niemożność zupełną zabezpieczenia przed niemi osobnika operowanego. Jak, zresztą, przy zakażeniach innych, tak i tu nie bez znaczenia jest ilość przedostających się do rany zarodków. Ze względu, że ustrój, przez prątki nawiedzony, rozwija doraźnie prawie działalność obronną bądź drogą rozmnażania komórek, bądź walcząc wydzieliną, na bakterye działającą zabójczo, należy wiedzieć, prócz ilości przedostających się w jednostkę czasu do ustroju zarodków, szybkość ich rozmnażania się oraz warunki sprzyjające, t. j. ogrom niebezpieczeństwa, związanego z niemi. Jak wykazały prace, w duchu tym przeprowadzone przez autora w ciągu 7 do 8 godzin pierwszych drobnoustroje powietrzne nie wychodzą z granic rozwoju ukrytego i w tej to przewadze czasowej energii odpornej ustroju nad sprawnością proliferacyjną zarodków powietrznych upatrywać trzeba przyczynę, że zakażenie przez nie rany operacyjnej, tam, gdzie wykluczyć można stanowczo innego rodzaju infekcyę, nie wywiera wpływu ujemnego na wynik rękoczynu. W drugim szeregu doświadczeń zajmowano się określeniem wywieranego mechanicznie podczas operacji wpływu zmian w ciśnieniu wewnątrztkankowym na rozwój i działalność roznosników infekcyi. Jak wiadomo, badania Schimmelbusch'a przekonały, że wzmożenie ciśnienia tego, zależne od zastrzyknięcia, wcierania, zalepiania rany na głucho, pomaga bardzo do szybkiego wchłaniania bakteryi; to też w próbach swych dr. Friedrich starał się wykluczyć, wedle możności, ucisk wszelaki, zwróciw-



szy uwagę odpowiednią na działalność skrzepów i innych, powstrzymujących ruchy bakterii czynników. Do doświadczeń używano myszy, których zranione ogony zawieszano luzem w mleczankach, zawierających wysoce jadowite hodowle drobnoustrojów zarazy syberyjskiej. Gdy Schimmelbusch w 10 minut po zaszczepieniu nie mógł już ocalić swych zwierząt przed wybuchem infekcji ogólnej, rany, zadawane przez d-ra F. godzinami nieraz całemi mogły być pogrążone w owych mleczankach zjadliwych, a pomimo to odcięcie członka zakażonego zabezpieczało poddane doświadczeniu zwierzę przed działaniem jadu rozlanem.

## 2.

448. O. J. Lindenthal i F. Hitschmann z Wiednia. — **O zgorzeli piorunującej.**

Praca autorów obejmuje 6 przypadków odnośnych, co, względnie do rzadkości spostrzeżeń tego rodzaju, jest materiałem dosyć obfitym. We wszystkich przypadkach tych miano do czynienia z osobnikami w wieku młodocianym, które uległy złamaniom, powikłanym mniej lub więcej rozległym zmiążdżeniem i do których dołączyła się zgorzel, w mowie będąca. Zauważono, że ta ostatnia występuje w tych razach najczęściej, gdzie rana otwarta przez czas jakiś pozostawała w zetknięciu z ziemią, błotem lub kurzem, dalej przekonano się, że rozległość i stopień uszkodzenia nie pozostaje tu w żadnym przyczynowym związku, zakażenie bowiem wraz ze swojemi drobnoustrojami swoistemi wywołane być może i przez czynniki nader nieznaczące, jak np. wskutek zakłucia igłą Pravaz'a. Jak wykazały spostrzeżenia powyższe, niezwykle wcześnie, najdalej po upływie godzin 48 na kończynie powstaje obrzęk rozlany, skóra ostrzymuje ołowianą barwę swoistą, przyczem wytwarzają się na niej pęcherze, a żyły podskórne zaczynają przeświecać wyraźnie. Chłodna i niewrażliwa na dotyk skóra kończyny trzeszczy, występują objawy ogólne ciężkiego zatrucia ustroju, jak: bladeść pokrytej potem zimnym twarzy, małe i niezwykle przyspieszone tętno, zajęcie świadomości, lubo nie zawsze, niekiedy, wreszcie, żółtaczka i wydatne obniżenie się ciepłoty ciała. Podczas oględzin pośmiertnych umierających szybko osobników z nadejętych pęcherzyków wydobywa się gaz i ciecz mętna surowiczowo-krwawa; tych ostatnich znajduje się dużo w luźnej tkance podskórnej i w mięśniach, nadto zabarwione ciemnobronzowe warstwy mięśniowe ulegają rozpadowi i są kruche. Zabarwienie to samo znajdowano i w rdzeniu rozpyływającym się, dalej w żyłach napotymano nieraz zakrzepy, w narządach zaś wewnętrznych — zmętnienie i zwyrodnienie mięszu, oraz wynaczynienia do błon surowiczych. Narządy te, jak również i naczynia mogą zawierać gaz w tych mianowicie razach, gdy drobnoustroje swoiste zdołały jeszcze przed skonaniem chorego przedostać do krwiobiegu; powstają wtenczas po śmierci t. zw. narządy pienne. W krańcej krwi, wszelako, a więc za życia chorego zarodki zazwyczaj giną szybko, sprawa zaś zakaźna szerzy się wyłącznie tylko przez drogi chłonne. Na uwagę szczególną zasługuje ta niezwykła dla zgorzeli piorunują-

cej właściwość, że rozwój sprawy omawianej postępuje sobie dalej nawet i po śmierci chorego, działalność zatem życiowa bakterji nie jest w razie tym związana z życiem nawiedzzonego przez nie ustroju, co sprawie całej nadaje wyraźnie zaczynowe (fermentacyjne) piętno. Co do umiejscowienia zarodków napotymano je w ilości znacznej pomiędzy włóknami mięśni, w pęcherzykach naskórka obficie, mniej już w tkance łącznej; w przypadkach pięciu autorzy znaleźli drobnoustroje bezpowietrzne, z których cztery razy otrzymano hodowle czyste, w jednym zaś wykryto obecność lasecznika okrężnicowego (*bacterium, coli commune*). Znajdywany kilkakrotnie drobnoustroj swoisty jest to dość duży lasecznik nieruchomy i niezgrabny, o zaokrąglonych końcach, barwiący się przez odczynniki anilinowe łatwo i nie wytwarzający zarodników ani w hodowlach, ni w ciele ludzi lub zwierząt. Węglowodany w obecności lasecznika tego ulegają rozkładowi niebawem, a szybciej jeszcze występuje tu fermentacja ciał białkowych. Niejednokrotnie udawało się wyhodować drobnoustroje te z jelit człowieka, z ziemi i t. d., nie mówiąc już o hodowlach z tkanek chorych, przyczem kultury takie, zaszczipione świnkom morskim, wywoływały u nich typowy obraz zgorzeli piorunującej. Lasecznik okrężnicowy, znaleziony w 6-y m przypadku, może, jak udowodnił Chiari, wywołać objawy cierpienia omawianego li tylko u chorych na moczówkę cukrową osobników, wszczyna bowiem sprawy zaczynowe w tkankach, zawierających cukier, nie białko; tem się też tłómaczy, że w przypadkach zgorzeli okrężnicy widziimy obraz kliniczny, jak również zmiany chorobowe jednakie z wyszczególnionemi w nagłówku sprawami, wywołanemi przez anaeroby. W piśmiennictwie lekarskiem znane są nadto przypadki, które miały taki, jak zgorzel piorunująca, przebieg, lecz gdzie czynnikiem wytwórczym były drobnoustroje inne, mianowicie: lasecznik obrzęku złośliwego (*b. oedematis maligni*), oraz *bacillus proteus*; cztery znamy zatem rodzaje zarodków czynne w powstawaniu będącej w mowie sprawie chorobowej.

Terapia odnośna mało bywa skuteczną; niewielu zaledwie uratować zdołano drogą amputacji wczesnej; cięcia oraz stosowanie środków odkażających pozostają tu bez wpływu żadnego.

## 3.

449. **Vulpius z Heidelbergu. Ciąg dalszy doświadczeń nad przeszczepianiem ścięgien.**

W pracy tej znajdujemy sprawozdanie z 80 dokonanych na oddziale autora przeszczepień<sup>1)</sup>, przyczem napotyka się nowe, oparte na wyrobionem już doświadczeniu wskazówki. Przedewszystkiem tedy należy wykonywać cięcia rozległe i wszystkie dla transplantacji potrzebne odrazu, aby w ten sposób otrzymać całkowity obraz umięsienia; przeszczepienia dokonywa autor za pomocą własnej t. zw. metody zstępującej, do szycia używa jedwabiu, wygotowanego w subli-

<sup>1)</sup> Patrz referat mój: „Kronika lekarska“, N. 22, 1899.

macie, oraz zaleca kombinację szczepienia ze skróceniem ścięgien za pomocą wytworzenia zmarszczek. Szafowania materiałem operacyjnym trzeba unikać i pamiętać o należytem końcu obwodowego umocowaniu. Podczas okresu utrwalania najodpowiedniejszym jest odpoczynek w łóżku. Ostatniemi czasy ilość wskazań zwiększyła się znacząco i operację zalecić wypadnie: a) w przypadkach braku mięśni, ścięgien i nerwów obwodowych, powstających pod wpływem urazu i gdzie niemożliwym jest połączenie bezpośrednie; b) wobec porażań rdzeniowych, zwłaszcza tak częściowych, jak i całkowitych; c) u osobników, chorych na porażenia kurczowe (spastyczne), w przypadkach choroby Little'a i pokrewnych jej cierpieniach; wreszcie d) dla usunięcia niektórych zniekształceń wrodzonych, jak np. stopa płaska. Trwałość wyników osiągniętych została sprawdzoną przez powtarzane możliwie często badania operowanych następcze, a wyniki owe są tej treści, że do dalszych prac w kierunku omawianym zachęcać mogą tylko; niepowodzenie należy tu do rzadkości nadzwyczajnych.

## 4.

**450. W. Noetzel. O zabójczem działaniu na drobnoustroje przekrwienia zastoinowego.**

Poszukiwania miały na celu rozstrzygnięcie sprawy, dotąd nie ustalonej jeszcze, o ile zastój, wyzyskiwany przez Bier'a w celu leczenia gruźlicy wywiera, rzeczywiście, na rozsadników infekcyi wpływ zabójczy lub powstrzymujący jej rozwój. Już Hamburger dowodził w swoim czasie, że krew żylna posiada o wiele mocniejsze działanie bakterycydzkie, niżli tętnicza, późniejsze zaś doświadczenia tegoż autora na zwierzętach miały jakoby dowieść niszczącego na drobnoustroje zjadliwe wpływu, wywieranego przez zastój krwi w tkankach. Ponieważ sposób przeprowadzenia doświadczeń powyższych nie mógł być wolnym od zarzutów, dr. N. przedsięwziął próby na własną rękę, szczepiąc królikom paciorkowce zarazy syberyjskiej, poczem części ustroju, uległe szczepieniu (ucho, kończyna), poddawał w ciągu dni 2 do 6 działaniu przekrwienia zastoinowego za pomocą użycia sznurówki sprężystej. Wyniki doświadczeń potwierdziły słuszość poglądu d-ra Hamburger'a. Przeprowadzono dalej odpowiednie z hodowlami badania, używając, zresztą, nie krwi żyłnej, lecz wypompowanego z tkanek zastoinowych przesięku. Działanie tegoż zabójcze było nader wybitne, już bowiem po upływie 3-ch godzin ilość drobnoustrojów, otrzymana z zasiewu na płytce platynowej i wynosząca pierwotnie 2700, spadła do 45. Z drugiej znów strony wykryto drogą badań przesięku pod drobnowidzem i na preparatach z ukłucia obecność tamże mnóstwa bezbarwnych kulek krwi, które przedostają się do tkanek, uległych zastojowi, niezależnie od zarodków i przeciwdziałają skutecznie rozwojowi tychże. Tu też, zapewne, i kryje się źródło skuteczności metody Bier'a. Fakt, że tkanki, znajdujące się w stanie obrzęku przewlekłego, łatwo stają się siedliskiem spraw zapałno-ropnych, nie stoi w żadnej z wynikiem badań sprzeczności, tam bowiem, gdzie, wskutek zastoju zbyt długiego, występują zaburzenia odżyweze, infekcyja nie napotyka przeszkód i odpowiednio też do tego

preparaty z powstałego wśród warunków takich przesieku uwytadniają nader nieznaczny na drobnoustroje wpływ zastoj ujemny lub nawet brak wpływu tego zupełny. Skutecznym jest tylko przesiek świeży, to też na umiejętności dawkowania zastoj spoczywa treść walki z zakażeniem skutecznej, walki, która wymaga odpowiedniego odnawiania cieczy obrzękowej i, co idzie zatem, łatwiejszego teje wsysania się.

## 5.

## 451. F. Krause z Altony. Doświadczenia nad działaniem leczniczym powietrza gorącego.

Autor w ciągu 1½ roku przeprowadzał doświadczenia nad 100 przeszło chorymi, posilkując się własnego pomysłu przyrządami z zawartem w tychże powietrzem przegrzanem i otrzymywał rezultaty nader zadawalniające, niekiedy nawet wprost świetne. Metodę tę stosowano wobec cierpienia stawów o tle rozlicznem (arthritis rheumatica, gonorrhoea, deformans, sicca, crepitans, urica), w przypadkach ostrego i przewlekłego gościa mięśniowego, rwy kulszowej albo lędźwiowej, przewlekłych zapaleń okostny i szpiku, bólów w ścięgnach, stłuczeń kości, stawów oraz części miękkich, u osobników, którzy ulegli zwichnięciom lub złamaniom, u cierpiących na zeszywnienia stawowe następcze i bóle w stawach. Jeżeli przyrząd wywierać ma działanie na kończynę górną, chory siedzieć może na stołku, jak również w razie poddawania działaniu gorąca karku, grzbietu i krzyża. Stawy kończyny dolnej najwłaściwiej leczyć jest w łożku. Ponieważ ustroj cały współdziała w wydzielaniu potu, musi zatem pacjent otulony być ciepło, przyczem członek chory wystawia się na działanie gorąca bez obwijań żadnych. Wpływ zabiegu polega oczywiście na odciągnięciu mocnem na skórę, to też i stare nawet wypociny zapalne ulegają pod działaniem jego wessaniu. Dalej, leczenie powyższe zmniejsza znakomicie bóle w stawach, mięśniach i kościach, poczem i ruchy stawowe stają się swobodniejszymi o wiele. Jeżeli w więzach, mięśniach i ścięgnach wytworzyły się poważne już zmiany anatomiczne np. stare blizny modelowate, wówczas nie można spodziewać się powstania całkowitych zmian wstecznych, lecz i w tego nawet rodzaju przypadkach otrzymywano polepszenie wydatne, t. j. zmniejszenie się obrzęku, ustąpienie bólów i ruchomość kończyny bardziej rozległą. Dalej, przewaga metody powyższej nad kąpielami parowymi np. jest i z tego jeszcze względu nader wydatną, że chory podczas seansu wdech prawidłowe, świeże otaczające go sfery powietrze i unika działania ujemnego na płuca i serce, za warunkowanego przez rozgrzanie ustroju łaźnią. Jak stwierdzono to nieraz, ciepłota ciała, po dłuższem stosowaniu przyrządu, podnosiła się niekiedy zaledwie o pół stopnia, rzadko kiedy nieco więcej, tętno zaś o jakieś 8 do 15 uderzeń, częstość zaś oddechu nie zmieniała się wcale; nieraz wreszcie zauważano ustępowanie po zabiegach omawianych istniejącej uparcie bezsenności.

## 6.

452. E. Senger z Krefeld. **O zapaści wskutek zastosowania naglego wyciągu.**

Oprócz następstw niepożądanych, jak pęknięcie skóry, porażenie nerwów i mięśni, uszkodzenie naczyń, rozdarcie cewki moczowej i t. p., do których prowadzi nieraz gwałtowne stosowanie wyciągu za pomocą szrub, to ostatnie wywiera wpływ ujemny i na serce. W jednym przypadku nastawiania kończyny u dziewczęcia zauważono po mocnym przykręceniu szruby, występujące nagle objawy zapaści. Gdy chora po kwadransie przyszła do siebie, zastosowano szrubę na nowo bez użycia środków znieczulających, poczem nastąpił niebawem drugi, o wiele cięższy napad omdlenia, z którym zdołano oporać się z wielką tylko trudnością.

## 7.

453. Perthes z Lipska. **O raku wodnym i czynnikach, tenże wywołujących.**

Na mocy badań, przeprowadzonych w dwóch przypadkach odnośnych, dr. Perthes przyszedł do przekonania, że w jego, przynajmniej, spostrzeżeniach rak wodny wywołany został przez wytwarzający nitki drobnoustroj, który zajmuje miejsce pośrednie pomiędzy lasecznikami i grzybkami nitkowymi organizacyi wyższej. Gatunek i wygląd nitek tych, odnajdywanych w tkance chorej, bywa rozmaity. Pierwiastki mocniejsze i starsze rozpadają się na pałeczki, jednorodne zaś nitki cieńsze i młode są zwykle bardzo długie i przebieg mają kręty. Na granicy, pomiędzy tkanką zdrową i warstwami, które uległy zgorzeli, wytwarza się z cienkich nitek grzybnia wyrazista (*mycelium*), która wrasta w tkankę żyjącą. Najcieńsze latorośle końcowe, wdzierające się pomiędzy żywe komórki, mają postać krętek (*spirillae*). Na preparatach z rąbka tkanki chorej, wyciętej za życia osobnika i pogrążonych w agar, otrzymano, po usunięciu dostępu powietrza, rozrost nitek tychże, co i w tkance, własności. Że drobnoustrojów tych nie należy przyjmować za gnilorosty (*saprofity*), wynika to z faktów następujących: *a*) grzybnia tworzy tak zbitą na granicy przestrzeni obumarłej warstwę, że śmierć komórek, które obrasta, jest zrozumiałą zupełnie; *b*) twór ten znajdywano nie tylko w warstwach powierzchniowych, uległych rozpadowi, lecz i masami tam, gdzie zgorzel postępuje dopiero; *c*) podobne do krętek latorośle końcowe można odnaleźć i pomiędzy żywymi komórkami jeszcze, czego o zgnilorostach powiedzieć niepodobna; *d*) dane te zgadzały się z sobą w obu przypadkach; *e*) wreszcie, wykryte zostało u zwierząt cierpienie, o jednostajnych niemal z rakiem wodnym objawach, warunkowane przez zarodki, nader do opisanych podobne (*steptothrix cuniculi s. necrobacillus*). Że grzybni dotąd nie spostrzegano nigdy, winić tu trzeba stosowane niewłaściwie sposoby badania, użycie bowiem metody Löffler'a lub Weigert'a, pozostawiając niezabarwionemi włókna cienkie, pozwala dostrzedz mocniejsze jedynie pierwiastki, t. j. laseczniki lub nitki pałeczkowate. Wyjaśniona w ten sposób

etyologia cierpienia czyni zrozumiałą potrzebę nader wczesnego przyżegania tkanek zajętych aż do warstwy zdrowej podczas wykonywania zabiegów operacyjnych.

8.

454. Tilmann z Greifswaldu. **Teorya wstrząsu mózgo-rdzeniowego.**

W sprawozdaniu z dalszych swych nad urazami mózgu doświadczeń, autor wygłasza zdanie, że wstrząs mózgowy zauważyć można głównie w tego rodzaju przypadkach zranień, gdzie czaszka uderza się nagle o przedmiot twardy, gdzie więc „ruch“ jej powstrzymuje się nagle, lub, przeciwnie, pod działaniem czynników, które wprowadzają czerep, znajdujący się w spoczynku, w ruch gwałtowny odrazu. Zgodnie z twierdzeniem powyższem, wstrząs zdarza się niezwykle rzadko podczas wykonywania trepanacyi. Przyczyny objawu bezpośredniej szukać należy w odporności niejednakowej części pojedynczych, stanowiących zawartość czaszki, zależnej z kolei od różnego części ciężaru swoistego. Krew, posiadająca ciężar najwyższy, najbardziej jest odporna i, obojętna na nagłe powstrzymanie ruchu padającej czaszki, płynie sobie dalej, rozrywając delikatne naczynia mózgowie (udar); istota biała, cięższa od szarej, w przypadkach tego rodzaju przechodzi również w stan spoczynku później, niż ta ostatnia, stąd powstaje zachwianie równowagi między obu istotami mózgowia.

(C. d. n.)

K. Niedzielski.

455. Alfred Neumann. **Przypadki ran od przebicia, spostrzegane w szpitalu Friedrichshain'skim w Berlinie.** (Deut. med. Woch., № 33 1899 roku).

Wzgląd na to, że urazy wymienione w nagłówku należą do bardzo rzadkich, a z drugiej strony są niejednokrotnie nadzwyczaj ciekawe, skłonił autora do ogłoszenia przypadków ran od przebicia, spostrzeganych na oddziale prof. Hahna w okresie od roku 1880 do 1898. Na ogólną liczbę 16,000 leczonych w tym czasie ran urazowego pochodzenia zanotowano 20 przypadków ran, zadanych ciałami tępymi, zbliżonemi kształtem do kołu; cztery urazy dotyczą głowy, 16 — tułowia.

Nie potrzeba objaśniać, że ciało obce, uderzając w czaszkę, napotyka na nierównie większy opór i mniej odpowiednie do zadania rany warunki, ani trafiając w twarz; to też na czaszce widzujemy w tych razach po większej części rany tłuczone lub zdercie skóry, gdy na twarzy spotykają się głębokie i nieraz nader powikłane obrażenia.

Jako przykład tych ostatnich może posłużyć następujące spostrzeżenie: łamiąca się belka uderzyła robotnika w czoło i twarz; przytem jeden z odłamów drzewa, mający 3 ctm. szerokości, 0.5 — grubości i około 30 ctm. długości, skierował się do prawego oczodo-

tu, przebił jabłko oka i dotarł do dna oczodołu; tu rozszepił się na drzazgi, z których jedna, krótsza i grubsza, utkwiała w szczelinie oczodołowej górnej (fiss. orbit. sup.); druga zaś przedziurawiła podstawę oczodołu i przedostała się do jamy szczękowej (antrum Highmori); zsuwając się po tylnej ścianie tejże jamy, przedziurawiła tylny, dolny kąt jej i po za ostatnim, prawym, górnym zębem trzonowym dostała się do jamy ust; tu zsunęła się po prawej, wstępującej gałęzi szczęki dolnej, przebiła dno jamy ust z boku języka i utkwiała pod skórą szyi na poziomie kości podjęzykowej, na wewnątrz od wewnętrzznego brzegu mięśnia mostkoobojczykowego. Pomimo tak zawilej drogi, jaką przebył odłamek drzewa, udało się go w zupełności usunąć i chory wyzdrowiał; pozostał jedynie nerwoból w obrębie n. podoczodołowego.

W przypadku 2-gim palacz kolejowy upadł na długi dziób konwi napełnionej olejem; dziób trafił w oczodół prawy i ponad gałką oczną ześlizgnął się po górnej ścianie oczodołu, wreszcie utkwił w szczelinie oczodołowej górnej. Wywiązała się ciężka ropówka (phlegmone) oczodołowa z objawami zapalenia opon mózgowych; chory jednak po operacji wyzdrowiał i wzrok mu ocalał.

Przypadek 3-ci. Chory przebił się rękojeścią pędzla malarskiego; gruby na palec drążek przebił fałdę pomiędzy wargą górną i prawym wyrostkiem zębodołowym szczęki górnej w okolicy kła; zsunął się po powierzchni szczęki, przebił dół kłowy (fossa canina) i dostał się do zatoki szczękowej; z przedniego zewnętrznego kąta tej jamy dotarł do podstawy oczodołu, którą przebił tuż przed szczeliną oczodołową dolną. W przebiegu choroby wywiązała się ogromna rozedma całej połowy twarzy, chory jednak, dzięki wczesnej operacji, wyzdrowiał zupełnie.

Przypadek 4-ty należy do stosunkowo częstych: mały chłopiec, gdy trzymał trąbkę w ustach, został uderzony przez drugiego i trąbka oderwała mu całe podniebienie miękkie od twardego, tak że pierwszetrzymało się drugiego tylko na bokach w okolicy hamuli pterygoidei. Zeszyście brzegów rany spowodowało zagojenie zupełne.

Do nierównie ważniejszych zalicza autor przebiccia tułowia, z których spostrzegane były jedynie przebiccia jamy brzucha. Ze względu na umiejscowienie dzieli je autor na urazy przedniej i bocznych ścian brzucha, pomiędzy pierścieniem miednicy i otworem (apertura) klatki piersiowej dolnym, oraz na urazy w obrębie pierścienia miednicowego. Pod względem rozległości obrażenia dzieli je autor na: obrażenia nie drażące (do jamy) i drażące; te ostatnie — bez obrażenia i z obrażeniem trzew.

Nie każde uderzenie w przednią lub boczną ścianę brzucha ciałem obcym, mającym kształt kołu, prowadzi do przebiccia tejże ściany; niekiedy widzimy tylko, tak zwane przez autora, *evulsiones abdominis subcutaneae*; składają się na to rozmaite przyczyny. Ciała obce, o szerokiej powierzchni przekroju, *ceteris paribus*, mniej są skłonne do przebiccia ściany brzucha, niż wąskie; dalej wpływ wywiera siła rzutu i mniej lub więcej pionowy lub styczny do po-

wierzchni skóry kierunek. Miękkie, elastyczne powłoki są mniej podatne do przebicia, niż nieelastyczne.

W większości wypadków skoro została przebita skóra właściwa (cutis), przedziurawieniu ulegają i dalsze warstwy powłok brzusznych wraz z otrzewną ścienną, co prowadzi do wypadnięcia trzew.

Natomiast przebicie tułowia w kierunku od dołu rzadko prowadzi do otwarcia jamy brzucha, gdyż kości miednicy wraz z pokrywającymi je tkankami miękkimi stanowią dostateczną ochronę. Często dosyć wnikają ciała obce do wnętrza miednicy przez naturalne otwory, odbytnicę lub pochwę, bądź też przez boczne otwory miednicy, foramina ischiadica, bądź wreszcie przedziurawiają kości. Do osobliwości tych urazów należy to, — w przeciwieństwie do ran kłutych — że ciała obce zadające uraz obierają sobie najchętniej kierunek w tkance łącznej przed- lub zaotrzewnowej, wzdłuż ścian miednicy i brzucha, rzadko zaś otwierają jamę brzucha.

Z chwilą gdy ściana brzucha została przebita, narządy mięsiste (wątroba, śledziona i t. p.) ulegają bądź stłuczeniu, jeśli uderzenie było lżejsze, bądź rozdarciu i poszarpaniu, jeśli ciało obce uderzało ze znaczną siłą.

Co się tyczy kiszek, może je spotkać los rozmaity. Kiszka może być uderzona bezpośrednio przez dziurawiące ścianę brzuszną ciało obce, i nieraz tak silnie, że ulega zgorzeli następczej. Bądź też kiszka pęka w dali od miejsca urazu pod wpływem nagle zmniejszonej przez ucisk jamy brzucha. Dalej, kiszka przyparta do kręgosłupa lub do kości miednicy może uleść zgnieceniu lub zmiżdżeniu; wreszcie, ciało obce, przebiwszy ścianę brzucha, może przebić i rozzerwać w dalszym ciągu kışkę lub też oderwać ją od krezki.

Z całego szeregu opisanych przez autora przypadków przebicia brzucha przytoczę tylko kilka ciekawszych.

Dziesięcioletni chłopiec nadział się na kij. Kij przebił prawą połowę moszny, skierował się przez prawą okolicę pachwinową na bok brzucha, drażąc między skórą i mięśniami i dotarł do łuku żebrowego na linii pachowej przedniej; w tem ostatniem miejscu po nacięciu skóry i tkanek miękkich wydostano kawałek materiału ze spodni chłopca i takież kawałek skóry z worka mosznowego. Chłopiec wyzdrowiał.

Piętnastoletnia dziewczyna spadła z okna z wysokości 2-go piętra na kratę żelazną; przebiła się dwoma prętami tejże kraty i pozostała w takiej pozycji trzy kwadrasse, zanim ślusarz przepiłował pręty. Badanie wykazało, że przebicie nastąpiło w okolicy obu guzów siedzeniowych, przyczem pręt lewy rozerwał lewy staw biodrowy i, wyłobiwszy na stronie zewnętrznej talerza miednicowego rów, dotarł do wysokości grzebienia tejże kości; pręt prawy przebił na wylot prawą kość miednicową, poniżej grzebienia, oraz mięśnie brzucha na znacznej przestrzeni, nie utworzywszy jamy otrzewny. Dziewczyna zmarła.

Młody mężczyzna upadł na hak i przebił sobie międzykrocze; hak skierował się w dalszym ciągu po za spojeniem łonowem do



przedniej ściany miednicy i oderwał cewkę od pęcherza. Chory wyzdrowiał; pozostała mu niewielka przetoka moczowa.

Robotnik spadł w dół i przebił się grubym kawałkiem drzewa; po przewiezieniu chorego do szpitala stwierdzono ranę międzykrocza wielkości dłoni, o brzegach strzępiastych; stąd prowadził kanał, grubości ramienia, po lewej stronie odbytnicy; kanał przechodził przez miednicę do kręgosłupa pionowo ku górze. Kanał był tak przestronny i długi, że autor wprowadził doń całe swoje przedramię aż do łokcia i wydostawał z głębi rany szczątki ubrania chorego. Rozumie się, chory zmarł.

W. Żurkowski.

## II. Choroby weneryczne.

### 456. O wartości nowych środków przeciw rzeżączce. (Głosy z piśmiennictwa współczesnego).

- Źródła.** 1) H. Lohnstein. „Die neusten Arbeiten über die Behandlung der gonorrhöischen Urethritis unter besonderer Berücksichtigung der neuesten Antigonorrhöica.“ (Allg. Medicin. Central Zeitung, 1899, №№ 44, 45).
- 2) Kopp. „Ueber neuere Mittel und Methoden zur Therapie und Prophylaxe der Gonorrhoe des Mannes.“ (München. med. Wochenschrift, 1899, №№ 31, 32).
- 3) „Kazuistyka, streszczenia i wyciągi z prac“ w a) Archiv für Dermatologie und Syphilis, Band XLVII, Heft 1, 2, 3; Band XLVIII, Heft 1, 2, 3; Band XLIX, Heft 1, z r. 1899; b) Monatshefte für praktische Dermatologie, 1899, №№ 1—12; c) Annales de dermatologie et de Syphilographie, 1899, №№ 1—6.

Odkąd przekonano się, że rzeżączka nie jest bynajmniej cierpieniem błahem („głupim tryperkiem“ — wyrażenie chorych), zaczęto poszukiwać nowych dróg, a zwłaszcza nowych leków do bardziej dokładnego, prędkiego i pewnego jej usunięcia. Dążenie do tego, by wynaleść jeden jakiś sposób, jeden jakiś środek, któryby zawsze a dzielnie nam służył, jest łatwym do zrozumienia, nie łatwym jednak do osiągnięcia. Już sama ilość co raz to nowych środków, zachwalanych jako niezawodne, wskazuje, że nie są one bynajmniej takimi i często zawodzą. To nas zmusza, nie poświęcając wyłącznej uwagi jednemu jakiemuś leкови, przejrzeć, co się mówi w literaturze ostatniej doby o najnowszych środkach, stosowanych przy leczeniu rzeżączki. A środków tych nie mało. Zwłaszcza w ostatnich czasach daje się spostrzedz „fabrykowanie“ ich na wyścigi: jeden nie zdąży jeszcze ułożyć się w grobie zapomnienia, nie urzeczywistniwszy

pokładanych w nim nadziei, a już na jego miejsce występuje drugi, jeszcze lepszy, jeszcze skuteczniejszy, otoczony aureolą sławy niemal w chwili powstania (protargol), by zwykłą koleją rzeczy ustąpić miejscu trzeciemu i t. d.

*Airol* ustąpił już z placu. Pisze o nim w ostatnich czasach jeden bodaj Niessen, by odmówić mu wszelkiej wartości. *Airol* działa na gonokoki o wiele słabiej od zaniechanego na razie (nie słusnie F. G.), a zawsze dzielnie działającego azotanu srebra.

*Argentamina* posiada, zdaniem Bender'a, niewątpliwie własności bakterycydozycze, działa też w rzeżączce o wiele silniej i przenika głębiej tkanek znacznie łatwiej, niż odpowiednie roztwory lapisu, ale też powoduje większe podrażnienie błony śluzowej i nadaje się przeto do leczenia tylko w wyjątkowych przypadkach, w których inne leki już nas zawiodły. Pod działaniem rozczyńców 1:5000 lub 1:4000 dla przedniej części cewki moczowej i 1:1000 — 1:500 dla tylnej gonokoki giną nadzwyczaj prędko, w ostrym wszakże okresie cierpienia zmuszeni jesteśmy często wyrzec się użycia tego środka z powodu drażniących jego własności, gdy przeciwnie — w przewlekłych możemy osiągnąć pożądany skutek. Co się tyczy sposobu stosowania, to najlepiej nadaje się *argentamina* do przemywań. — Kopp stosował *argentaminę* tylko w 4-ch przypadkach świeżej rzeżączki. Od dalszego użycia tego środka wstrzymało go silne podrażnienie błony śluzowej, wywoływane za każdym razem nawet przez słabe roztwory (1:4000) leku. Wyleczenia doszczętnego nie mógł osiągnąć w żadnym z tych przypadków: gonokoki trzymały się uporczywie; w 2-ch przypadkach sprawa zapalna przeszła na tylną część cewki. — Neusser przekonał się, że *argentamina* działa na pasorzyty zabójczo, przenika głębiej tkanek łatwo, ale zbyt silnie drażni błonę śluzową, podtrzymuje zapalenie i ropienie; nadaje się wyłącznie do leczenia przewlekłej zaniechananej rzeżączki.

*Argonina.* Widoczny postęp w leczeniu rzeżączki zaznaczył się od chwili wprowadzenia do naszych zasobów leczniczych argoniny — twierdzi Bender — ta bowiem, posiadając niezawodne własności zabójcze dla pasorzytów, nie drażni bynajmniej błony śluzowej nawet w rozczyńcach mocnych. Zaczynamy leczenie od wstrzykiwań do cewki środka rozcieńczonego w stosunku 15:4000 — 3000 (w 15-tu częściach argoniny jest tyle srebra, ile w jednej lapisu), wkrótce, gdy podrażnienia niema, przechodzimy do 15:1000 — 750, wreszcie do 2%, nie obawiając się bynajmniej nasilenia objawów zapalnych. Ponieważ środek ten nie posiada własności ściągających, przeto, zniszczwszy zarazek, dla usunięcia pozostałego nieżyty błony śluzowej, musimy nieraz przejść do użycia innych odpowiednich leków, chociaż często okazuje się to rzeczą zgoła zbyteczną, gdyż sama argonina może usunąć wszelkie objawy doszczętnie. Powikłania występują rzadko. — Kopp stosował argoninę w 23-ch przypadkach u chorych, którzy mieli rzeżączkę po raz pierwszy w życiu. Tylko w 2-ch przypadkach, po stałym stosowaniu środka w ciągu 4 — 5 tygodni, przy stopniowym powiększaniu mocy roztworu (do 7.5:100.0), udało się zniszczyć zarazek; następnych kilka tygodni wypadało poświęcić

leczeniu objawów nieżytowych przez stosowanie środków ściągających. W kilku przypadkach, w których dla próby stosowano wyłącznie argoninę przez czas od 2 do 3 miesięcy, wyniku dodatniego bynajmniej nie otrzymano. Zdaniem Niessen'a, argonina nie drażni błony śluzowej i tem przewyższa azotan srebra, natomiast działa słabiej, niż ten ostatni. — Neisser zgadza się z tem również, że najslabsze podrażnienie otrzymujemy przy argoninie, ona też słusnie może być zalecana w ostrych okresach rzeżączki. — Jellinek uznaje, że argoninę można używać z powodzeniem do leczenia poronnego w przypadkach świeżej infekcyi, również w ostrych okresach cierpienia, a to głównie dzięki tym jej własnościom, że nie drażni użyta nawet w stosunku 1 — 10 : 100.

*Actol.* Mało mówią o tym środku. Dworecki stosował zastrzykiwania roztworów jego 0.01 — 0.5 : 200 i otrzymywał jakoby wyleczenie po 3 — 4 tygodniach.

*Antinosinum* nie wykazało pożądaných własności: siłę leczniczą posiada zbyt słabą, natomiast drażni błonę śluzową bardziej, niż inne, skuteczniejsze od niej środki (Niessen).

*Acidum picrinicum.* Nie mało głosów odezwało się w ostatnich czasach na korzyść kwasu pikrynowego. Scatolari stosował go w 100 przypadkach z powodzeniem. Wartość kwasu pikrynowego, zdaniem tego lekarza, polega głównie na tem, że przenika on z łatwością do głębi tkanek i dzięki bezpośredniemu zetknięciu się tam z zarazkiem, zabija go. — Antonelli stosował kwas pikrynowy, przezywając cewkę trzy razy dziennie roztworem 2 — 5% (po pół litra na raz). Leczenie trwało przeciętnie 15 dni. Po 3 — 4 dniach leczenia występuje zwykle obfite łuszczenie się nabłonka, którego komórki, jak się okazuje, zawierają wielką ilość gonokoków. W dalszym ciągu leczenia łuszczenie się to stopniowo ustaje, a wnet i choroba ustępuje. Ze względu na powyższe własności tego leku, jak również na tanioscć jego, może on zająć miejsce poczesne w szeregu innych, bardziej zachwalanych, chociaż mniej nieraz skutecznych. — Rochon zaleca kwas pikrynowy w stanach podostrych i przewlekłych rzeżączki. W rzeżączce przewlekłej stosuje wyłącznie wodne roztwory kwasu w stosunku 1 : 200 — 100; w ostrej rzeżączce tylnej części cewki zaczyna od azotanu srebra, ale już po 2 — wkraplaniach przechodzi do użycia kwasu pikrynowego. W okresie podostrym choroby stosuje na przemiany to lapis, to kwas. Zalety tego sposobu polegają na: 1) zupełnej bezbolesności i 2) prędkiem wyleczeniu, które następuje najpóźniej po 8-iu zastrzyknięciach (złudzenie — F. G.). — E. Desmos i P. Guillon twierdzą, że ostre przypadki rzeżączki zgoła się nie nadają do leczenia kwasem pikrynowym. Autorowie stosowali go w postaci wkraplań  $\frac{1}{2}$  — 1% roztworu do tylnej części cewki w przypadkach przewlekłych i byli zadowoleni z otrzymanych wyników. Leczenie trwało niekiedy 5 — 6 miesięcy.

*Dextroform.* Mało piszą o tym środku. Wypróbował go Niessen i przekonał się, że nie wywołuje wprawdzie podrażnienia, ale też działanie ma niepewne.

*Hydrargyrum oxycyanatum.* W znacznej liczbie przypadków wypróbował je Kopp, bez powodzenia wszakże: wyciek ropny ustępował nie prędko, a gonokoki, chociaż po kilku tygodniach leczenia ginęły nieraz, po 1 — 2 dniach znowu wracały, skoro tylko je przezywano. — Neisser stawia na pierwszym miejscu sole srebra; po za nimi mają niejaka wartość: ichtyol i hydr. oxycyanatum.

*Itrol.* Zdaniem Koppa stanowi środek odpowiedni dla leczenia świeżych przypadków rzeżączki. W roztworach 0.02 — 0.05 : 200 posiada dostateczną siłę, by w krótkim czasie zniszczyć zarazek i tem samem zapobiedz szerzeniu się sprawy chorobowej; działa jednak itrol zbyt powierzchownie, a więc może być użytecznym tylko w początkach choroby. — Dworecki stosował itrol, polecając chorym zastrzykiwania do cewki trzy razy dziennie roztworów 0.1 — 0.05 : 200.0. Wyleczenie następowało po 3 — 4 tygodniach. — O. Werleł zadowolony z wyników leczenia rzeżączki itrolem. Zaleca: 1) Rozpocząć zastrzykiwania zaraz w początkach choroby; 2) zastrzykiwać od 4 do 5 razy na dobę; 3) przy leczeniu przedniej części cewki zastrzykiwać do niej za każdym razem po 6 — ccm. płynu; 4) przemyć najpierw cewkę przez przestrzyknięcie jej lekkiem, a następną porcję zatrzymać w cewce przez minut 10; 5) rozpocząć leczenie od roztworów słabych (0.02 : 200.0), a następnie, w miarę poprawy i zmniejszania się objawów zapalnych, przechodzić stopniowo do silniejszych (1 : 3800, nie wyżej); 6) płyn przed zastrzyknięciem ogrzać.

*Largina.* Chwali ją Pezzoli. Na pasorzyty działa largina zabójczo, silniej nawet niż protargol, przenika wgląd tkanek z łatwością, drażni błonę śluzową miernie, nawet w roztworach 1 — 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> procentowych. Na 41 przypadków, w 30-tu świeżej rzeżączki wyleczenie następowało po 30 dniach przeciętnie, przyczem zapalenie nie przeszło na tylną część cewki. W przypadkach choroby zastarzałej wynik był bez porównania mniej dodatni; tu pomagały niekiedy wkraplania 1 — 5% roztworów leku. — Starck podaje szczegółowe sprawozdanie z przebiegu leczenia różnych przypadków rzeżączki larginą. 1) Dwa przypadki urethritidis acutae anterioris. Infekcyja przed 3 — 4 dniami. W obu przypadkach wyciek i gonokoki zginęły po zużyciu 200 gramów 1<sup>1</sup>/<sub>4</sub>% roztworu. Zastrzykiwania robiono trzy razy na dobę; płyn zastrzyknięty zatrzymywano w cewce po 5 — 10 minut. Dla większej pewności stosowano larginę (1<sup>1</sup>/<sub>2</sub>%) jeszcze w ciągu tygodnia. 2) Sześć przypadków urethritidis acutae anterioris. Infekcyja przed 3 — 6 dniami. Zastrzykiwania 1<sup>1</sup>/<sub>4</sub>% larginy. Po tygodniu leczenia wyciek znacznie mniejszy, natomiast gonokoków sporo jeszcze w wydzielinie. Zastrzykiwania 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub>% larginy. Po tygodniu w 2-eh przypadkach gonokoki zginęły, w pozostałych obecne w małej liczbie. Jeszcze w ciągu tygodnia szprycowania 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub>% leku. Gonokoki zginęły ostatecznie. 3) Cztery przypadki urethritidis subcutae anterioris. Choroba trwa już od 4-eh tygodni. Wyciek nieznaczny, gonokoków mało. W 2-eh przypadkach gonokoki znikły po 2 — 3-tygodniowem stosowaniu 1<sup>1</sup>/<sub>4</sub>% — 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub>% larginy; w 3-im przypadku largina nie zdolna była wywołać żadnego polepszenia, w 4-ym

natomiast, w którym poprzednie czterotygodniowe leczenie protargolem i ichtyolem nic nie zdziałało, larginą już po tygodniu zniszczyła gonokoki doszczętnie. 4) Trzy przypadki urethritidis subacutae posterioris et anterioris. Wkraplania do tylnej cewki 2% larginy. — W dwóch przypadkach po wielokrotnem wkraplaniu wynik leczniczy ujemny, nadmiar rażąco silne podrażnienie; w 3-im wyleczenie po 5-ciu tygodniach. Zdaniem autora larginą nie stoi niżej od innych leków; nadaje się głównie do leczenia przypadków choroby świeżej.

*Woda gorąca.* Lekarz amerykański, Bridgford, zachwala własny system leczenia zwykłej rzeżączki. Przez pierwszy tydzień poleca on choremu wyłącznie zastrzykiwania wielkiej ilości wody gorącej, a jako skutek tego zabiegu otrzymuje ustąpienie bólów, złagodzenie objawów zapalnych i zgoła znaczną poprawę w całym cierpieniu. Trzy dni następne poświęca przemywaniom cewki rozczynami, również gorącymi, nadmanganianu potasu, następnie wraca jeszcze raz do wody gorącej, by zakończyć leczenie wstrzykiwaniem środków ściągających, zwykle siarczanu cynku. W ciągu całego leczenia chory wypija co drugi dzień butelkę wody magnezjowej (Sol. magnesiae citricae).

*Protargol.* Nie lada jaki postęp w leczeniu rzeżączki zapowiadało ukazanie się protargolu. Pierwszą gorącą pochwałą dla tego nowego środka wygłosił Neisser. Czy nie nazbyt gorąca? przyszłość okaże, może nawet przyszłość niedaleka. Żaden bodaj z nowych środków nie zyskał na razie takiego rozgłosu i rozpowszechnienia, co protargol, stąd też łatwo będzie przekonać się, czy słuszność leży po stronie zwolenników tego leku, czy też przeciwników; należy bowiem zauważyć, że o ile w samych początkach spotykaliśmy się niemal wyłącznie z samymi pochwałami dla protargolu, o tyle już obecnie, po krótkotrwałym względnie zapale, coraz częściej zaczynają odzywać się głosy nieprzychylnie.

Na IV-ym zjeździe niemieckich dermatologów w Strasburgu wystąpił Neisser z obszernym referatem o leczeniu rzeżączki, przemawiając głównie za protargolem. Zdaniem mówcy, powinniśmy się kierować następującymi zasadami: I. Pogląd teoretyczny, uznający, że każda choroba, której przyczyną są pasorzyty, tem prędzej i lepiej będzie wyleczona, im wcześniej i energiczniej wystąpimy do walki z samym pasorzytem, nie zaś z objawami przez niego wywołanymi, ma nieulegającą wątpliwości wartość w zastosowaniu do rzeżączki. Pomimo zaprzeczeń, że tak nie jest, mówca od swoich zapatrywań odstąpić nie może, gdyż doświadczenie kliniczne potwierdza pogląd teoretyczny: przyczyną rzeżączki są pasorzyty, a więc najlepszym środkiem przeciwko niej będzie przedewszystkiem środek działający zabójczo na pasorzyty. II. W szeregu środków takich pierwszeństwo należy oddać połączeniom srebra: działają one energicznie, a pomimo to nie drażnią, lub drażnią nieznacznie błonę śluzową; oprócz soli srebra mają niejaka wartość: ichtyol i hydrarg. oxycyanatum. III. Różne połączenia srebra mają odmienne własności, należy więc za każdym razem wybrać odpowiedni preparat. Najślabsze podrażnienie błony śluzowej wywołuje argonina, głównie zaś protargol, one

też najlepiej nadają się do leczenia rzeżączki w okresach ostrych. Ujemne wyniki, otrzymane przez niektórych lekarzy, należy przypisać nieumiejętnemu stosowaniu, lub też źle preparowanemu leкови. Argentamina działa na pasorzyty zabójczo, przenika wgląd tkanek łatwo, ale zbyt silnie drażni błonę śluzową, podtrzymuje zapalenie i ropienie; nadaje się do leczenia przewlekłej, zaniedbanej rzeżączki. Azotan srebra posiada wysokie zalety środka ściągającego i może być bardzo przydatnym w leczeniu pozostałego nieżyty cewki moczowej.

IV. Zasada przeciwparazytycznego leczenia rzeżączki nie usuwa bynajmniej innych środków i sposobów zewnętrznych lub też wewnętrznych, stawia je jednak na drugim planie. V. Za najpewniejszą drogę stosowania leków przy leczeniu niemal wszystkich przypadków ostrej rzeżączki u mężczyzn należy uznać szprycowania, z warunkiem, aby ilość płynu, użytego za każdym razem, wynosiła nie mniej, niż 10 ccm., oraz ażeby ten płyn był zatrzymany w cewce przez pół godziny (2 razy na dobę). VI. Pierwszym zadaniem naszym w leczeniu rzeżączki powinno być zawsze dążenie do możliwie najszybszego zwalczania okresu ostrego, tą bowiem drogą usuwamy źródło zarazy, możność przejścia choroby w stan przewlekły, wystąpienie powikłań.

Odczyt Neissera wywołał ożywioną dyskusję.

Pierwszy zabrał głos Behrend. Leczył on 46 chorych środkami ściągającymi (wyłącznie alunem) i przeciwparazytycznymi (wyłącznie protargolem). U 29-ciu chorych z ostrą rzeżączką stosowano wyłącznie protargol. Tylko trzech wyleczono po 4 — 6 tygodniach stosowaniu leku. 10-ciu opuściło zakład, nie doczekawszy się wyleczenia, u 16-tu wypadło wyrzec się użycia protargolu ze względu na stałą bezskuteczność jego. Badania bakteryologiczne robiono codziennie. Zastrzykiwano trzy razy dziennie, raz z przetrzymywaniem leku podług wskazówek Neissera ( $1/2$  godziny = prolongirte Inject.). Powikłania występowały często. Z 16-tu chorych, leczonych wyłącznie alunem, a dotkniętych chorobą już od dłuższego czasu, 8-iu wyszło wyleczonych. Z 16-tu leczonych poprzednio protargolem, a następnie dopiero alunem, wyzdrowiał jeden tylko. Co się tyczy samego preparatu, to pierwotnie wypuszczono dwa jego gatunki: jeden z odczynem alkalicznym, drugi z kwaśnym; następnie jeden wycofano z handlu, pozostał atoli protargol nadal środkiem o składzie dokładnie nieznanym, sekretnym, a z takim nie powinni lekarze zgoła przedsiębrać żadnych prób na chorych.

Sedlmayr staje po stronie wczesnego, a w szczególności przeciwparazytycznego leczenia rzeżączki, wychodząc z tej zasady, że im prędzej zniszczymy zarazek, tem mniejsze zdąży on zarządzić szkody. Stosuje argoninę, argentaminę, itrol, protargol, przemysiania Janet'owskie, wreszcie środki ściągające, a mianowicie przetwory cynkowe. Wyczekiwanie z leczeniem możliwie energicznym, nim przejdzie ostry okres choroby, niema racjonalnej podstawy. Wpływ leków należy stale kontrolować badaniem mikroskopowym. Po doszczętnem zniszczeniu gonokoków pozostaje lekarzowi sporo jeszcze do zrobienia. Ażeby skutek był trwały, należy przedewszystkiem przystąpić do

rozeciągania cewki, do czego bardzo się nadają dylatatory Oberländer'a i Kollmann'a. Powodzenie, jakie mamy często, stosując przemywania systemem Janet'a, zależy nie tylko od wpływu leków, ale w równej mierze od rozciągania cewki, które otrzymujemy przez znaczny napór płynu zastrzykiwanego w wielkiej ilości.

Galewski stosował protargol w 153 przypadkach i przyszedł do przekonania, że 1) Protargol istotnie wzbogacił zasób środków dzielných w walce z rzeżączką, zwłaszcza w pierwszych jej okresach. 2) Najlepszy wynik daje się otrzymać przy dwukrotnem w ciągu doby przemywaniu cewki (podług Janet'a)  $\frac{1}{4}$  —  $\frac{1}{2}\%$  protargolem w połączeniu ze zwykłymi szprycowaniami tegoż leku. 3) W rzeżączce przewlekłej protargol nie działa, lub bardzo słabo, i w tych razach musi ustąpić pierwszeństwa azotanowi srebra. To samo można powiedzieć o rzeżączkowym zapaleniu pęcherza.

Joseph radzi stosować jednocześnie z protargolem środki ściągające; tą drogą możemy osiągnąć wyleczenie ostateczne już po 3 — 4 tygodniach.

Kopp nie widział dobrych wyników przy leczeniu protargolem. W 60-ciu przypadkach przebieg choroby wcale nie był łagodniejszy lub krótszy, niż przy leczeniu innymi środkami; również nie zauważył, by powikłania występowały rzadziej, przekonał się natomiast, że bakteryobójcze własności protargolu, na które kładą tak wielki nacisk zwolennicy jego, nie są bynajmniej tak wysokie: niekiedy po kilku nawet miesiącach stosowania tego środka nie udawało się zniszczyć gonokoków doszczętnie. Najlepszym środkiem pozostaje dotąd jeszcze azotan srebra.

Benario twierdzi, że protargol stoi niżej pod względem siły zabójczej dla pasorzytów od azotanu srebra i argentaminy, natomiast mniej drażni błonę śluzową.

Blaško przekonał się, że ani protargol, ani argonina nie są w stanie wytrzymać porównania z azotanem srebra.

Barlow oddaje pierwszeństwo protargol'owi, nie znajdując w szeregu środków, dotąd znanych, lepszego od niego.

Rozprawy, w których zabierało głos jeszcze kilku lekarzy, przemawiając bądź za protargolem, bądź przeciw niemu, nie przyczyniły się zgoda do wyświetlenia podjętej kwestyi, co zaznaczył „z żalem“ Neisser, zamykając dyskusję.

Przechodzimy do dalszego ciągu podjętego zadania, t. j. do przeglądu literatury.

Finger, opierając się na własnym doświadczeniu, wypowiada bardzo pochlebny sąd o protargolu. Zdaniem jego jest to środek, który bynajmniej nie drażni błony śluzowej, zmniejsza stan zapalny, wstrzymuje wydzielinę, niszczy gonokoki, zgoda prowadzi do szybkiego i doszczętnego wyleczenia. Również w rzeżączce przewlekłej nie można mu odmówić pewnej wartości. Z podobną pochwałą wystąpili wkrótce Fürst, Goldenberg, Casoli i inni.

Zdaniem Lohnstein'a protargol wyżej stoi, niż argentamina, lub argonina, natomiast mniej wart od azotanu srebra.

Jul. Brandl leczył protargolem przeszło stu chorych. W ostrych okresach robiono zastrzykiwania trzy razy dziennie  $\frac{1}{2}\%$  roztworu z zatrzymaniem płynu w cewce po 10 minut za każdym razem. Wyleczenie następowało po 3 — 4-ch tygodniach. W urethritis blen. anterior chronica leczenie rozpoczynano również od roztworów  $\frac{1}{2}$ -procentowych, by następnie przejść stopniowo do 2%-ych. Leczenie trwało od 3 do 4 tygodni. Wreszcie w urethritis blen. posterior chronica stosowano Guyon'owskie wkraplania do tylnej części cewki 5 — 10% roztworów. Leczenie trwało od 3 do 6 tygodni; powrotów choroby nie zauważono.

Kopp stosował protargol w stu przypadkach. W większości przypadków na razie wydawał się wynik pożądanym: wyciek ropny przechodził w śluzowy, gonokoki ginęły, z chwilą jednak przerwania leczenia wszystko wracało do pierwotnego stanu. Doszczętne wyleczenie otrzymał zaledwie w kilku przypadkach. Proponowany przez Neisser'a sposób szprycowania z zatrzymaniem leku przez pół godziny w cewce uważa autor za trudny do wykonania.

Regnault nie przyznaje wartości protargol'owi ani w przypadkach ostrej, ani tembardziej przewlekłej rzeżączki; cała jego wartość polega na tem, że mniej drażni niż azotan srebra.

Zdaniem Bloch'a protargol w niezem nie jest lepszy od innych, dotąd używanych środków, pod względem zaś zdolności przenikania włąb tkanek stoi nawet niżej od argoniny. Autor zbyt często widział pogorszenie od protargolu, zamiast poprawy, i to go zniechęciło do leku.

Garmaszew stosował protargol ( $\frac{1}{2}\%$ ) w 22 przypadkach ostrej i 3-ch przewlekłej rzeżączki. W pierwszych dobry wynik otrzymał zaledwie w 7-miu przypadkach, w drugich zaś — w żadnym.

Klejnmann stosował protargol w 57-iu przypadkach (41 rzeżączki ostrej, 10 podostrej i 6 przewlekłej) i tylko w 18-tu mógł poprzestać na nim.

Georg Berg przyszedł do następujących wniosków: 1) Protargol wywołuje podrażnienie błony śluzowej cewki, oraz ból, którego nie bywa przy stosowaniu wielu innych, nie mniej skutecznych środków w rzeżączce; 2) sposób stosowania tego leku, zalecany przez Neisser'a, w najwyższym stopniu niedogodny; 3) Wyleczenie, jeżeli następuje, to bynajmniej nie prędzej, niż przy innych lekach.

Kiedy w r. 1897 wystąpił Neisser z gorącą pochwałą, niemal zachwytem, dla nowego połączenia chemicznego srebra z białkiem — protargolu, nie wielu zapewne znalazło się takich lekarzy, którzyby, mając po temu sposobność, opuścili ją, nie zaleciwszy choremu nowego leku, w błogiej nadziei, że zyskali nie lada broń w walce z opornym nad wyraz gonokokiem. Pochopność tę łatwo wytłómaczyć sobie z jednej strony brakiem dzielnego (idealnie) środka przeciw rzeżączce, z drugiej zaś — powagą autora, który protargol zalecił, chociaż nie zawadzało pamiętać, że ten sam Neisser niezbyt dawno jeszcze, a również gorąco zachwalał sublimat, by potem być jednym z pierwszych w szeregu tych, którzy zarzekli się użycia jego w rzeżączce.



Zamykając rozprawy (IV zjazdu dermatol. niemieck.) nad kwestyą wartości protargolu, Neisser zaznaczył, że nie przyczyniły się one zgoła do wyświetlenia sprawy; sądę, że to samo można powiedzieć o literaturze, temu przedmiotowi w ostatnich czasach poświęconej, a tu podanej. Jedno zdaje mi się nie ulegać wątpliwości, mianowicie to, że protargol nie posiada tych wysokich zalet, jakie w nim pierwotnie dojrzał Neisser.

*Fr. Giedroyć.*

### III. Wiadomości terapeutyczne.

= 457. (*ws*) **Acidum chininum.**

Weiss zaleca nowy środek kwas chinowy w diatesis urica (usposobienie moczanowe), użycie tego środka zmniejsza ilość kwasu moczowego, zamiast którego tworzy się w organizmie kwas hipurowy łatwiej rozpuszczalny w wodzie 1 : 600 (kwas moczowy 1 : 14000). Kwas hipurowy zawierają wiśnie i jagody, owoce te oddawna zalecane są w dniu (podagrze). Autor zaleca tabletki, zawierające kwasu chinowego 0.5, lithii citrici 0.15 i cukru 0.3. Od 6—10 tabletek dziennie.

(Berl. klin. Woch., № 14).

= 458. (*ws*) **Protargolum.**

Engelmann oddaje pierwszeństwo protargolowi przed azotanem srebrnym, jako środkowi zapobiegającemu zapaleniu worka spojówkowego u niemowląt. Wyższość protargolu polega na niedrażnieniu spojówki, i jako środka odkażającego w tym celu używać należy w roztworze 20%, co równa się 2% roztworowi azotanu srebra, zalecanego do wkraplań przez Crède'go.

(Centralblatt f. Gynäkol., № 30).

= 459. (*z*) **Saccharum.**

New. York. med. Journ. (№ 24) poleca stosowanie cukru w chorobach skóry w następującej maści:

Lanolini

Vaselini aa 20.0

Sacchar. pulv.

Zinci oxydati aa 20.0

Glycerini

Sulfur. praec. an 10.

M. f. ungu.

Maść tę stosuje się w eczema, impetigo, ecthyma, oraz we wszystkich wysypkach ropnych.

= 460. (*ws*) **Słinotok.**

Leube zaleca ślinotok (przez żucie pastylek kauczukowych), jako środek współdziałający wessaniu płynu w puchlinie brzusznej; w zapaleniu wysiękowym opłucny podobnie do środków moczopędnych i napotnych.

(Münch. med. Woch., № 33).

= 461. (*hk*) **Szlam ichtyolowy.**

Ważnym czynnikiem w leczeniu gośca, dny i nerwobóli jest szlam i błoto, znane już z czasów starożytnych a którym obecnie znowu więcej uwagi poświęcają. — Oprócz znanych już poprzednio szlamów i błot leczniczych, wpro-

wadzono do terapii nową kombinację złożoną z ichtyolu i błota (Ichthyol-Moorschlam). Jest to masa drobno sproszkowana, którą przed użyciem miesza się z wodą gorącą, następnie gotuje i stosuje pod postacią okładów lub kąpieli. W chorobach przewlekłych, połączonych z bólami, środek ten okazał się nadzwyczaj skutecznym, ogrzany do  $30^{\circ}$ — $40^{\circ}$  ma on własności rezorbujące. W przewlekłym goście stawowym i mięśniowym środek ten działa kojąco i rezorbująco; w przypadkach dny przewlekłej niższa ciepłota  $25^{\circ}$ — $27^{\circ}$  działa lepiej od wyższej. W przewlekłych nerwobólach środek ten działa nadzwyczaj kojąco i usuwa wysięki, utworzone w okolicy tkanki nerwowej. W przypadkach wiądnienia w okresie bólów strzelających widziano wyniki dodatnie,

również w przypadkach wysięków w miednicy. — Natomiast w nerwobólach historycznych, oraz zależnych od nowotworów leczenie błotem ichtyolowym dało wynik ujemny. — Działanie szlamu ichtyolowego objaśnić sobie można w sposób następujący. Wiadomo, że ichtyol działa na pewną głębokość i że wywiera znaczny wpływ na naczynia skórne, tętnice, żyły i kapilary i to nie działa tylko przechodnio, lecz przez czas dłuższy. Ichtyol ochładza, usuwa obrzęki i przekrwienie, i wskutek tego uśmierza bóle. — W skład szlamu ichtyolowego wchodzi siarczan żelaza, kwas węglowy, kwas krzemny, chlorek sodu i inne związki. Cena tego środka jest stosunkowo niska.

(Wien. Med. Pr., № 32, 1899).

## IV. Korespondencya Kroniki Lekarskiej.

### Listy z Paryża.

#### IV.

#### Wykazy dzieł lekarskich.

*Paryż, w październiku.*

Dla każdego, kto zajmuje się pracami naukowymi, zaprzestanie wydawnictwa index medicus internationalis jest stratą wielką i dlatego pozwałam sobie przedstawić projekt, któryby mógł zastąpić to wydawnictwo, a, co ważniejsza, usunąć braki, jakich w nim było wiele. Że index, o którym mowa, nie był kompletny, acz nosił nazwę międzynarodowego, dość przytoczyć fakt, iż piśmiennictwa słowiańskie były zupełnie w nim pominięte. Prócz tego i w samym układzie były błędy, utrudniające poszukiwania.

Najważniejszym jednak brakiem jest fakt wydawania *index'u* przez osoby prywatne, co sprawia, iż już 2 razy następowała przerwa dłuższa w wydawnictwie, co, naturalnie, jest dla ogółu piszących stratą wielką. Dodać należy, iż brak często w wykazie wskazówek o adresie wydawcy dzieła, cenie i t. p., przez co sama wartość wykazu staje się znacznie mniejszą.

To mnie też skłania do podniesienia projektu wydawnictwa wykazów dzieł lekarskich, pisanych w językach poszczególnych, a wydawnictwo to podjąć by powinny towarzystwa lekarskie, fakultety lekarskie oraz korporacje ogólnolekarskie każdego kraju <sup>1)</sup>.

Wydawanie narodowych wykazów daje gwarancję długiego istnienia i odpowie potrzebom w stopniu wyższym, niż międzynarodowe, bezwątpienia bowiem każdy kraj, każdy naród ma swój własny interes w informowaniu dokładnem i szczegółowem innych krajów o swym dorobku naukowym.

Równocześnie jednak należy wprowadzić stałą klasyfikację, co winno być przedmiotem narad kongresu w Paryżu.

Co się tyczy klasyfikacji, należałoby uwzględnić w zakresie szerokim rozdziały na grupy mniejsze. Tak np. dział chirurgii dzielić się winien na rozdziały: a) chirurgia głowy: 1) twarzy, 2) czaszki; b) chirurgia szyi; c) chirurgia klatki piersiowej: 1) płuc, 2) serca, 3) opłucny i t. p.

Tego rodzaju klasyfikacja znacznie ułatwi poszukiwania w wykazie i jeśli wszystkie narody trzymać się jej ściśle będą, braki wydawnictwa „*index medicus de Belling*“ będą usunięte.

Podnoszony przezemnie projekt znalazł już oddźwięk.

W № 21-ym „*Supplemento al Poliliclinico*“ r. b., wydawanego przez Baccelli'ego i Durante'a, umieszczono mój projekt i w odpowiedzi otrzymałem następujące zawiadomienie: „Pan Flamm ma zupełną rację, iż wydawnictwo tego rodzaju, co *index medicus*, nie może być przedsiębiorstwem prywatnem, może być podjęte tylko przez towarzystwa lekarskie lub rządy, gdyż posiada wartość i znaczenie międzynarodowe.“

W każdym razie omówienie organizacji takiego wydawnictwa, ustalenie ostateczne wszelkich warunków wydawniczych musi się odbyć na zjeździe międzynarodowym w Paryżu, chcielibyśmy więc zawczasu grunt do dyskusji w tej kwestyi przygotować i w interesie sprawy pozyskać poparcie wszystkich, a głos takich badaczy, jak Baccelli i Durante jest dla nas bodźcem do dalszych w tym kierunku usiłowań.

---

<sup>1)</sup> Być może, na zjeździe międzynarodowym w Paryżu przy dyskusji nad tym przedmiotem nastąpi zgoda, co do ugrupowania wykazów nie według krajów a języków, że np. wszystkie prace drukowane po francusku ukażą się w jednym wydawnictwie francuskim, choćby były drukowane w różnych krajach, jako to: Francyi, Belgii, koloniach, wszystkie zaś drukowane po polsku również znajdą się w jednym wydawnictwie, bez względu, czy wyszły w granicach państwa Rosyjskiego, Austrii, Niemiec, Ameryki i t. p.

Możnaby zarzucić projektowi, iż ustanowienie biura międzynarodowego dla bibliografii naukowej rozwiązałoby kwestyę, na to odpowiedź łatwa: biuro będzie miało, o ile znajdzie się w rękach prywatnych, wady też same: brak ścisłych danych oraz niedostępność dla ogółu pracujących z powodu nieodłącznych kosztów.

Inaczej rzecz się ma z projektowanym przezemnie wykazem oddzielnym dla każdego języka: znajdować się on będzie we wszystkich bibliotekach lekarskich, będzie dostępny dla ogółu i wydawany członkom korporacji lekarskich bezpłatnie.

Odwołuję się więc do wszystkich korporacji i towarzystw lekarskich, ażeby każda co do swego kraju wzięła inicjatywę na siebie, ażeby utworzyły fundusz potrzebny na wydawnictwo wykazu prac swego narodu. Pożądaną byłoby rzeczą, aby kierownictwo spoczęło w rękach towarzystw, posiadających w kraju największe znaczenie, jak np. we Francji „L'Academie de Médecine de Paris“. Niema wątpliwości, że towarzystwa nie będą żałować kosztów wyłożonych na wydawnictwo i wtedy dopiero wykazy staną się prawdziwie międzynarodowymi i ścisłymi.

Mam nadzieję, że, oddając pod sąd czytelników mój projekt dość wczesnie, mogę liczyć na wszechstronne zbadanie go przez wszystkich, szczególnie zaś sekretarze towarzystw naukowych mogą być mi pomocni w tym względzie, stawiając sprawę tę na porządku dziennym posiedzeń towarzystw, redakcyje zaś pism lekarskich, przedrukując artykuł niniejszy i otwierając łamy do dyskusji, rozprzesznią tą drogą wiadomość o usiłowaniu stworzenia narodowych wykazów dzieł lekarskich.

Po takiej dyskusji wszechstronnej należałoby wysłać na kongres delegatów z każdego kraju, którzy utworzyłiby komisję dla opracowania programu wydawnictwa wykazów, — obowiązującego wszystkich.

*Flamm.*

Do powyższego projektu ze swej strony czujemy się w obowiązku dodać parę uwag. Według projektu kol. Flamma rzecz przedstawia się w sposób następujący: każdy kraj wydaje w jednym, wybranym przez komisję międzynarodową języku wykaz wszystkich prac, wydanych np. w ciągu roku w danym kraju, lub co lepiej w danym języku, wydawnictwo takie będzie rozesłane do wszystkich towarzystw i korporacji lekarskich na całym świecie, tym zaś sposobem w każdym towarzystwie znajdzie się wykaz międzynarodowy, według języków ułożony, i dostępny dla wszystkich członków danego towarzystwa, jako wydawców. Układ powinien być jednakowy, ściśle określony, co ułatwi poszukiwania.

Oto szkic projektu. Zdaje się nam, iż lepszej formy wykazowi nadać nie można i że projekt d-ra Flamma zasługuje na zupełne poparcie.

Co się nas tyczy, jest to już rzecz dla piśmiennictwa polskiego załatwiona poniekąd przez wydawnictwo przeglądu prac piśmiennictwa polskiego. Obok tego wydawnictwa Tow. lek. warsz. powinno

prowadzić według umówionego na kongresie wzoru goły wykaz prac polskich (bez streszczeń), funduszków zaś na to winny dostarczyć wszystkie towarzystwa lekarskie polskie drogą składek, stając się przez to współcześnie abonentami wykazów innych narodów.

Otwieramy lamy „Kroniki“ dla dyskusji nad tą kwestyą, rezerwując sobie w tej sprawie głos po ukończeniu rozpraw w towarzystwach poszczególnych, które, niewątpliwie, zajmą się nią jako dla ogółu pracujących na polu naukowem niezmiernie ważną.

*Redakcyja.*

## V. Towarzystwo Lekarskie Lubelskie.

Doroczne 25-te zrzędu posiedzenie Towarzystwa Lekarskiego  
Lubelskiego z dnia 4 lipca 1899 r.

Przewodniczący — Prezes *Janiszewski*.

I. Prezes *Janiszewski* zagaja posiedzenie mową, w której opisuje 25-letnią działalność Towarzystwa, wspomina zmarłych przez ciąg tego czasu członków, proponując uczcić ich pamięć przez powstanie. Dla upamiętnienia 25-letniej rocznicy założenia Towarzystwa wnosi, aby zmarłemu w r. 1875 członkowi-założycielowi Towarzystwa, ś. p. d-rowsi Aleksandrowi Okolskiemu, wielce zasłużonemu niegdyś w Lublinie zarówno w pracy zawodowej, jak i w pracy nad rozwojem Towarzystwa Lekarskiego, z funduszków Towarzystwa wmurować tablicę pamiątkową w kościele przy szpitalu Ś-go Wincentego à Paulo, obok tablic ś. p. członków Zagórskiego i Schmidta. Następnie prezes *J.* w swojej mowie dowodzi potrzeby: 1) zorganizowania odczytów popularnych z dziedziny higieny; 2) założenia w Lublinie szkoły babek wiejskich, wykwalifikowanych w sztuce położniczej. Towarzystwo projekt wmurowania tablicy przyjmuje, jak również, uznając w zasadzie za pożyteczne wyżej wspomniane projekty i zatwierdzając je, do szczegółowego ich opracowania powołuje dwie komisje z członków Towarzystwa. Do 1-ej komisji, mającej się zająć opracowaniem projektu urządzania stałych popularnych odczytów, weszli: *Biernacki*, *Jaczeński*, *Janiszewski*, *Olechnowicz*, *Przybyłowski*, *Szniersztajn*, *Tołwiński*. Do komisji 2-ej, mającej się zająć kwestyą projektu założenia szkoły babek wiejskich, weszli: *Arnsztajn*, *Czerwiński*, *Janiszewski*, *Jarnuszkiewicz*, *Jaworowski*, *Koziejowski*.

II. *Biernacki* wygłasza odczyt, w którym potrąca kwestyę stosunków koleżeńskich, oraz ich polepszenia wraz z rozwojem naukowej działalności Towarzystwa.

III. *Talko*, jako jeden z pierwszych założycieli Towarzystwa przed 25-ciu laty, wypowiada mowę, w której odtwarza historię założenia Towarzystwa, poczem ofiaruje do sali posiedzeń Towarzystwa

grupę fotograficzną z r. 1872 3-ch kolegów, którzy stanowili związek Towarzystwa.

IV. Przewodniczący odczytuje podanie kol. Flindra o przyjęcie go w poczet członków rzeczywistych Towarzystwa. Pracę kol. Flindra Towarzystwo oddaje kol. Biernackiemu.

V. Sekretarz odczytuje sprawozdanie roczne z działalności Towarzystwa za rok 1898/9, bibliotekarz zdaje sprawę ze stanu biblioteki, wreszcie skarbnik ze stanu kasy Towarzystwa.

VI. *Szniersztajn* ma wykład: „O tworzeniu płynnego kwasu węglowego“, oraz demonstruje aparat.

VII. Prezes *Janiszewski* przy rozpoczynającym się nowym roku działalności Towarzystwa wzywa obecnych do wyboru zarządu Towarzystwa na rok 1899/1900. Głosujących 25. Wybory prowadzono przez balotowanie. Na godność prezesa wybrany został ponownie *Aleksander Janiszewski*. Na vice-prezesa powołany został Edmund Sachs, na sekretarza ponownie Stefan Radomyski, na sekretarza naukowego Adam Majewski, na bibliotekarza ponownie Jan Modrzewski, na skarbnika ponownie *Aleksander Staniszewski*. Do komitetu bibliotecznego, składającego się z vice-prezesa, bibliotekarza i trzech członków, którego zadaniem być winno wskazywanie pism i dzieł treści lekarskiej, które mają być prenumerowane lub nabywane dla Towarzystwa, wybrano: Kazimierza Jaczewskiego, Piotra Janowskiego i Aleksandra Jaworowskiego.

VIII. Przewodniczący odczytuje telegram gratulacyjny od kol. Seidenmanna, nadesłany z powodu 25-tej rocznicy istnienia Towarzystwa.

Na tem posiedzenie zakończone.

Prezes *Janiszewski*.  
Sekretarz *St. Radomyski*.

Posiedzenie zwyczajne z d. 18 września 1899 r.

Przewodniczący — prezes *Janiszewski*.

I. *Majewski* przedstawia kobietę lat 50-ciu, której przed trzema tygodniami wykonał *pierwotne wycięcie 15 cm. jelita czczego* z powodu zgorzeli w uwiecznionej lewostronnej przepuklinie biodrowej. Obecnie chora wypisuje się uleczoną.

Szczegółowy opis przypadku podany będzie na jednym z przyszłych posiedzeń.

II. *Modrzewski* mówi o przypadku *colpocystotomii* i przedstawia wydobyte tą drogą kamienie. Chora T. B. lat 78. Przed 14-tu laty podlegała zabiegowi kruszenia kamienia, poczem miała dwa lata ulgi; obecnie przybyła do szpitala żydowskiego z objawami zapalenia pęcherza, bólami kurczowymi w pęcherzu, bez krwawień.

Dnia 1/VIII r. b. *M.* wykonał *colpocystotomię*, przyczem wyjął 14 kamieni (fosforany). Szył drutem, który po 2 tygodniach usunął. Chora wyzdrowiała.

III. *Dziewiszek* przedstawia chorą lat około 20-tu; przed rokiem przechodziła tyfus brzuszny, o czem z jej opowiadania z wiel-

kiem prawdopodobieństwem wnioskować można. Wkrótce po tyfusie wystąpiło u niej osłabienie w goleniach i stopach, z prawej strony w znaczniejszej mierze niż z lewej. Stan ten trwa po dzień dzisiejszy. Chora z doskonałym odżywianiem, przy chodzeniu powłóczy prawą stopą, na żadne bóle w kończynach ani poprzednio, ani obecnie nie cierpi. Prawa goleń o  $1\frac{1}{2}$  cm. cieńsza od lewej; odruch kolanowy na prawej słabszy, niż na lewej stronie. Czucie bólowe, dotykowe zachowane. Kiszka prosta i pęcherz normalne. Mamy więc w danym przypadku porażenie wiotkie mięśni, goleni i stóp, z zanikiem mięśni i osłabieniem odruchów kolanowych, bez jakichkolwiek zmian czucia. Objawy te mogą wystąpić w zajęciu przednich rogów istoty szarej rdzenia (*Poliomyelitis anterior*) i w zapaleniu nerwów obwodowych (*neuritis*), z warunkiem, że cierpią jedynie nerwy ruchowe.

Rozróżnienie poliomyelitis anterior od neuritis, resp. polyneuritis częstokroć jest bardzo trudne, ponieważ przednie rogi szarej istoty rdzenia stanowią początek obwodowego systematu nerwowego, to jest wchodzi w zakres peryferycznego neuronu. Szkodliwość, wywołująca chorobę, może wyrzucić swój wpływ zarówno na obwodzie peryferycznego neuronu (w mięśniach), jak i w centrum (w korzeniach i komórkach zwojowych; poliomyelitis anterior przeto wchodzi niejako w zakres neurystycznych cierpień. Poliomyelitis tylko w tych przypadkach prawie stanowczo wykluczyć można, gdzie są zaburzenia czucia. Na podstawie tego, nie przesądzając rzeczy ostatecznie, mówca skłonny jest w przedstawionym przypadku postawić rozpoznanie poliomyelitis anterior, jakkolwiek i neuritis zupełnie wykluczyć nie można.

IV. Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia z dn. 4 lipca 1899 r.

V. *Biernacki* referuje pracę kol. Flindra: *Przypadek nowotworu mózdzka*.

Szmul Sz., lat 33-eh, przed laty 11-tu leżał przez kilka miesięcy w lubelskim szpitalu żydowskim, gdzie rozpoznano ostry reumatyzm stawowy i ostre zapalenie nerek. Przez następnych lat 10 chory, piekarz z zawodu, czuł się zdrow i ciężko pracował. Przed 6-ciu tygodniami zapisał się znowu do szpitala, użalając się na silny ból głowy. Prócz bólu głowy żadnych innych zaburzeń nie było. Już wtedy miał puls do 60. Nie widząc po zastosowaniu różnych środków leczniczych najmniejszej ulgi, kol. Flinder chorego po 2-eh tygodniach bytności jego w szpitalu wypisał, radząc mu nie pracować i być ciągle na powietrzu. Z tych 2-eh objawów—uporczywego bólu głowy i nieco zwolnionego tętna, trudno było wnioskować o rodzaju choroby; można było tylko przypuszczać, że przyczyną tego uporczywego bólu głowy i zwolnionego tętna jest ucisk mózgu. Po 2-eh tygodniach odpoczynku chory przybył napowrót do szpitala w daleko gorszym stanie. Uporczywy ból głowy wraz z uczuciem zawrotu, — te dwa objawy rzucają się odrazu w oczy. Chód bardzo wolny, ale *prosty, równy*, — w kierunku choremu nakazanym.

Szczegółowe badanie chorego żadnych zmian nigdzie nie wykryło. Na drugi dzień wystąpił jeszcze jeden objaw, który także odgrywa pewną rolę w cierpieniach mózgu, — wymioty, trwające do dziś kilka razy dziennie. Następnie do tych objawów przyłączyły się dalej: zwolnienie tętna do 50 i mniej (maximum 60), pewne zajęcie sfery psychicznej, wyrażające się apatją i sennością. Chory niechętnie odpowiada na pytania i leży ciągle na prawym boku. Jest chory w szpitalu 19 dni, a przez ten czas nikt go inaczej nie widział leżącym, jak na prawym boku. Na 4-ty dzień po ostatnim przybyciu do szpitala po raz pierwszy występuje świeży objaw: „marche d'ivresse“, czyli ataxia cerebellaris. Chory zatacza się, jak pijany, idzie zygzagiem; równocześnie wzmagą się zawrót głowy, i chory pada. Nazajutrz marche d'ivresse występuje jeszcze wyraźniej, chory zatacza się przeważnie na lewo. Równocześnie występuje słaba niekoordynacja kończyn górnych. Tego samego dnia za pomocą oftalmoskopu skonstatowano: tarczę zastoinową, znaczne powiększenie tarczy nerwu wzrokowego, rozszerzone, kręte żyły, wzdłuż żył znaczne wybroczyny, na tarczy po kilka radialnych białych smug. Prócz tych objawów chory ma wypróżnienie raz na 10 dni.

Główny objaw — marche d'ivresse — do tego stopnia się wzmagą, że obecnie chory prawie stać nie może.

Wszystkie te objawy: uporeczywy ból głowy, zawrót, ataxia cerebellaris, obstrukcja, wymioty, zwolnienie tętna, apatja i senność, tarcza zastoinowa, — wszystko to daje nam możność przypuszczać, że mamy, prawdopodobnie, do czynienia z guzem mózdzku. Inną lokalizację trudno przypuszczać:

1) brak hemiplegii wyklucza zmiany chorobliwe w drogach piramidalnych *cruris post. caps. int.*;

2) brak monoplegii wyklucza zmiany w korze mózgowej, a mianowicie: *monopl. facialis i lingualis* — w dolnej części *lobi centralis anterioris*; *monopl. brachialis* w środkowej części *lobi centr. ant.*; *monopl. cruralis* w *lobulus paracentr.*;

3) brak objawów padaczkowych w hemipl. lub monopl. wyklucza również korę mózgową;

4) brak hemipl. wraz z *paralysis oculomotorii cruciata* wyklucza *crura cerebri*;

5) brak hemipl. wraz z *paralysis facialis cruciata* wyklucza *pons Varolii*;

6) brak *hemianaesthesiae* wyklucza tylną część *caps. int.*;

7) brak *hemipii* wyklucza *lobus occipitalis*;

8) brak motorycznej afazji wyklucza 3 lewy *gyrus frontalis*.

9) przymusowa pozycja chorego (chory ciągle leży na prawym boku!) pozwala przypuszczać, że *crura cerebelli ad pontem* również zajęte.

Na zakończenie muszę jeszcze słów kilka powiedzieć o ostatnich doświadczeniach Bernharda, Nothnagla, Wetzla, Hempla i innych, które dowodzą, że *cerebellum*, szczególnie zaś *vermis* w normalnym stanie, jest jakby regulatorem ruchów dolnych kończyn



i równowagi; najmniejsze podrażnienie prądem vermis wywołuje natchmiast marche d'ivresse.

Na mocy przychylniej oceny pracy przez referenta kol. N. Flinder przyjęty został przez tajne głosowanie w poczet rzeczywistych członków L. T. L.

VI. *Majewski* odczytuje: „Przyczynę do rozpoznawania zbiórowisk płynu podprzeponowych“; podaje w nim nowy, przez siebie spostrzeżony objaw rozpoznawszy dla spraw podprzeponowych, umiejscowionych na górnej powierzchni wątroby. Polega on na tem, że ponad linią bezwzględnego stłumienia otrzymuje się przy mocnym wypuku stłumienie, zależne od wypukłonej ku górze przepony. Odczyt będzie drukowany w „Gazecie lekarskiej“.

W dyskusyi *Biernacki* zaznacza, że przyjęta przez Francuzów nazwa zapalenie okołowątrobiane (perihepatitis) daleko ściślej odpowiada istocie sprawy chorobowej, aniżeli używane przez Niemców określenie: ropień podprzeponowy.

Przy różniczkowym rozpoznawaniu ropni podprzeponowych od wysięków opłucny pierwszorzędne znaczenie *B.* przypisuje etyologii sprawy; jako metodę badania przyszłości, mogącą oddać tu ogromne usługi, uważa *B.* radioskopię; co do perkusyi, to dane jej są wogóle dosyć zawodne.

VII. *Seideman* opisuje przypadek usunięcia pistonu z wnętrza gałki ocznej.

Dnia 15-go września zgłosił się robotnik wiejski, który użalał się na ból w prawem oku. Z opowiadania chorego dowiedział się on, iż kilka dni temu przy rozstrzeliwaniu starych pistonów choremu coś silnie błysnęło przed oczami, ale bólu żadnego nie czuł. W dwa dni po tym wypadku poczuł ból w skroni i czole z prawej strony i przekonał się, że na prawe oko mało co widzi. Oko w chwili badania jest zaczerwienione, bolesne przy dotyku w obrębie ciątka rzęskowego, i posiada tylko jakościowe uczucie światła; palców nie liczy. Przy wewnętrznym brzegu źrenicy widoczne jest ciało obce, wydające zwłaszcza przy oświetleniu bocznem złocisty rozprzestrzeniający się blask. Wobec tego *S.* namówił chorego do operacyi, której tegoż dnia dokonał w szpitalu św. Józefa. Cięcie n. wewnętrznego brzegu rogówki zrobił lancą, poczem szczypcami tęczowemi uchwycił obce ciało wraz z tęczówką, do której, jak się okazało, kawałek pistonu mocno przylegał z tylnej strony i tylko nieznaczna część była widoczną w polu źrenicy i wydawała wspomniany wyżej blask. Wyciągnięty kawałek tęczy został odcięty, oko zabandażowane. Dalszy przebieg gojenia był najzupełnie prawidłowy; pierwsze dwa dni po operacyi chory uskarżał się na bóle głowy, które wkrótce jednak ustały. Przy wypisywaniu się oko posiadało siłę widzenia kompletnie dobrą, bo więcej niż  $\frac{1}{2}$ . Nastrzyknięcie naczyń prawie znikło, bólów żadnych. — Usunięty kawałek pistonu zachowany został w szpitalu.

VIII. *Staniszewski* wygłasza odczyt o sanatorium w Zakopanem dla chorych piersiowych.

Naglącą potrzebę takiego sanatorium pierwszy podniósł w ostatnich czasach dr. Dunin z Warszawy, projekt ten jednakże jak do tego czasu nie wyszedł po za stadyum teoretyczne. Dr. Dunin pragnie stworzyć zakład ludowy dla niezamożnych chorych. Stworzenia takiego zakładu wymaga albo bardzo rozwiniętej ofiarności publicznej, lub też inicjatywy rządu. Jak dotąd, sprawa ta przedstawia się jeszcze bardzo mglisto.

Inaczej rzecz się ma z wybudowaniem wzorowego sanatorium dla zamożniejszych suchotników, takiego, jakie istnieją w Davos, Goerbersdorfie, Falkensteinie lub Hohenhonnef.

Złożenie bowiem kapitału, który więcej lub mniej zawsze będzie oprocentowany jest rzeczą względnie łatwiejszą i prostszą. Potrzeba wybudowania takiego sanatorium dla zamożniejszych jest również paląca, a to najpierw dlatego, że zakład w kraju zmniejszy kosztą kuracyi, powiększone obecnie wyjazdem do zagranicznych miejscowości, a powtóre z przyczyny terapeutycznej: obok bowiem świeżego powietrza i forsownego odżywiania, trzeci niemniej ważny składnik leczenia, spokój fizyczny połączony jest ściśle z warunkiem spokoju psychicznego, ułatwionym wśród przyjaznej, swojskiej atmosfery moralnej.

Zadość tej nagłej potrzebie stanie się wkrótce, za rok bowiem stanie wzorowe sanatorium dla chorych piersiowych w Zakopanem. Inicjatywę dali: Ignacy Paderewski i dr. Kazimierz Dłuski. Dłuski obecnie dla nabycia specjalnej praktyki jedzie na rok do Davos, aby pod kierunkiem Turbana zapoznać się szczegółowo z prowadzeniem anti-suchotniczych zakładów.

Inicjatorowie wkrótce pozyskali dla sprawy Henryka Sienkiewicza, Abakanowicza z Paryża, hr. Konstantego Potockiego z Pieczar na Podolu i jeszcze kilku innych.

Statut dla sanatorium ułożył prof. Rosenblatt z Krakowa. — Pierwsze ogólne zebranie uczestników odbyło się w Krakowie w dniu 30 stycznia r. b. Od tego czasu liczba uczestników wciąż wzrasta, obecnie jest około 50. W liczbie tychże jest wielu lekarzy z Warszawy i kilku wybitniejszych obywateli z Podola i Ukrainy. Udział wynosi 500 fl. Dotychczas zebrano około 150,000 fl.

Zawdzięczając uprzejmości kol. Dłuskiego, otrzymałem szczegółowy wykaz spodziewanego przychodu i rozchodu, z czego pozwolę sobie przytoczyć kilka cyfr. Kosztorys budowy i instalacji sanatorium, urządzonego na 60 chorych, wynosi 230,000 fl. Szczegółowy bilans zestawia, że przychód, licząc na pobyt tylko 40 chorych po 6 fl. dziennie, przez 365 dni wyniesie 87,600 fl. Rozchód, liczony maksymalnie, stanowić będzie 70,889 fl., saldo więc 16,711 fl., co od kapitału 230,000 fl. wyniesie 7%. Procent ten wszakże będzie prawdopodobnie wyższy, albowiem, pomijając dodatkowe dochody, trudno przypuszczać, aby zakład urządzone wzorowo na 60 chorych czynny tak w zimie, jak w lecie, miał przeciętnie tylko 40 chorych. W ten sposób sanatorium w Zakopanem będzie nie tylko instytucją humanitarną, ale i dobrym interesem dla uczestników.

Samo Zakopane bardzo wiele zyskuje na sanatorium, albowiem do tego czasu spełniało ono podwójną rolę: primo jako miejscowość lecznicza dla suchotników i jako stacya klimatyczna dla ludzi szukających wypoczynku i rozrywki wśród wspaniałych górskich widoków. Wkrótce więc gruźlica będzie izolowana w Zakopanem. Bujwid, badając powietrze w Zakopanem, nie znalazł w niem żadnych bakterii chorobotwórczych, wynika stąd, że warunki klimatyczne w Zakopanem w zupełności nadają się do tak zwanej powietrznej metody leczenia suchot płucnych.

Grunt w obszarze 14-morgowym, zakupiony pod sanatorium, znajduje się na południowym stoku Gubałówki, przeszło 1000 metrów nad poziomem morza, o 3 kilometry oddalony od centrum Zakopanego, a o kilometr od drogi prowadzącej do doliny Kościeliskiej, — w miejscowości wolnej od kurzu i zgiełku. Nad potokiem rozciąga się obszerna polana, na której stanie gmach zakładowy z przepięknym widokiem na wszystkie niemal ważniejsze szczyty tatrzańskie i ze wszystkich stron zasłonięty od wiatrów i otoczony lasem świerkowym, który łatwo zamienić można na śliczny park.

Plan gmachu głównego i budynków bocznych opracował budowniczy z Krakowa p. Beringer; kontroli nad planami i nad budową podjął się prof. Odrzywolski; znany malarz Witkiewicz, znawca stylu zakopiańskiego, zastosuje przy budowie motywa tatrzańskie. Gmach będzie dwupiętrowy, murowany z cegły, zaopatrzony w windy, z ogrzewaniem centralnem i oświetleniem elektrycznem. Pokoje dla chorych będą tylko w południowej fasadzie; najmniejszy pokój ma mieć 60 met. kub. objętości, większe do 100. Leżalnia będzie zwrócona na południo-zachód i będzie miała 80 met. długości i 3.5 met. szerokości. Podłoga w pokojach i korytarzach zaślana będzie linoleum, które doskonale nadaje się do zmywania mokrą ścierką dla uniknięcia przez zamiatanie kurzu i pyłu. Ściany w pokojach będą pokryte specjalnymi tapetami, wyrabianymi w Szwajcaryi, które bez uszkodzenia zmywają się szczotkami maczanymi w gorącej wodzie z mydłem, lub w roztworze sublimatu. Urządzenie wewnętrzne w mieszkaniach dla chorych tak będzie zastosowane, aby się nadały w zupełności do radykalnej dezynfekcyi. Dla uniknięcia dymu i hałasu wszelkie maszyny, jak dynamo-maszyna, sterylizator etc., umieszczone będą w osobnym budynku.

Metoda leczenia wzorowana będzie na zakładzie d-ra Turbana w Davos. Najważniejsze punkta wytyczne w leczeniu polegać będą: na ciągłym oddychaniu świeżem powietrzem (nawet poważniej chorzy będą cały dzień bez ruchu spędzać w leżalniach), dalej na spaniu przy otwartych oknach, na odpowiednim forsownem odżywianiu, wreszcie na zupełnej aseptyce płwociny. Chorem surowo będzie wzbronione płuć na podłogę lub do chustek, lecz będą płuć do specjalnych kieszonekowych, hermetycznie zamkniętych, sopluczek Dettwéilera.

Na zakończenie dodam, że w dniu 16 sierpnia r. b. odbyło się drugie ogólne zebranie uczestników sanatorium, na którem, zawiązując uprzejmości kol. Dłuskiego, byłem obecny jako gość. Na tem zebraniu skontrolowano dotychczasową działalność zarządu, sprawdzo-

no rachunki i polecono zarządowi jaknajspieszniej przystąpić do budowy, nie bacząc, że kapitał dotychczas zapewniony jest tylko w ilości 150,000 fl., brakuje więc jeszcze 80,000 fl. Uczestnicy są pewni, że nowi będą się zapisywać, w ostatecznym zaś razie, gdy gmach będzie pod dachem, mogą przystąpić do pożyczki bankowej.

W dyskusyi *Dziewiszek* opisuje sanatorium dla niezamożnych suchotników w Grabowsee, które zwiedzał w tym roku.

Grabowsee leży w odległości około 40 kilometrów od Berlina. Sanatorium to leży wśród lasu sosnowego, na gruncie piaszczystym, nieopodal dość dużego jeziora; składa się z baraków drewnianych, rozrzuconych pośród lasu; oprócz tego są urządzone leżalnie na wypadek niepogody, sala jadalnia, budynki gospodarcze etc. Założone zostało dzięki usiłowaniom zjednoczonych towarzystw czerwonego krzyża. Przyjmowani są tam wyłącznie mężczyźni tylko w pierwszym okresie suchot płucnych. Głównymi czynnikami leczniczymi są, jak wiadomo, świeże powietrze i forsowne odżywianie. Przebywało tam wtedy 180 chorych. Rozporządzają tam statystyką z 200 chorych, z których 56% stało się zupełnie zdolnymi do pracy, 24% mniej lub więcej mogło powrócić do swych poprzednich zajęć, 6% śmierci, reszta bez dodatnich skutków. U 50% chorych zauważono znikanie laseczników suchotniczych w płwocinie.

IX. *Szniersztajn* mówi o sekcji naukowej na wystawie radomskiej.

X. *Stecki* wygłasza odczyt: „O stosunku farmacyi do medycyny“.

XI. *Cynberg* daje sprawozdanie z ruchu chorych w szpitalu żydowskim za miesiące czerwiec, lipiec i sierpień r. b.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *Janiszewski*.

Sekretarz *A. Majewski*.

## KRONIKA BIEŻĄCA.

*Dnia 15-go października 1899 r.*

—h.— Jak donosi „Warsz. Dniw.“, Główny Naczelnik kraju zorganizował pod przewodnictwem pomocnika generał-gubernatora, rad. taj. Podgorodnikowa, specjalne narady w celu zbadania dostarczonych przez gubernatorów Królestwa Polskiego opinii, co do rozszerzenia w kraju opieki nad obłąkanymi.

Komisya zajmuje się również opracowaniem projektów organizacji tej sprawy w zastosowaniu do potrzeb ludności i posiadanych

na ten cel funduszów. Na członków komisji powołano: gubernatora piotrkowskiego Müllera, gubernatora radomskiego Szczirowskiego, gubernatora plockiego Janowicza, inspektora lekarskiego szpitali cywilnych w mieście Warszawie Troickiego, dyrektora szpitala w Tworkach Hardina, inspektora lekarskiego gub. warszawskiej Lewińskiego, urzędnika do szczególnych zleceń kl. V przy general-gubernatorze Zielenina, oraz inspektora lekarskiego gub. kieleckiej Woronowskiego, sekretarzem komisji jest młodszy referent kancelaryi general-gubernatora Gresser.

—h.— „Goniec Urzędowy“ zamieszcza „Przepisy o dopuszczaniu lekarstw zagranicznych“, zatwierdzonych przez tow. ministra spraw wewnętrznych 12 lipca 1899 r.

Pozwolenie na dopuszczenie lekarstw zagranicznych wydaje rada lekarska na podstawie przepisów poniższych, zatwierdzonych przez ministra spraw wewnętrznych po porozumieniu się z ministrem finansów.

1) Rada lekarska przystępuje do rozpatrzenia przeznaczonych na import lekarstw tylko w tych wypadkach, gdy przedstawiono szczegółowo opis ich części składowych.

2) Zagraniczne lekarstwa złożone mogą być dopuszczane do sprzedaży, gdy zgodnie z § 555 ust. lek. zb. praw, t. XIII, wyd. 1892 r., nie zawierają szkodliwych i trujących środków i jeśli do liczby ich części składowych nie należą środki, o tyle prędko ulegające zepsuciu, iż lekarstwo w większości wypadków musi dochodzić do konsumenta w postaci znacznie zmienionej.

3) Przed ostatecznym zezwoleniem na dopuszczenie danego lekarstwa, rada lekarska przekonywa się o jego składzie na podstawie analizy chemicznej.

*Uwaga.* Analizy chemicznej nie dokonywa się wtedy tylko, gdy osoba interesowana przedstawia świadectwo o dokonanej analizie i to przez taką rosyjską lub zagraniczną instytucję, której kompetencya będzie uznana przez radę lekarską.

4) Przy zezwoleniu na import złożonych lekarstw rada lekarska za każdym razem wskazuje, czy dane lekarstwo może być sprzedawane jedynie w aptekach, czy też i w składach aptecznych.

5) O każdym dozwolonym lekarstwie zagranicznym departament medyczny ogłasza dla wiadomości powszechnej w „Gońcu Urzędowym“, „Wiestniku finansów“ i „Wiestniku higieny społecznej, sądowej i praktycznej medycyny“, wydawanym przez departament medyczny.

6) Pozwolone lub wzbronione zagraniczne środki lekarskie zapisuje się do odpowiednich rubryk. Listy te corocznie są kontrolowane przez radę lekarską i następnie przesyłane do departamentu podatków celnych nie później jak do dnia 13 marca, w celu podania ich do powszechnej wiadomości.

—h.— *Pomoc lekarska.* W lipcu r. b., jak donosi „Warsz. Dniew.“, departament handlu i przemysłu rozesał komitetom i komitetom handlowym oraz przemysłowym egzemplarze książki o pomocy

lekarskiej robotnikom jako materyał do mających nastąpić narad nad tą sprawą. Obecnie departament rozesał komitetom wzmiankowanym egzemplarze dodatkom wraz z opinią departamentu, a to celem dańa możności komitetom wcześniejszego obmyślenia wniosków, które na naradach *ad hoc* zwoływanych będą przedstawione przez osoby z łona komitetów delegowane. Narady odbędą się w ostatnich dniach b. m., zapisy przeto delegatów i wnioski powinny być nadsyłane do departamentu do 22 b. m.

—h.— Według informacji „Birz. Wied.“, w departamencie lekarskim opracowany jest projekt reformy istniejących szkół dentystrycznych. Dla wstąpienia do szkoły, jak i dawniej, trzeba będzie przedstawić świadectwo z ukończenia 6 klas gimnazjum lub szkoły realnej. Kurs nauk przedłużony zostanie z 2<sup>1/2</sup> roku do 3<sup>1/2</sup> lub nawet 4 lat. Do przedmiotów obecnie wykładanych dodany będzie kurs nauk przyrodniczych. Zakres zajęć praktycznych będzie znacznie rozszerzony. Praktyka przy dentystach i gabinetach dentystrycznych będzie wzbronioną, co może wpłynąć dodatnio na ukrócenie kontyngensu dentystów, jacy teraz jeszcze istnieją, często nawet niepiśmienni.

—h.— Kol. A. Puławski, dotychczasowy ordynator szpitala Dz. Jezus, został wybrany na dyrektora zakładu leczniczego w Nałęczowie. Kol. P. już od lat kilku ordynował w zakładzie nałęczowskim w sezonie letnim, obecnie poświęci mu się wyłącznie.

—k.— W Kobleneyi odsłonięty będzie pomnik Johannes Müllera, roboty prof. Uphues'a, rzeźbiarza. Pomnik postawionym będzie niedaleko domu, w którym znakomity uczony „ujrzał światło dzienne. Podczas uroczystości odsłonięcia przemawiać będą Virchow, Waldeyer i Köster. (Deut. Med. Woch.).

—h.— Najwyższa rada oświecenia we Włoszech mianowała na katedrę anatomii porównawczej w Pawii panią Riva Monti, która niedawno otrzymała za jedną ze swych prac nagrodę instytutu lombardzkiego w wysokości 3,000 lirów. Rada wydziału paryskiego pozwoliła pani Bonsignoria na czytanie prywatnego kursu chorób ocznych; pani B. jednocześnie mianowana została przez ministra oświecenia okulistą wyższych szkół normalnych w Sèvres i Fontenay aux Rons. (Lyon. méd. Wr.).

—h.— 5-go października upłynęło sto lat od urodzin W. Priessnitz'a, genialnego „partacza lekarskiego“, twórcy dzisiejszej hydroterapii praktycznej, którego głośny w swoim czasie zakład wodoleczniczy w Gräffenbergu na Górnym Szląsku (miejsce urodzenia Pr.) stał się wzorem dla wszystkich obecnych zakładów tego rodzaju, rozrzuconych w ogromnej liczbie po całej Europie, a zwłaszcza Niemczech.

—h.— Dr. Neissen z Wiesbadenu powstaje przeciw nadmieremu rozmnożeniu się wydawnictw lekarskich w Niemczech i nazywa to zjawisko „rozwołnieniem atramentowem“, które przeszło w stan przewlekły, a grozi, że może stać się epidemicznym. Wystąpienie

d-ra N. miało miejsce w wydawnictwie „Aerztliches Vereinsblatt für Deutschland“. (Wr., 38).

—h.— Zauważono oddawna już, iż cement, pokrywający ściany zbiorników wody, z czasem mięknie i odpada. Objasniano to — działaniem kwasu węglowego i wogóle działaniem chemicznem mineralnych domieszek wody. Okazuje się jednak, że właściwą przyczyną tego zjawiska jest działalność drobnoustrojów, wytwarzających kwas azotny, tych samych, dzięki którym woda kanałów ulega oczyszczaniu i dezynfekcyi. Kawałki rozmiękłego cementu są wypchane temi drobnoustrojami. (Lancet, wrześ., — Wr., 39).

—hk.— Miesiączkowanie z ucha opisuje Lermoyez u młodej dziewczyny, u której przez trzy lata regularnie co 4 tygodnie z prawego przewodu słuchowego krew wyciekała, przedtem występowało zazwyczaj ogólne osłabienie i ból głowy. Krew nie krzepła, ucho żadnych zmian chorobowych nie przedstawiało. Po trzech latach wystąpiły regularnie peryody z części rodnych. (Soc. Méd. d. hof., 1899).

# SPIS RZECZY.

## Prace oryginalne.

- I. Parachlorfenol i menthorol w zastosowaniu do leczenia gruźlicy górnego odcinka dróg oddechowych — Aug. Łogucki — str. 1037.

## II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. Chirurgia.

446. Sprawozdanie z IX-go zjazdu chirurgów polskich w Krakowie w d. 18 i 19 lipca 1899 roku -- str. 1048. 447—454. Wyciąg ze sprawozdania z 28-go zjazdu chirurgów niemieckich, odbytego pomiędzy 5 i 8 kwietnia 1899 roku — str. 1052. 455. Alfred Neumann — Przypadki ran od przebicia, spostrzegane w szpitalu Friedrichshain'skim w Berlinie — str. 1058.

### II. Choroby weneryczne.

456. O wartości nowych środków przeciw rzeżączce — str. 1061.

### III. Wiadomości terapeutyczne — str. 1069.

### IV. Korespondencja „Kroniki Lekarskiej“ — str. 1070.

### V. Towarzystwo Lekarskie Lubelskie — str. 1073.

### Kronika bieżąca — str. 1080.

---

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

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

---

Дозволено Цензурою. Варшава, 2 Октября 1899 года.