

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

O LECZENIU

GŁĘBOKICH OWRZODZEŃ BŁONY ROGOWEJ.

PODAJE

Stefan Cetnarowicz,

ordynator kliniki ocznej w instytucie Oftal. w Warszawie.

Nim przejdę do właściwej treści niniejszej pracy, pozwolę sobie przytoczyć przypadki, które mi posłużyły za materiał do napisania kilku uwag o leczeniu głębokich owrzodzeń rogówki.

Spostrzeżenie I. Józef P. wyrobnik, lat 29, wstąpił do kliniki 21/II 1892, wypisał się 21/IV 92.

Rozpoznanie. Trachoma folliculare oculi dextri, ulcus corneae dextrae ex parte superiori, fistula cornecalis, pannus superior ac inferior ejusdem oculi.

Początek cierpienia od lat 4. Obecny stan oka następujący:

Powieki prawego oka obrzękłe, zacerwienione; spojówka obu powiek silnie przekrwiona, gęsto usiana przerośniętymi ciątkami brodawkowymi i tworami mieszkowatymi znacznej wielkości, szczególnie wiele ich znajdujemy na fałdzie przejściowej i w zewnętrznej części tej ostatniej; na załamku spojówki mieszki zlewają się w jedną masę. Na spojówce dolnej powieki kilka mieszkowatych tworów, to zlewających się, to rozsianych oddzielnie. Łącznica gałkowa silnie nastrzyknięta i zleka obrzmiała, rogówka mętna, od góry pokryta naczyniami, z początku idącymi równoległe, następnie ku środkowi rogówki dzielącymi się widłowo, naczynia dochodzą do połowy błony rogowej, na której widoczne są naczynia, idące od dołu i zewnątrz, jednakże nie dochodzące do naczyń (łuszczyki) górnych. W górnej zewnętrznej części błony rogowej spostrzegamy wrzód, mający 2 milimetry w kierunku poziomym, 2,5 w pionowym, o brzegach nierównych, podminowanych, dno wrzodu szare, charakter chroniczny, w samym środku owrzodzenia otwór, przez który sączy się ciecz wodna nazewnątrz, ciśnienie wewnątrzgałkowe zmniejszone. (T—n).

Powieki oka lewego zdrowe, łącznica pokryta dość znacznie rozrośniętymi ciątkami brodawkowemi, rogówka lewa zdrowa. Oko miarowzroczne, $V = \frac{20}{20}$.

Leczenie polegało na przemywaniu worka spojówkowego roztworem sublimatu 1:10000 kilka razy dziennie, wkraplaniu $\frac{1}{2}\%$ roztworu siarczanu atropiny po uprzednim nakłuciu każdego mieszka z osobna i wyciśnięciu za pomocą szczypczyków; po rękoźynie trwającym 10 minut stosowałem zimne okłady, poczem zakładano maść jodoformową 10% z waseliną i ciepłowilgotną opaskę.

Wyciskanie mieszków rozdzieliłem na trzy posiedzenia. Czas jakiś chory nosił jeszcze opaskę, po zdjęciu której stosowałem środki drażniące na miejsce zablźnienia wrzodu. Wypisano chorego z niewielką blizną prawej rogówki z ostrością widzenia—połowa ($V = \frac{20}{40}$).

S p o s t r z e ż e n i e II. Jan G. robotnik fabryczny, lat 45, wstąpił do kliniki 7/II 92, wypisał się 20/V 92.

Rozpoznanie. Trachoma utriusque oculi in stadio cicatrizationis, pannus crassus corneae dextrae, ulcera centralia ejusdem corneae chronica, nubeculae corneae sinistrae ex parte superiori, pannus tenuis superior corneae sinistrae.

Cierpienie trwa od 9 miesięcy, przed dwoma jednak laty chory już leczył się na oczy.

Stan obecny następujący. Skóra powiek prawego oka obrzękła i zaczerwieniona, spojówka zarówno górnej, jak i dolnej powieki przekrwiona, gęsto pokryta tworami mieszkowatemi, przechodzącymi w okres blizn, błona rogowa przedstawia sobą jedną masę o wyglądzie kawałka surowego mięsa, przy bocznem oświetleniu widać, iż cała rogówka jest pokryta naczyniami, idącemi od obwodu ku środkowi; naczynia leżą nadzwyczaj ściśle jedne przy drugich (pannus crassus); po środku błony rogowej trzy głębokie wrzody, dwa z nich od strony górno-zewnętrznej o nierównych brzegach i szarem dnie, trzeci, od zewnętrznej i od dołu, ma dno czyste; wszystkie razem dają koło o średnicy 4 milimetrów.

Chory skarży się na światłowstręt, łzawienie i ból w prawej skroni. Powieki oka lewego z wejrzenia prawidłowe, spojówka powiekowa usiana rozrostem ciątek brodawkowych i gęsto ułożonymi, zlewającemi się mieszkami, błona rogowa lewa od góry pokryta drobnymi naczyniami (pannus tenuis) i kilkoma lekkimi bliznami (nubeculae), co wskazuje na minione cierpienie rogówki. Bystrość wzroku oka prawego—

$\frac{1}{\infty}$, oko lewe— $\frac{1}{2}$ ($V = \frac{20}{40}$). Leczenie polegało na stosowaniu sublimatu, atropiny, maści jodoformowej, bandaża; lewe

oko tuszowałem co dzień zlekką pałeczką siarczanu miedzi. Po dwu tygodniach stan prawej rogówki pozwolił na zatuszowanie spojówki $\frac{1}{2}\%$ roztworem saletrzanu srebra, po kilku dniach mogłem już przejść do tuszowań silniejszymi roztworami— 1% , 2% , które stosowałem na przemian z siarczanem miedzi. Po dwumiesięcznej kuracji na prawej błonie rogowej owrzodzeń nie ma śladu, gdzie niegdzie tylko na obwodzie widać małe naczynia (reszki łuszczyki), ostrość widzenia prawego oka — $\frac{20}{200}$, co w obec dalszego leczenia może się jeszcze znakomicie poprawić.

Spostrzeżenie III. Marceli S. terminator szewcki lat 15, wstąpił do kliniki 11/II 1892, wypisał się 7/III 92.

Rozpoznanie. Ulcus corneae sinistrae ex patre supero-externa origine traumaticum.

Na trzy tygodnie przed wstąpieniem do kliniki chory miał być uderzony w lewe oko guzikiem; zaraz następnego dnia uczuł lekki ból oka, światłowstręt i łzawienie, w trzy tygodnie później zjawił się silny ból w lewej skroni. Chory czas jakiś leczył się ambulatoryjnie bez widocznej poprawy.

Stan obecny. Skóra powiek lewego oka zlekką obrzmiała, zaczerwieniona, łącznica powiekowa przekrwiona, silny światłowstręt, skurcz powiekowy, łzawienie; chory skarży się na ból w lewej skroni. Spojówka gałkowa zlekką obrzękła, zaczerwieniona, nastrzyknięcie rzęskowe umiarkowane, źrenica wązka, leniwie oddziaływająca na bodźce świetlne. Błona rogowa w górnym zewnętrznym odcinku zmętniała, na granicy źrenicy widać głęboki brak tkanki rogówkowej, nieprzenoszący rozmiarami 1,5 milimetra średnicy; wrzód ma postać lejka otworem szerokim zwróconego ku przodowi, dno wrzodu zupełnie czyste, rzuca jasny refleks od widniejącej na dnie błony Descemet'a, która w tem miejscu ma wygląd pęcherzyka powietrznego, lada chwila mającego pęknąć, co zatem idzie mamy do czynienia z poczynającym się keratocele. Po zapuszczeniu atropiny źrenica zupełnie dobrze się rozszerza. Zastosowałem przemywanie sublimatem 1:10000, wkraplanie $\frac{1}{2}\%$ roztworu atropiny 3 razy dziennie, masć 10% jodoformową z waseliną i kompres sublimatowy (1:6000) z ceratką i flanelowym bandażem, na noc dostał chory antypyryny 0,6 grm.

Przez przeciąg całego tygodnia wrzód pozostawał in statu quo, później dopiero od zewnątrz i z góry począł rozwijać się pęczek naczyń ciągnący się wązkim pasemkiem od miejsca owrzodzenia (pannus reparativus), w dalszym ciągu wrzód szybko się wypełniał, tak iż dnia 28 Lutego przy bocznem oświetleniu nie można było się dopatrzeć żadnego braku w tkance błony rogowej. Zdjąłem więc bandaż i począłem stosować środki drażniące na rogówkę (calomel, t-ra opii, unguentum hydrargyri praecipitati flavi). Dnia 7 Marca chory został wy-

pisany, mają całkowitą ostrość widzenia— $\frac{20}{20}$, tę ostatnią należy zawdzięczać umiejscowieniu wrzodu na zewnątrz od brzegu źrenicznego tęczęwki, tak, iż pozostałe zmętnienie nie stanowi różnicy w akcie widzenia.

S p o s t r z e ż e n i e IV. Szczepan O., lat 21, rolnik, wstąpił do kliniki 20/XI 91, wypisał się 8/II 92.

Rozpoznanie. Atrophia bulbi dextri anterior, ulcus centrale corneae sinistrae, hypopyon.

Chory wskutek uderzenia przed 10-u laty stracił prawe oko; przed tygodniem, przechodząc przez las, został uderzony gałązką w lewe.

Stan obecny. Prawe oko zanikłe, powieki lewego oka obrzękłe, zlekka zaczerwienione, spojówka powiekowa przekrwiona, gałkowa zaczerwieniona i obrzękła, silne nastrzyknięcie rzęskowe. Chory skarży się na ból głowy, światłowstręt i łzawienie. W samym środku błony rogowej spostrzegamy wrzód o 3 mm. średnicy, o brzegach nierównych, podminowanych, dno wrzodu stanowi błona Descemet'a, pokryta szarym nalotem, na spodzie przedniej komory ropa, zajmująca mniej więcej $\frac{1}{10}$ część jej objętości, źrenica wązka; ostrości wzroku wskutek światłowstrętu określić ściśle niepodobna. Zastosowałem przemiywania sublimatowe, atropinę, maść jodoformową i bandaż z kompresem ogrzewającym z odwaru kory chinowej ze spirytusem kamforowym, do wewnątrz salicylan sodu z antypyriną aa. 0,60; początkowo zmieniano okład ogrzewający 4 razy dziennie, z chwilą lepszego wyglądu wrzodu i zjawienia się naczyń na rogówce, podchodzących ze spojówki gałkowej do dolnego brzegu owrzodzenia (pannus reparativus), wreszcie rozwinięcia obfitej siateczki naczyń na samem owrzodzeniu ograniczyłem opatrunek do dwu razy na dobę.

Dnia 7 Stycznia na miejscu dawnego wrzodu otrzymałem tkankę bliznowatą wypełniającą ściśle brak błony rogowej poprzednio widziany. Teraz naczynia, spełniwszy swą rolę, poczęły znikać, czemu znakomicie sprzyjało mięsienie rogówki przy pomocy środków lekko drażniących: unguentum hydrargyri praecipitati flavi w stosunku 0,2 grm. na 8,00—10,00 grm., ungenti lenientis s. oleo aeth parati, kalomelu, hydrargyri cinerei cum lanolino w stosunku 1:5 (Mitvalsky). Z chwilą wypełnienia wrzodu tkanką bliznowatą, zaprzestałem stosować opaskę ogrzewającą z odwaru kory chinowej ze spirytusem kamforowym (odwar ten, używany często ze znakomitym skutkiem, zwłaszcza w postaciach astenicznych wrzodów, stosuję według następnego przepisu — kory chinowej 15,00 grm. na 200,00 grm. wody z dodatkiem 1,5 grm. spirytusu kamforowego). Przez kilka dni następnych chory miał oko lekko nasucho bandażowane, później zaś bandaż zmieniłem na klapkę luźno przed okiem wiszącą. Ostrość widzenia chorego oka otrzy-

małem — $\frac{20}{180}$, w celu poprawienia jej przy łaskawej pomocy prof. Wolfringa i kolegi Garlińskiego zrobiłem choremu irydektomię odzewnątrz, blizna bowiem środkowa, utworzona na miejscu wrzodu, stanowiła wielką przeszkodę w akcji widzenia. Irydektomię wykonałem dnia 23 Stycznia, 28 Stycznia rana zupełnie była zablizniona. Dnia 8 Lutego chory został wypisany z kliniki z ostrością wzroku — $\frac{20}{40}$.

Spostrzeżenie V. Jakób G. rolnik lat 17, wstąpił do kliniki 19/III 1892, wypisał się 20/V 92.

Rozpoznanie. Ulcus septicum origine traumaticum corneae dextrae ex patre infero-externa, hypopyon.

Przed czterema tygodniami podobno choremu coś wpadło w prawe oko, poczęto robić próby w celu wyjęcia obcego ciała za pomocą kawałka szmatki, jednakże rękoczyn był bez skutku, obcego ciała nie wydobyto.

Stan obecny. Skóra powiek prawego oka obrzmiała, zaczerwieniona, spojówka powiekowa przekrwiona, gałka również zaczerwieniona i obrzmiała, silne nastrzyknięcie rzęskowe; chory skarży się na światłowstręt, silne łzawienie, bóle głowy w okolicy prawej skroni. Rogówka w zewnętrznym dolnym odcinku zmętniała, po sroku zmętnienia widać wrzód 3,5 milimetra w kierunku pionowym, 3 w poziomym, brzegi wrzodu nierówne, wzniesione i podminowane, dno pokryte szaro-żółtym nalotem, naokoło wrzodu pierścień szaro-żółty, pierścień znajduje się w mięszu błony rogowej, odległość pierścienia od wzniesionych nieco brzegów owrzodzenia wynosi pół milimetra, na zewnątrz pierścienia w mięszu rogówki szare szprychy. Na spodzie przedniej komory — ropa, zajmująca $\frac{1}{4}$ część komory, źrenica pod działaniem atropiny niezupełnie się rozszerza. Natychmiast po przybyciu chorego zrobiono paracentezę w celu wypuszczenia ropy i zmniejszenia wewnątrzgałkowego ciśnienia, lecz opróżnienie przedniej komory z ropy nie zupełnie się udało, przemyto zatem oko, zasypano mialkim jodoformem i nałożono okład wilgotno-ciepły z odwaru kory chinowej ze spirytusem kamforowym, do wewnątrz w celu zniesienia bólów głowy podano antypyrynę c. natro salicylico aa. 0,60 grm. Po upływie dwóch tygodni zaprzestałem okładów, ograniczając się tylko do bandażowania oka na sucho i wkraplania atropiny. Po miesiącu wytworzyła się na miejscu poprzedniego wrzodu blizna o powierzchni kulistej, i wówczas dopiero począłem stosować środki drażniące za rogówkę. Z chwilą wypisania się chorego ostrość wzroku oka prawego była — $\frac{20}{200}$, która przy zastosowaniu szpary stenopeicznej dochodziła do $\frac{20}{40}$.

Spostrzeżenie VI. Kamilla J., lat 2. Rozpoznanie. Conj. diphtheritica oculi dextri, ulcus consecutivum ex parte inferiori corneae dextrae.

W miesiącu Maju 1891 roku zostałem wezwany do dwuletniej Kamilli J.; dziecko to z ojca zdrowego i z matki, w rodzinie której dwie osoby zmarły na gruźlicę, miernie odżywiane, ze znacznie powiększonymi gruczołami chłonnymi, zapadające od czasu do czasu na katar oskrzeli, leczyłem już poprzednio kilka razy z powodu zapalenia łącznicy pryszczkowego (conj. phlyctenulosa). Zastałem stan oka prawego następujący: powieki lśniące, zaczerwienione, nadzwyczaj silnie obrzmiałe, górna powieka zachodzi zupełnie i pokrywa sobą dolną, wydzielina worka spojówkowego szarawa, przezroczysta z płatkami żółtawemi; pomimo starań wywinąć powieki, ani też ująć w celu obejrzenia oka nie mogłem. Z objawów, a zwłaszcza z wydzieliny domyśliłem się, iż mam do czynienia z dyphterytem spojówki. Polecilem lodowe okłady, stosowane bez przerwy i, o ile się da, przemywanie roztworem sublimatu 1:10000, do wewnątrz kalomel. Po kilku dniach dopiero można było otworzyć oko na tyle, iż spostrzegłem brzeg powiekowy górnej powieki pokryty szarożółtym nalotem, samej powieki wywinąć nie można było; w dalszym ciągu stosowano zimne okłady i przemywanie sublimatem. Czwartego dnia można było na tyle odsunąć górną powiekę, iż spostrzegłem w dolnym zewnętrznym odcinku błony rogowej nacieczenie wielkości małego łąbka od szpilki. Zaleciłem prócz zimnych okładów wkraplanie między powieki $\frac{1}{2}\%$ roztworu atropiny. W miarę zmniejszania się obrzęku udawało się coraz lepiej otworzyć oko, wreszcie wywinąć górną powiekę, na której widoczny był nalot szarożółty, ograniczony do $\frac{1}{3}$ części szerokości powieki przy samym jej brzegu (Dyphteritis partialis conj. palpebrae superioris). Jednocześnie nacieczenie rogówkowe szerzyło się w głąb i wszcz. Zastosowano ciepłe wilgotne okłady 3—4 razy dziennie po 15—20 i 30 minut, i wcierania w powiekę 2 razy dziennie maści z żółtego tlenku rtęci z coldremem; wcieranie trwało od 5—8 minut. W miejscu nacieczenia rogówki uformował się ropień, wreszcie wrzód o średnicy $3\frac{1}{2}$ milimetra. Z przejściem sprawy chorobowej z ostrego okresu w stan chroniczny zabrałem się do energicznego leczenia wrzodu, który podówczas był tak głębokim, iż tylko blaszka Descemeta wraz z szarym nalotem stanowiły jego dno.

Podczas leczenia spojówki, zasadzającego się na częstych przepłukiwaniach worka łącznicowego roztworem 1:10000 sublimatu, wcieraniu wywzmiankowanej maści merkuryjalnej, ciepłych okładach, a następnie z zejściem sprawy w okres ropienia na stopniowym tuszowaniu łącznicy roztworem azotanu srebra, $\frac{1}{2}\%$, 1% , 2% o tyle uwzględnianą była rogówka, iż stosowano roztwór $\frac{1}{2}\%$ atropiny, później przeszedłem

na zakładanie maści jodoformowej i okładów z ceratką z dekoktu chinu z spirytusem kamforowym (przy traktowaniu łącznicy wcieraniem maści z żółtego tlenku rtęci, maści jodoformowej stosować na wrzód nie można było, a to z racji wytwarzającego się w tych warunkach jodku rtęci silnie drażniącego rogówkę i łącznicę). Kompres zmieniano 3 razy dziennie, tyleż razy przepłukiwano worek łącznicowy sublimatem, wkraplano atropinę i zakładano maść jodoformową. W dwa tygodnie brzegi wrzodu były znakomicie unaczynione przez cały szereg naczyń równoległych, idących z łącznicy gałkowej, wrzód począł się wypełniać, tak, że przy tem traktowaniu w dalszym ciągu wkrótce otrzymałem zupełne wypełnienie wrzodu tkanką bliznowatą; wówczas zaprzestałem, bandażowania oka i na czas 2 tygodni zostawiłem dziecko w spokoju. Po upływie tego czasu przeszedłem do środków drażniących rogówkę, resp. prześwietlających bliznę. Leczenie trwało jeszcze blisko 2 miesiące. W tych czasach widziałem chorą, łącznica nie przedstawia śladu przebytego cierpienia, na błonie rogowej od dołu i od zewnątrz poza granicami źrenicy widać maleńką plamkę, przy oświetleniu bocznem plamka staje się widoczniejszą; z czasem, mając na względzie wiek dziecka, nie będzie śladu przebytego cierpienia rogówki.

S p o s t r z e ż e n i e VII. Mikołaj J., urzędnik, 62 lat. *Lagophthalmus paralyticus, ophthalmoplegia, ectropium paralyticum palpebrae inferioris, keratitis neuroparalytica, hypopyon oc. dextri, meningitis basilaris chronicaluetica.*

Dnia 30 Lipca 1891 r. chory po raz pierwszy zgłosił się do mnie: znalazłem stan następujący. Osobnik źle odżywiany, słaby, objawy paraliżu całego szeregu nerwów czaszkowych strony prawej. Nn. optici, oculomotorii, trochlearis, trigemini, abducentis, facialis, acustici. Prawe oko zdaje się być niżej umieszczone, niż lewe, wysunięte trochę ku przodowi, powieka górną opada i jakkolwiek wskutek tego szpara powiekowa prawego oka znacznie jest węższą w stosunku do lewego, jednakże chory nie jest w stanie przysłonić oka powiekami (*Lagophthalmus paralyticus*). Dolna powieka odwinięta i znacznie odsunięta nazewnątrz i ku dołowi (*ectropium paralyticum*). Spojówka powiekowa przekrwiona, pokryta silnym dosyć rozrostem ciałek brodawkowych, łącznica gałkowa obrzmiała, zaczerwieniona, silne nastrzyknięcie rzęskowe, błona rogowa, zmętniała i nie czuła na dotyk, w samym jej środku rozległe owrządzenie, mające kształt mniej więcej koła o średnicy 5 millimetrów, w przedniej komórce ropy do $\frac{1}{5}$ objętości (*hypopyon*), źrenica wązka, nie oddziaływała na światło, tylne zrosty na całym obwodzie brzegu źrenicznego tęczówki z przednią torebką soczewki, na tej ostatniej złożyła się tkanka organizowanej i barwnika, tęczówka w stanie zaniku. Ostrość wzroku oka prawego—0.

Chory skarży się na silne bóle głowy, utratę słuchu z prawej strony, brak apetytu i snu.

Przed laty 20 przechodził przymiot. Zastosowałem prócz przemywań sublimatem, jodoform w proszku na miejscu owrzodzenia zamiast maści, a to z tej przyczyny, iż po opatrzeniu wrzodu należało przymknąć powieki za pomocą pasków elastycznego lepkiego plastra, ułożonych pionowo, maść zaś, dostając się nazewnątrz oka, rozpuszczałaby masę kleistą plastra. Na zamknięte w ten sposób oko stosowałem ciepło-wilgotny okład z odwaru kory chinowej ze spirytusem kamforowym i bandaż flanelowy. Opatrunek zmieniano 2 razy dziennie; wewnątrz podałem jodek potasu. Po 10 dniach ropa znajdująca się w przedniej komórce znikła, wrzód zaś nadzwyczaj leniwie się wypełniał, jakkolwiek od dołu można było zauważyć cały szereg naczyń, zachodzących z łącznicy gałkowej do brzegu owrzodzenia. Ciągłe jednakowy prawie stan rogówki i dokuczliwe bóle głowy, nieustępujące pod żadnymi środkami farmaceutycznymi, kazały mi zwątpić o jakiejś rychlejszej zmianie ku lepszemu i, po radzie z kolegą Kamockim, zaproponowałem choremu wyłuszczenie amaurotycznej gałki, na co chory się nie zgodził. Znowu więc stosowałem okład z dekoktu z opaską flanelową, aż wreszcie w końcu Września na miejscu pierwotnego owrzodzenia otrzymałem bliznę. Bóle głowy występowały teraz z mniejszą siłą i rzadziej, chory czasem nawet spał dobrze, jednakże zaproponowałem choremu radę z kolegą Goldflamem, rezultatem czego było poddanie się chorego specyficznemu leczeniu z racyi chronicznego cierpienia podstawy mózgu na tle przymiotu (meningitis basilaris chronica luctica). By zaś uniknąć na przyszłość owrzodzeń rogówki, co wobec stale istniejącej niedomykalności powiek prawego oka bezwarunkowo by nastąpiło, wspólnie z kolegą Kamockim zrobiliśmy tarsoraphiam; po tej ostatniej chory wyjechał do domu, na prowincyję, by tam nadal prowadzić kurację przeciw przymiotowi. W dwa miesiące później miałem od niego wiadomość, iż po 40 wcieraniach i przy ciągłym używaniu jodku potasu czuje się dobrze, bóle zaś głowy rzadko go tylko nawiedzają.

Zdawałoby się, iż zestawiając powyższe przypadki, można by utworzyć szablon, podług którego należy leczyć głębokie owrzodzenia błony rogowej, mianowicie: przemywania sublimatem 1:10000, atropina, kokaina, maść jodoformowa, okład ogrzewający z ceratką, bandaż, czasem pijawki i podawanie środków odciągających na kiszki, więc olej rącznikowy, kalmel, środki solne, w razie silnych bólów głowy natrium salicylicum, antipyrina i phenacetyna stanowiłyby całą terapię wrzodów rogówki. Jednakże tak nie jest. W każdym po-

szczególным przypadku należy się dobrze rozejrzeć, i, opierając się z jednej strony na etjologii cierpienia, z drugiej na indywidualizmie chorego, stosować tę lub ową metodę leczniczą. Mamy do czynienia jak w dwu pierwszych przypadkach z owrzodzeniem, powstałem na tle jaglicy i jeden i drugi chory pod względem fizycznym zbudowani i odżywiani dobrze, oprócz cierpienia oczów nic im nie dolega, wewnętrzne ich narządy zupełnie normalne, nic patologicznego wykazać się w nich nie da, jednakże inną terapiję stosujemy u pierwszego inną u drugiego (nr. 1). Na załamku widać twory mieszkowate, to oddzielnie leżące, to zlewające się w masę, odgóry i oddołu z łącznicy gałkowej dążą naczynia na błonę rogową; daleko więcej spotykamy naczyń w górnym odcinku, i nic dziwnego, mamy tu do czynienia z większemi stosunkowo zmianami na powiece górnej, niż na dolnej, prócz istniejącego, i tu i tam samego insulatu chorobotwórczego (jaglicy), naczynia rogówkowe (łuszczka) są powierzchowne, stanowią ciąg dalszy naczyń łącznicy gałkowej (mamy tu do czynienia z tą postacią cierpienia rogówki, względnie unaczynienia jej, gdzie cierpi tylko łącznica, twardówka i naczyńcówka są zdrowe). Sam okres jaglicy w danym przypadku przedstawia sobą okres drugi, stłuszczenia ziarna, gdzie spotykamy ziarna żółtawoszare o treści miękkiej, galaretowatej, zawartej w kruchych osłonkach, okres ten najskuteczniej daje się leczyć przez wygniatanie¹⁾ i następne stosowanie środków drażniących farmaceutycznych. Tak też i postąpiliśmy w danym przypadku z tą jednakże różnicą, iż po jednorazowym wygnieceniu i usunięciu przez to samo bezpośredniego drażnienia wrzodu, przystąpiłem do leczenia wrzodu, zakładając 10⁰/₀ maść jodoformową 2 razy dziennie i kompres ogrzewający wraz z ściśle nałożonym stale bandażem flanelowym. Dopiero po zupełnem zabliźnieniu wrzodu przystąpiłem do leczenia siarczanem miedzi naprzemian z środkami drażniącemi błonę rogową. W przypadku drugim (nr. 2) główną uwagę zwróciłem na rogówkę, łącznica bowiem nie przedstawiała warunków do leczenia, jest to okres poczynającego się bliznowacenia. Rogówka za to cierpi ciężiej, cierpią niemal wszystkie jej warstwy i łącznicowa (pannus su-

¹⁾ Sroczyński. „Przegląd lekarski” nr. 40, 1891 r. „O leczeniu jaglicy”.

perficialis), i twardówkowa (pannus crassus) i wreszcie naczyniowa, cierpi bowiem iris (źrenica wązką). Odpowiednio też uciekłem się do wkraplania atropiny i okładów ciepłych w celu rozmiękczenia łącznicy powiekowej i przyspieszenia wypełnienia wrzodów. Później dopiero z chwilą lepszego wyglądu błony rogowej, zabliznienia wrzodów, przystąpiłem do tuszowań łącznicy argento nitrico i cupro sulphurico, od czasu do czasu stosując środki drażniące na rogówkę.

Następnie trzy przypadki przedstawiają sobą pierwotne cierpienie błony rogowej pochodzenia urazowego. Pierwszy z nich to głęboki wrzód rogówki o dnie czystym, respective, do czasu zgłoszenia się chorego o poradę nie został zakażony, dwa inne wrzody zanieczyszczone, pokryte szarym nalotem; w obu przypadkach mamy do czynienia z ropą w przedniej komórce.

Otóż pierwszym zadaniem lekarza w tego rodzaju przypadkach jest utrzymanie w czystości worka spojówkowego i samego owrzodzenia przez częste przemywanie płynami przeciwnymi, dalej zapuszczenie roztworu atropiny, zakładanie maści jodoformowej i stosowanie ciepło-wilgotnych okładów ze stałą opaską flanelową.

W pierwszym z trzech przypadków, gdzie nie chodziło o zbyt obfite unaczynienie owrzodzenia, ograniczyłem się tylko do stosowania okładów ciepło-wilgotnych z roztworu sublimatu 1:6000. Po wypełnieniu owrzodzeń postąpiłem tak samo, jak w dwu pierwszych przypadkach, t. j. stosowałem środki drażniące w celu sprzezrocyszczenia rogówek.

Przypadek szósty dotyczy owrzodzenia błony rogowej następczego wskutek błonicowego cierpienia spojówki, odpowiednio też temu leczenie polegało przedewszystkiem na usunięciu cierpienia spojówki przez stosowanie początkowo zimnych, następnie ciepłych okładów (zadaniem pierwszych było zmniejszenie obrzęku i silnego stanu zapalnego powiek, drugich sprzyjanie oddzielaniu się błon dyfterytycznych i przyspieszenie okresu śluzoropnego), przemywaniu roztworem sublimatu i wcieraniu dwuprocentowej maści z żółtego tlenku rtęci.

Z przejściem sprawy w okres śluzoropny tuszowałem spojówkę roztworem azotanu srebra, uwzględniając jednocześnie odpowiednie leczenie wrzodu.

Słódko o samem leczeniu dyfterytu łącznicy. Czy cierpienie to wogóle jest identycznym z cierpieniem takimże gardła, czy w wielu przypadkach poprzedza, jak utrzymują jedni, podobneż cierpienie gardła, czy w tych przypadkach, gdzie spostrzegano trwanie obu spraw jednocześnie jest przeniesieniem zarazka z jednego miejsca na drugie, czy po prostu szczególnym zbiegiem tych dwu spraw—nie będę rozstrzygał; faktem jest, iż tak samo jak istnieją różne pod względem nasilenia i umiejscowienia postaci kliniczne dyfterytu gardła, toż samo dzieje się z łącznicą.

W jednym przypadku błony zdejmują się łatwo i obnażona powierzchnia mniej lub więcej krwawi, w drugim ma się przeciwnie, w jednym przypadku, pomimo najusilniejszych starań ze strony leczącego następuje szybko zniszczenie błony rogowej, w drugim sprawa kończy się nawet bez drobnego nacieczenia tej ostatniej. Podobnież ma się rzecz i z leczeniem dyfterytu spojówki oka.

Nie znam działu terapii szczegółowej, w którym robiono by większe wysiłki na polu wynajdywania coraz to nowych środków skutecznego leczenia niż w traktowaniu dyfterytu. Toż samo, lecz może na mniejszą skalę dzieje się między okulistami, co prawda, ci ostatni często wzorują się na terapeutach. Mooren ¹⁾ zachwala użycie od początku aż do okresu śluzoropnego ciągłych dniem i nocą zmienianych ciepłych okładów i wody chlorowej, John Tweedy ²⁾ podobno ze znakomitym skutkiem leczył dyfteryt spojówki miejscowem użyciem siarczanu chininy, Ziemiński ³⁾ radzi wodę wapienną, inni kwas salicylowy, nadmanganjan potasu (Wolfring) i wiele innych środków. Nieulega najmniejszej wątpliwości, iż najdzielniejszym środkiem przeciw dyfterytowi spojówki oka są ciepłe okłady, przemywania zaś same mają działanie z jednej strony przeciwnie, z drugiej usuwają mechanicznie nagromadzoną w worku spojówkowym wydzielinę.

Ostatni przypadek jest klasyczną postacią wrzodu paralitycznego, nie spotyka się zbyt często, mamy tu bowiem po-

¹⁾ Dr. A. Mooren. Fünf Lustren ophthalmol. wirksamkeit. Wisbaden, 1882.

²⁾ Lancet Jan. 7—1882.

³⁾ „Przegląd Lekarski“ r. 1892.

rażenie wszystkich nerwów jednej połowy mózgu ¹⁾ i tem więcej zasługuje na uwagę, iż godzi do pewnego stopnia różne, różnych autorów na sprawę tę zapatrywania. Widzimy tu porażenie nerwu trójdzielnego, twarzowego (Snellen ²⁾, Butner) ³⁾ i cierpienie ogólne konstytucyjonalne—przymiot.

Nieulega wątpliwości, iż w danym przypadku znieczulenie rogówki, łącznicy powiekowej, oraz cierpienie przewodu łzowego sprzyjało przyleganiu do błony rogowej pyłu i drobnoustrojów, którym ciągły dostęp dawało zmienione położenie dolnej powieki (ectropium paralyticum), to ostatnie też należy uważać za właściwą przyczynę cierpienia, albowiem zagojenie wrzodu nastąpiło wobec zachowania się rogówki, łącznicy i przewodu łzowego in statu quo, dolna powieka zaś podczas leczenia była za pomocą lepkiego plastra starannie zbliżana do górnej.

Z wyżej przytoczonych przypadków widzimy, iż głębokie owrzodzenia błony rogowej mogą być następstwem urazu i swoistego cierpienia łącznicy (jaglica, dyfteryt) należy tu dodać jeszcze wpływy chemiczne i termiczne na rogówkę, respective działanie środków żrących, jak: zasady i kwasy, oparzenia i wreszcie właściwe sprawy zapalne rogówki. Z wyjątkiem urazu, gdzie od początku cierpienia rogówki mamy do czynienia z widocznym brakiem tkanki (pod urazem pojmujemy i wpływy chemiczne i termiczne na błonę rogową), każde inne owrzodzenie jest następstwem nacieczenia ograniczonego, które przechodzi w ropień a następnie w owrzodzenie, ostatnie zwykle przy nieodpowiednim leczeniu, lub zupełnem braku tego ostatniego staje się wrzodem septycznym, zmienia wygląd i pociąga za sobą cały szereg powikłań. Tu muszę nadmienić, iż obowiązkiem każdego lekarza, skoro ma do czynienia z owrzodzeniem rogówki, jest sprawdzenie stanu worka łzowego; w większości przypadków przyczyną septycznego wrzodu błony rogowej jest śluzoropotok wyżej wzmiankowanego worka.

Przy jakimś prawie niedostrzegalnym dla oka badające-

¹⁾ O ile mi wiadomo w literaturze dotychczas jest opisanych około 20 podobnych przypadków: wielostronne porażenie nerwów mózgowych powstaje na tle urazu, przymiotu i gruźlicy.

²⁾ Arch. f. die holländ Beiträge. Utrecht. 1, str. 206.

³⁾ Zeitschr. f. ration. Med. 3 Reihe, t. XV, str. 254.

go zdarciu nabłonka rogówki ropna wydzielina worka łzowego, w razie cierpienia tego ostatniego zawsze obfitująca w grzybki ropotwórcze, ciągle się styka z obnażoną powierzchnią rogówki i w ten sposób daje początek ciężkiemu cierpieniu oka. W tych zatem przypadkach należy przedewszystkiem leczyć śluzoropotok przewodu łzowego. Stan worka łzowego sprawdzamy przez naciśnięcie wskazicielem miejsca wewnętrznego kąta powiek, odpowiadającego anatomo-topograficznemu położeniu worka, w razie cierpienia tego ostatniego z otworów łzawych (puncta laerimalia) wydziela się ropa. W celu więcej szczegółowego zbadania dróg łzowych należy je przestrzyknąć za pomocą szprycy Anela.

Jeżeli przewody nosłzowe znajdujemy w zupełnym porządku, a łącznica nie wskazuje również na żadne cierpienia, wówczas dopiero należy się zająć leczeniem owrzodzenia rogówki i w razie septycznego wyglądu tego ostatniego (dno szare, brzegi podminowane, często ropa na spodzie przedniej komory) przemyć starannie worek łącznicowy jednym ze środków przeciwniejących, najlepiej sublimatem 1:10000, wkropić atropinę lub ezerinę, względnie do umiejscowienia wrzodu, włożyć maść 10% jodoformową lub jodolową ¹⁾ w tymże stosunku i nałożyć wilgotno-ciepły opatrunek. W przypadkach, gdzie wrzód nie ma charakteru septycznego można maści nie zakładać.

Uważam sobie za obowiązek omówić okoliczność, iż, zalecając przemywanie worka łącznicy, najchętniej używam sublimatu. Dzięki spostrzeżeniom Saemisch'a, Leber'a, Schmidt-Rimpler'a, Stromayer'a, Hirschberg'a, Widmark'a i innych od dawna już widzą okuliści przyczynę złośliwości niektórych wrzodów w obecności grzybków;—na nie też starają się działać odpowiednimi środkami przeciwniejącymi. Przedewszystkiem zwrócono się do kwasu karbolowego, lecz ten okazał się nieodpowiednim. Horner spostrzegł, iż słaby rozczynek $\frac{1}{2}\%$ drażni spojówkę i często sprowadza owrzodzenia i zaciemnienia rogówki. Alfred Graefe po użyciu tegoż środka widział obrzmienia powiek i długotrwałe podrażnienie. Stosowano czas jakiś jakoby z dobrym skutkiem kwas salicylowy (Horner) tymol, resorcyne (Förster) kwas będzwiowy, chinolinę (Sal-

¹⁾ Jodol przy owrzodzeniach rogówki, podał dr. J. Strzeмиński. „Gaz. Lek.“, 1886, str. 860. Glässner Hirschberg's Centralblatt f. prakt. Augenshld. Januar, 1886.

kowski), kwas borny, który i dziś wielu okulistów chętnie używa (Sattler) i wreszcie niedawno pyoaktaninę (Stilling), która narobiła dużo wrzawy, zrodziła wiele prac i okazała się już, jeżeli nieszczęśliwym, to w każdym razie nie tak cudownym środkiem, za jaki ją w swoim czasie chciano uważać. Ostatniemi też czasy zalecają niektórzy okuliści jako dzielny przeciwgnilny środek—trójchlorek jodu (Fälsler, Rydel, Ziemiński), co do tego ostatniego wiem tylko tyle, iż użycie go jest w praktyce prywatnej ze względu na zawsze świeże przyrządzanie preparatu trochę zmudne, czego nie ma przy użyciu sublimatu, temu też zawsze mojem zdaniem należy się pod każdym względem pierwszeństwo.

W związku z przeciwgnilnem leczeniem spraw ropnych rogówki pozostaje stosowanie ciepło-wilgotnych okładów. Dla czego te ostatnie tak zbawienny wpływ wywierają na owrzodzenie błony rogowej wiemy z doświadczeń Hesse'go, przeprowadzanych na oczach króliczych; pod wpływem wilgotnego ciepła rozszerzają się naczynia, równocześnie zwiększa się ilość białych ciałek krwi i wzrasta energia tych ostatnich w sprawie walki o byt z ropotwórczemi grzybkami, tak, iż ostatnie daleko szybciej obumierają, a co zatem idzie cała sprawa ropna prędzej się kończy.

Chcę jeszcze tu zwrócić uwagę na środek terapeutyczny, często stosowany przy wrzodach rogówki, a mojem zdaniem nawet najczęściej; środkiem tym jest kokaina. Wielu bardzo okulistów używa go w swej praktyce razem z atropiną, jako środka szybciej i dokładniej rozszerzającego źrenicę, niż to robi sama atropina, jako środka znieczulającego i tem samem sprawiającego chwilową ulgę choremu i wreszcie jako środka zwężającego naczynia, więc zmniejszającego obrzmienie, a nawet według niektórych wprost sprzyjającego szybkiemu gojeniu się wrzodu (Weber); Wicherkiewicz i wielu innych pod tym względem wprost przeciwnego są zdania. *Ze zdaniem tych ostatnich zupełnie się zgadzam, i dotychczas kokainie przypisuję tylko ogromne znaczenie w dziale chirurgii ocznej, gdzie chodzi o chwilowe znieczulenie, przy wrzodach zaś błony rogowej nie używam kokainy, wychodząc z następującego założenia.

Przy owrzodzeniach błony rogowej chodzi nam:

- | | |
|---|------------------------------|
| 1) O szybkie pobudzenie przemiany materji w utkaniu ro- | 1) Kokaina, znieczulając ro- |
| gówkę, odżywianie to upośledza. | |

gówki, resp. o możliwie dobre odżywianie.

2) O rozszerzenie naczyń i często wytwarzanie nowych.

2) Kokaina zwęża naczynia i zmniejsza zdolność wytwa-

rzania się nowych.

Zapuszczanie roztworu kokainy przy wrzodach rogówki w celu jej znieczulenia na czas dłuższy jest niemożliwe, gdyż środek ten działa krótko i w takim razie trzeba by było często wkraplać i zdejmować opatrunek, co w wielu wypadkach byłoby ze szkodą dla gojenia się wrzodu, wreszcie kokaina przy częstem i dłuższem wkraplaniu, upośledzając odżywianie powierzchownych warstw nabłonka, wywołuje łuszczenie się tego ostatniego, respective obnażenie na pewnej przestrzeni błony rogowej, a co zatem idzie—świeży wrzód. Ostatnią okoliczność miałem sposobność sam niedawno spostrzegać przy sprawie ropnej na łącznicy gałkowej, względnie daleko od rogówki. W celu znieczulenia oka podczas opatrunku wkraplałem 2 razy na dzień po 2 krople 2^o/_o roztworu kokainy, i to zdaje się, zupełnie wystarczyło do wytworzenia się owrzodzenia w samym środku błony rogowej właśnie w miejscu, na które puszczałem krople roztworu; po zaprzestaniu wkraplań kokainy wrzód się zagoił.

Na zakończenie nadmienić muszę o chirurgicznych sposobach leczenia wrzodów rogówki. Na pierwszym miejscu należy postawić najprostszы rękoczyn, polegający na wycieraniu dna wrzodu za pomocą pędzelka krótko przyciętego, lub wacika, osadzonego na odpowiednią rączkę, zmoczonych w roztworze sublimatu 1:1000 (Wolfring); wycierania należy robić po uprzedniem znieczuleniu rogówki za pomocą kokainy, sam rękoczyn ogranicza się do kilku delikatnych przecierań.

Meyer wyskrobuje wrzód ostrą małą łyżeczką, następnie zakłada opatrunek przeciwnylny.

Dalej uciekają się często okuliści przy nagromadzeniu dużej ilości ropy w przedniej komórce do przekłucia rogówki za pomocą odpowiedniej igły lub lancy, używanej przy operacji iridektomii: przekłócie robi się w tych razach na brzegu rogówki w bocznych jej odcinkach, niektórzy nawet w tych razach robią irydektomię (Gayet); częściej niż do tej ostatniej zwracamy się do operacji Saemisch'a, zasadzającej się na rozszczepieniu dna wrzodu i wypuszczeniu cieczy wodnej wraz

z ropą, znajdującą się w przedniej komórce. Sama operacja wykonywa się w ten sposób, iż za pomocą wąskiego noża kataraktalnego Graefe'go robi się wkłócie niedaleko brzegu wrzodu, jednakże w zdrowej części błony rogowej przeprowadza się nóż przez przednią komorę po za dnem wrzodu, wyklówa go się znów w tkance zdrowej i, zwróciwszy ostrze noża lekko ku przodowi, wolnymi ruchami piłowemi przecina się rogówkę. Ostatnią operację modyfikuje się w ten sposób, iż wkłócie robimy na granicy dolnej trzeciej części rogówki, u samego jej brzegu, w odpowiednim miejscu strony przeciwnej wyklucie i niezwracając noża odrazu ku przodowi wolnymi piłowemi ruchami rozcinamy dolną część rogówki na $\frac{1}{2}$ milimetra od granicy jej z twardówką, jednym słowem otrzymujemy cięcie płatowe, jak przy operacji zaemy sposobem płatowym. Modyfikacja ta jest szczególnie wskazaną w tym razie, jeżeli mamy w przedniej komórce kłaczek gęstej, niepłynnej ropy, wówczas to za pomocą szczypczyków, wprowadzonych w ranę wydobywamy ropę.

Z chwilą wprowadzenia do terapii wogóle galwanokaustyki zaczęto stosować ją i w okulistyce i najsamprzód przy wrzodach rogówki (hypopyon keratitis). Zauważono, iż przy wrzodach septycznych na rogówce w połączeniu z nagromadzeniem ropy w przedniej komórce pod wpływem galwanokauteru, stosowanego na miejsce owrzodzenia, ciecz przedniej komory staje się czystsza, żrenica się rozszerza, ropa z przedniej komory znika (Nieden); w wielu wypadkach robiąc mały otwór w rogówce galwanokauter zastępuje keratotomię. Po zastosowaniu żegadła wrzód szybko się oczyszcza i następnie goi, i nie dziwnego, gdyż zdaje się, trudno o skuteczniejszy przeciwny środek nad miejscowe działanie wysokiej temperatury, to też pomimo, iż wśród okulistów znajdują się przeciwnicy galwanokaustyki (Schmidt—Rimpler) ma ona i swych zwolenników między koryfeuszami okulistyki, że wspomnę o Wicherkiewiczu, który często używa galwanokauteru z dobrym skutkiem i posiada u siebie różne jego rodzaje co do wielkości i formy wogóle. Sposoby leczenia chirurgiczne powinny być stosowane przy głębokich owrzodzeniach rogówki nader oględnie i dopiero wówczas, gdy jodoform i ciepło-wilgotne okłady nie wydadzą pożądaných rezultatów. Tacy praktycy jak Weber, Nieden, Samelsohn, Becker, Arlt, Stiling są wprost przeciwnikami

operacji Saemisch, wychodząc z zasady, iż rękoczyn ten często sprowadza przyczepione bielma, a nawet zaćmę urazową.

Wrzesień, 1892 r.

LITERATURA.

Jan Przybylski. Warszawa, 1881. Kilka uwag o dyfteryie łącznicy i stosunku tego cierpienia do dyfterytu i krupu wogóle.

Dr. A. Mooren. 1882. Fünf Lustren Ophthalmol. Wirksamkeit. Wisbaden.

Z. Kramsztyk. „Medycyna“ Nr. 45, 1881. O paralitycznym wrzodzie rogówki.

Bericht über die 14 Versammlung der ophth. Gesellschaft in Heidelberg, 1882.

Sattler. Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte 1881. Nr. 3, 4. Holstein. Antiseptis in der Augenheilkunde. Berlin, 1883.

O postępowaniu przeciwnilnem w chorobach ocznych, podał dr. Machek. „Przegląd Lekarski“, 1883, str. 238.

Kacauroff. Leczenie trachomy i jeja osłabnienij. „Wracz“, Nr. 19—20, 1883.

Dr. German. Statistisch-Klinische Untersuchungen über das Trachom. Inaug. diss. Dorpat, 1883.

Grigorjeff. Epidemija conj. trachomatosae w Temir-Chanzurynskoj kamandje. Kawk. Medicinskij Sbornik, Nr. 36, str. 1—34, 1883 r.

E. Raehlmann. Patologisch anatomische Untersuchungen ueber die folliculäre Entzündung der Bindehaut des Auges oder das Trachom. Archiv. f. ophthalmol. b. XIX Abtheil II, str. 7—3.

Dr. Jan Hoene. Notatki z kazuistyki okulistycznej. „Gazeta Lekarska“, 1884, str. 328.

Z. Kramsztyk. Przypadek dyfterytu łącznicy, powikłanego dyfterytem gardła. „Gazeta Lekarska“, str. 509, 1884.

Dr. med. Br. Ziemiński. Z kliniki chorób ocznych w Dorpacie: Przyczynę do zastosowania kokainy w okulistyce. „Przegląd Lekarski“, 1885, str. 49.

Dr. B. Wicherkiewicz. O kokainie i jego wartości leczniczej, mianowicie w dziedzinie okulistyki. „Przegląd Lekarski“, r. 1885, str. 51, 81, 91.

Zyg. Kramsztyk. Wyciskanie ziarn jaglicowych z łącznicy. „Gazeta Lekarska“, 1886, str. 387.

Dr. J. Strzemiński. Jodol przy owrzodzeniach rogówki. „Gazeta Lekarska“, 1886, str. 860.

Michel. Mikroorganismus der sogenannten ägyptischen Augenentzündung Arch. f. Augenheilk. XVI.

Z. Kramsztyk. O związku łuszczyki z jaglicą. „Gazeta Lekarska“, 1887, str. 860, 888.

Kortulis. Zur Aetiologie der Aegyptischen catarrhalischen Conj. Centralblatt. f. Bacteriol und Parasitenkunde. 1887, 1. Band 10.

Kucharski. Bakteriologisches über Trachom. Centralbl. f. prakt. Augenberk. 1887, str. 225—235.

Straderini. Ricerche sulla istologia e sulla patogenesi della congiuntivite trachomatosa della cura di questa mediante il sublimato corrosivo. Pavia, 1887.

Z. Kramsztyk. Szczyptyki do wyciskania ziarn jaglicowych ze spojówki. „Przegląd Lekarski“, 1888, str. 494.

Dr. P. Wodziński. Chirurgischeskoje leczenie trachomy. Wiestnik oftalmologii. April, 1888.

Caut. Case of Keratitis from paralysis of left fifth nerve; in jury to fifth nerve within cranium. Tr. ophth. Soc. U. Kingdom Lond. 1889—90, X, 233.

Boullet. Etude comparative du traitement des abcès de la corneé par la chaleur et le froid. Lyon, 1890.

Gałęzowski. De l'action de la benzophenoneide ou pyoktanine sur les ulcères rogeants de la cornée. Compt. rend. Soc. de biol. Paris. 1890, 9 s., 11, 735.

Dr. Darier. Des bons effets de galvanocautère dans les complications cornéennes de l'ophtalmie purulente Annales d'oculistique p. 34, 1890.

Dr. Gallemaerts. De l'emploi de la pyoktanine à la clinique du dr. Coppez Annales d'oculistique p. 55, 1890.

Schweinitz. The treatment of corneal ulcers by the actual cautery. Am. I. Ophth. St. Louis, 1891, VIII, 121.

Annales d'oculistique, Mai—Juin, 1891.

Analyses bibliographiques. Valeur therapeutique de la pyoktanine en oculistique par. M. Morchetti (La Riforma Medica, 30 avr.)

V. Hoppel. Beitrag zur Behandlung des Trachom's. Bericht, über die Einundzwanzigste Versammlung der Ophthalmologischen Gesellschaft. Heidelberg, 1891.

Dr. med. Br. Ziemiński. Antyseptyka w oftalmologii. „Przegl. Lekarski“, Nr. 35, 35, 37, 38.—1891.

Ayres. Treatment of hypopion-keratitis. Cinein. Lancet-Clinic. 1891, n. s. XXVII 596.

Claiborne. The use of the actual cautery in infected ulcers of the cornea. N. York. M. I. 1891, Liü 624.

Lagrange. Keratite de l'oeil gauche avec paralysie double et complète des deux trijumeaux. Mém et bull. Soc. de méd. et chir. de Bordeaux, 1890—1, 544.

Solvestri. Experimentelle Untersuchungen über septische Keratitis. Arch. f. ophth. Leipz. 1891, XXXVII, 2,220.

Bouvard. De certains formes de Keratitis consecutives à des ulcerations légères du nerf trijumeau. Paris, 1891.

Hutchinson. Permanence of recovery after very severe ulceration of cornea. Arch. Luig. Surg., 1891—2, III, 76.

Dr. med. Ziemiński. Przyczynę do lekowej terapii chorób spojówki. O lekach ściągających. „Przegląd Lek.“ Nr. 20, 1892.

Z KAZUISTYKI SZPITALNEJ.

Głęboki pod względem rozpoznawczym przypadek porażenia prawostronnego wraz z niemotą.

PODAŁ

DR. K. WISŁOCKI,

asystent szpitala Ś-go Rocha.

Dnia 26 Marca r. z. wezwany zostałem do chorego mężczyzny w średnim wieku, z objawami zupełnego porażenia prawostronnego wraz z niemotą. Podejrzewając wobec obfitego wycieku ropnego z ucha lewego możliwość ropnia mózgowego, zależnego od sprawy zapalnej w uchu, a zatem wymagającego interwencji chirurgicznej, poleciłem odwiedzić bezwzględnie chorego do szpitala.

Przy badaniu nazajutrz wraz z ordynatorem oddziału d-rem Chrostowskim, znaleźliśmy co następuje:

Chory budowy prawidłowej z upadkiem odżywiania, niedokrewny, przedstawia wszystkie objawy zupełnego połowicznego porażenia ze strony prawej, kończyna górna i dolna bezwładna, ruchy mimiczne prawej połowy twarzy zniesione, lewy kąt ust obniżony, język i języczek odciągnięte na prawo, odruchy skórne zniesione, ścięgnięte nieco zwiększone; źrenice reagują prawidłowo. Badania dna oka nie mogliśmy dokonać. Przytomność niepełna.

Chory oddziaływa na silne bodźce dźwiękowe i świetlne, nie rozumie jednak co do niego mówią, nie jest w stanie sam wymówić ani słowa, ani też powtórzyć wypowiedzianego.

Z lewego ucha zauważyć się daje obfity wypływ ropy; w jamie bębenkowej polip, zajmujący prawie połowę jej światła, ruchomy, przyczepiony do brzegu górnej ścianki za pomocą cienkiej szypuły. Źródło ropy znajduje się głębiej po za polipem. W okolicy wyrostka sutkowego niewielka przetoka; wprowadzony w nią zgłębnik natrafia na kość obnażoną.

W płucach objawy umiarkowanej rozedmy; wymiary serca powiększone, tony czyste. Wątroba i śledziona nieco powiększone. Sprawność pęcherza i kiszki prawidłowa. Ciężota ciała waha się między 36,8—37,5° C.

O ile sądzić można z opowiadania żony chorego, objawy choroby występowały powoli. Od kilku już tygodni chory powłóczył nogą prawą, skarżył się na brak siły w rękę prawą i ból głowy. W dniu 17 b. m. upadł nagle, stracił przytomność, mowę, jak również władze w prawej połowie ciała. Wypływ z ucha istnieje od lat kilku. Czy przechodził przedtem jakie choroby, żona objaśnić nie może.

Dla rozpoznania przeto istoty i siedliska przyczyny, wywołującej wyżej przytoczone objawy, mieliśmy następujące da-

ne: 1) powolny początek choroby, 2) porażenie prawostronne, 3) niemota zupełna, 4) wyciek ropny z ucha lewego.

Już opierając się na samych wywiadach, a mianowicie, na istnieniu przez czas pewien hemiparezy, z wszelkiem prawdopodobieństwem wykluczyć możemy wylew krwi do mózgu i zator tembardziej, że ani ścianki naczyń, ani serce nie przedstawiają żadnych zmian, warunkujących najczęściej wyżej przytoczone stany chorobowe.

Rozpoznanie przeto nasze wahać się może tylko pomiędzy zakrzepem znacznieszego naczynia mózgowego, guzem lub ropniem.

Brak badania oftalmoskopowego pozbawiał nas tak cennych wskazówek, jak tarcza zastoinowa nerwu wzrokowego, która najczęściej spotyka się przy guzach, lub neuritis n. optici, towarzyszącej zwykle ropniom mózgu,

Przebieg jednak cierpienia przemawiał więcej za ropniem, niż za guzem. Zdaniem bowiem większości badaczy, a szczególnie Gowers'a ¹⁾, przy ropniu mózgowym obserwować się daje przez czas pewien okres jakby półutajenia choroby z mało wyrażonemi objawami ogniskowemi, a później dopiero nagle występują objawy, przypominające wylew lub zator mózgowy. I tak właśnie było u naszego chorego.

Co się zaś tyczy różniczkowania pomiędzy zakrzepem i ropniem, to z uwagi na analogiczność objawów w obu tych cierpieniach (Sahli ²⁾ jedynym punktem, na którym oprzeć się w rozpoznaniu mogliśmy, był wypływ z ucha.

Ostatecznie więc doszliśmy do wniosku, że mamy do czynienia z ropniem mózgowym pochodzenia usznego. Brak podniesienia ciepłoty ciała nie przeczył zupełnie naszemu przypuszczeniu, wiadomo bowiem jak często ropnie, zależne od spraw chronicznych w kościach, przebiegają bez podniesienia ciepłoty. Niedawno nawet, na posiedzeniu Warsz. Tow. Lek. z dnia 3/V 92, Heiman opisał dwa przypadki ropni mózgowych, przebiegających bez gorączki, a Dunin również wspominał o kilku podobnych, obserwowanych przez siebie.

Zalatwiwszy się w ten sposób z istotą procesu chorobowego, staraliśmy się wyjaśnić sobie jego siedlisko. Pomimo stwierdzonego związku, istniejącego pomiędzy danemi czynnościami i ściśle określonymi częściami mózgu, dokładne oznaczenie siedliska zmiany patologicznej przy danem zaburzeniu przedstawia wiele trudności.

Jedną z najważniejszych stanowi uwzględnienie tak zwanego wpływu z odległości. Istnienie bowiem danego procesu

¹⁾ W. K. Gowers. *Dyagnostyka chorób mózgowia*. Tłomacz. ruskie.

²⁾ H. Sahli. *Über Hirnchirurgische Operationen den Standpunkte der inneren Medicin*. (Samlung kl. Vort. 28. 1891).

patologicznego, np. guza w pewnej ściśle określonej części mózgowia jest w stanie wywołać zaburzenia w całej prawie półkuli, wskutek ciśnienia na sąsiednie części mózgu, jak również zwiększenie ogólnego ciśnienia wewnątrz czaszkowego.

Pośrednio tą drogą mogą powstać nawet objawy ogniskowe, tak, że przy rozpoznawaniu siedliska choroby, porażenie naprzykład połowiczne daje pewne dane zaledwie do wskazania półkuli, w której istnieje sprawa chorobowa. To warzysząca wylewom w ognisku ruchowem utrata świadomości, jako rezultat zatamowania czynności znacznej części kory obydwu półkul, jest również rezultatem działania z odległości, gdyż w przypadkach takich zmian chorobowych w korze nie ma.

Również ściśle rozpoznanie, czy siedlisko choroby znajduje się w istocie korowej, czy podkorowej, zdaniem Weira i Seguína ¹⁾, przedstawia często bardzo wiele trudności. Równoczesne porażenie czynności, których ośrodki w korze leżą dość daleko od siebie (np. język, twarz i noga, lub też mowa i mięśnie stopy), wystąpienie drgawek dopiero po porażeniu ruchowem, a nie przed, jak również zniesienie czynności wszystkich mięśni danej połowy ciała przemawia za siedliskiem choroby w istocie podkorowej.

Wielkie znaczenie przy określeniu siedliska choroby ma niemota, a szczególnie typu Wernicke-Lichtheima, półprzytomny jednak stan naszego chorego, a zatem niemożność określenia rodzaju niemoty, pozbawił nas i tej pomocy.

Dla określenia przeto siedliska choroby mieliśmy następujące dane: 1) Porażenie prawostronne, jak również wypływ z ucha lewego wskazywały, że sprawa chorobowa ma miejsce w lewej półkuli. 2) Zniesienie mowy przemawiało za zajęciem tych części mózgowia, w których się mieszczą ośrodki mowy (podstawa trzeciego zawoju Broca; skroniowego górnego a części i średniego zawojów Wernick'ego, jak również wysepki Reil'a).

Opierając się przeto na tych danych i uwzględniając statystykę Körner'a ²⁾, według której większość ropni mózgowych pochodzenia usznego umiejscowia się blisko pierwotnego siedliska choroby, a nawet z niemi często się łączy, postawiliśmy ostateczne rozpoznanie w następującej formie: „*Caries partis petrosae ossis temporalis, abcessus cerebri, Hemiplegia dextra cum aponia completa*”. Poczem chory przeniesiony został na oddział chirurgiczny. W dniu 30 Marca kol. Gabszewicz, w obecności naczelnego lekarza szpitala d-ra Wasiljewa, ordynatorów oddziałów: d-ra Kruszewskiego i Chrostowskiego,

1) The Americ. Journ. of The Med. Scienc. 1888. July, Aug. Sept. Ref. Gaz. Lek. 1889, nr. 22.

2) Körner. Arch. f. Ohrenkrankheit XXIX. B. str. 15.

a przy pomocy kolegów: Kopczyńskiego, Rewidzowa, Z. Wiślickiego i autora niniejszej notatki, dokonał trepanacji czaszki w dwóch miejscach. Z początku wydłutowano całą okolicę wyrostka sutkowego aż do antrum, przyczem ropy nie znaleziono. Przetoka, znajdująca się w tem miejscu, prowadziła pod skórą po obnażonej miejscami kości do kostnego przewodu słuchowego i służyła do wypływu z jamy bębnekowej ropy, wstrzymywanej poczęści obecnością polipa. Drugi otwór w czaszce zrobiono w okolicy, odpowiadającej bruździe Róland'a. Po odseparowaniu na pewnej części zupełnie normalnych opon, zrobiono kilka głębokich wkłóc w rozmaitych kierunkach w samą tkankę mózgową za pomocą igły Prawatz'a, lecz ropy również nie znaleziono. Drugi otwór w czaszce zrobiono sposobem kłapkowym, po skończeniu operacji podniesiony ku górze płat kości wcisnięto w swoje miejsce. Przebieg pooperacyjny był bezgorączkowy. Rana na wyrostku sutkowym szła per suppurationem, druga zaś w przeciągu dni kilku zagoiła się per primam intentionem. Objawy porażenia i niemota trwały w dalszym ciągu. Badanie dna oka, dokonane przez kol. Garlińskiego, żadnych zmian chorobowych nie wykazało. Wobec tego z polecenia ordynatora szpitala d-ra Kruszewskiego, podano choremu jodek potasu, a później dwujodek rtęci (po $\frac{1}{12}$ grm. pro dosi), tembardziej, iż jeden ze znajomych, odwiedzających chorego, opowiadał, jakoby tenże przechodził przed kilkoma laty jakąś wysypkę długotrwałą z zajęciem gardła.

Skutki były prawdziwie zdumiewające. Już po tygodniu chory zaczął poruszać nogą, później ręką; wkrótce okazało się że poczyną pojmować co do niego mówią i daje znać o tem odpowiedniami gestami.

Nieco później był już w stanie wymówić jedno słowo, potem kilka, choć zastosowywał je nieodpowiednio i to go gniewało. Istniała więc tak zwana parafazyja. Stopniowo objawy porażenia zmniejszyły się i w końcu pobytu w szpitalu, po miesiącu swoistej kuracji chory mógł przechadzać się po sali. Opaczne mówienie jednakże pozostało, wyciek z ucha ustał w zupełności. W dniu 10/V chory wypisał się z zamiarem udania się do Buska dla dalszej kuracji.

Wypada obecnie zastanowić się, z jaką sprawą mieliśmy do czynienia.

Wynik operacji dowiódł bezpodstawności naszego przypuszczenia co do istnienia ropnia mózgowego, również badanie dna oka nie wykazało neuritis opticae, a przebieg choroby zadał ostatecznie kłam naszemu rozpoznaniu. Na pozór jednakże wszystko za niem przemawiało.

Jeśli sądzić ex juvantibus, to przypuszczaćby należało, że mieliśmy do czynienia ze sprawą przymiotową. Jak wiadomo, wszystkie sprawy przymiotowe w układzie nerwowym

rozdzielić się dadzą, na dwie grupy (Fabjan ¹⁾: 1) nacieczenia w tkance łącznej (gummata) biorące początek przeważnie z opon (Gajkiewicz ²⁾ i uciskające tkankę mózgową, a rzadko tylko w nią przenikające; 2) nacieczenie w ściankach naczyń (peri et enoarteritis), prowadzące do ich pęknięcia (Heubner ³⁾ lub też zamknięcia z następczem rozmiękczeniem tkanki mózgowej (Friedländer).

Ponieważ dwa te rodzaje zmian patologicznych różnią się siedliskiem i następstwami, dla ostatecznego więc rozstrzygnięcia, z czem mieliśmy do czynienia, wielkie ma znaczenie siedlisko zmian chorobowych i przebieg choroby. Co się tyczy umiejscowienia, to przebieg choroby stwierdził je bez zaprzeczenia. Chory nasz w początku nie tylko nie mówił, lecz i mowy nie rozumiał, istniało więc zajęcie wszystkich ośrodków mowy. Później zaczął pojmować, co do niego mówiono, wreszcie sam mówić począł, co dowodzi, że zmiany w ośrodku czuciowym i ruchowym mowy najwcześniej się wyrównały. Toż samo można powiedzieć o porażeniu połowicznym, które stopniowo, lecz szybko znikало.

Najdłużej pozostało opaczne mówienie, czyli tak zwana paraphasia, zależna od naruszenia przewodników pomiędzy ośrodkiem ruchowym i czuciowym mowy, mających swe siedlisko w wysepce Reil'a.

Wszystkie więc dane przemawiają za tem, że mieliśmy do czynienia z zajęciem przez sprawę przymiotową naczyńia, odżywiającego pas ruchowy, ośrodki ruchowe i czuciowe mowy jak również wysepkę Reil'a, czyli, że proces chorobowy umiejscowił się w 1-ej i 2-ej gałązce tętnicy mózgowej średniej. Z uwagi zaś na największą trwałość zaburzeń, zależnych od naruszenia wysepki Reil'a, przypuścić trzeba, że w naczyniu, odżywiającem tę właśnie okolice (Art. pariet. anter. Gajkiewicz l. c.) nastąpiły zmiany najgłębsze (zakrzep i rozmiękczenie lub wylew). Inne objawy zależały od czasowej anemii, powstałej wskutek zwiężenia naczynia i ustąpiły, skoro warunkujący je proces chorobowy pod wpływem swoistego leczenia uległ usunięciu. Wpływ z ucha był tylko objawem współlistniącym, lecz nie będącym w związku przyczynowym ze sprawą chorobową w mózgu.

Przypadek niniejszy nastęrcza nam następujące uwagi:

1) Syfils mózgowia może się przejawiać w formie niczem się nie różniącej od postaci, wywołanych innemi procesami chorobowemi.

¹⁾ Fabjan. Kilka uwag nad przymiotem układu nerwowego. Gaz. Lek. 1889.

²⁾ Gajkiewicz. Syfils układu nerwowego. (Odczyty klin. Gaz. Lekarskiej).

³⁾ Heubner. Handbuch f. Spec. Pathol. 1875, T. XI.

2) W wątpliwych przypadkach zaburzeń mózgowych, przy niedostatecznych wywiadach nigdy nie zawadzi spróbować leczenia swoistego.

3) Trepanacja czaszki, dokonana według wszelkich wymagań nowoczesnej chirurgii, nie przedstawia żadnego niebezpieczeństwa.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Medycyna wewnętrzna i Farmakologija.

30. DU MESNIL. **O wpływie kwasów i zasad na kwaśność soku żołądkowego u zdrowych.** (Ueber den Einfluss von Säuren u. Alkal. auf die Acid d. Magensaft Gesund). (*D. m. Wch.* 49, 1891).

Kwestyja działania zasad i kwasów na trawienie nie została jeszcze ostatecznie zbadaną. Z tego względu autor podjął ciekawe to badanie u osób zupełnie zdrowych pod względem trawienia. Doświadczenia swe robił w ten sposób, iż do śniadania próbnego Ewalda dodawał sody, Mühlbrunn lub kwasu solnego w rozmaitych dawkach i po upływie godziny badał ilościowo zawartość kwasu solnego podług metody Brauna. Z licznych doświadczeń, mówiąc nawiasem nader sumiennie zestawionych i wykonanych, wynika, iż zarówno soda, jak i Mühlbrunn karlsbadzki działają jednakowo, zobojętniając znajdujący się w żołądku kwas wolny, a jednocześnie pobudzając do działania gruczoły i wydzielanie się nowej ilości kwasu solnego. Ztąd ilość kwasu solnego w zawartości żołądka po zadaniu zasad nie tylko się nie zmniejsza, ale przeciwnie wzrasta. Tak się ma z żołądkiem zdrowym, którego gruczoły działają prawidłowo, przy nadmiernej zawartości kwasu solnego po zadaniu natr. bicarb. nie widzimy dalszego zwiększania ilości HCl w zawartości żołądka, ale przeciwnie zmniejszanie się stopniowe w miarę zwiększania dawek natr. bic. Dzieje się to dzięki temu, iż soda zobojętnia znajdujący się w żołądku kwas solny i nie jest jednak w możności jednocześnie wywołać nowej sekrecyi, gdyż gruczoły zostały już przez sprawę chorobową zadrażnione ad maximum. Dodajmy do tego, że podobne wyniki na zwierzętach otrzymał Leube, a Jaworski w swych klasycznych doświadczeniach nad działaniem wody karlsbadzkiej.

Co się tyczy kwasu solnego, podawanego w tych samych warunkach, z doświadczeń autora wynika, iż przy średniej sekrecyi kwaśność się wzmaga do pewnego stopnia jednak, przy zadaniu większych ilości przeciwnie ilość kwasu solnego zmniejsza się znacznie, gdyż przy pewnej zawartości kwasu solnego działalność gruczołów ustaje.

Dla terapii wynik z tych doświadczeń ważny. Gdzie mamy do czynienia ze zdrowymi gruczołami, będziemy pobudzać je za pomocą małych dawek sody, gdzie jednak gruczoły zostały zajęte przez tę lub ową sprawę chorobową, przy ostrym katarze, raku, katarze zanikowym, amiloidzie i t. p. podawać będziemy niewielkie dawki kwasu solnego.

Z tych powodów przy rozmaitych nerwicach, przebiegających ze zmniejszonym wydzieleniem soku żołądkowego, będziemy podawać małe dawki natr. bic., przy nadmiernem wydzieleniu duże. Czy kwas solny w dużych dawkach może w terapii zastąpić duże dawki sody, hamując wydzielenie soku, o tem autor z doświadczeń swych przekonać się nie mógł.

(Do słów powyższych autora dodałbym, iż wogóle podawanie HCl w terapii obecnej mocno zachwiane zostało, gdyż nawet przy zmniejszonej sekrecyi wskutek zmian w gruczołach, jeżeli czynność mechaniczna żołądka jest prawidłowa, lepiej ograniczyć się do alkali i trawienie żołądkowe zamienić w zupełności na kiszkowe. *Przyp. spr.*). *Józef Zawadzki.*

31. J. BOAS. **O obecności siarkowodoru w żołądku** (Ueber das Vorkommen von Schwefelwasserstoff im Magen). (*D. M. W.*, 49, 1892).

Autor w omawianym artykule dotyka ważnej kwestyi, mianowicie zjawiania się produktów gnicia białka w obecności kwasu solnego przy rostrzeni żołądka. Że fermentacja w tych warunkach odbywać się może—nie ulegało dotąd wątpliwości, dziś stajemy wobec kwestyi, że przy rostrzeni żołądka bez niedomogi wydzielniczej możliwym jest rozkład białka.

Autor przytacza 4 przypadki, gdzie w obecności kwasu solnego mógł wykazać obecność H_2S w rozszerzonym żołądku. W 2 z tych przypadków zjawienie się tego gazu przypisuje podawaniu wód glauberskich, według jego bowiem doświadczeń przy odtleniających sprawach, zachodzących w żołądku, możliwą jest rzeczą wytwarzanie się drobnych ilości H_2S . Za to w dwóch pozostałych H_2S mógł pochodzić tylko z rozkładu białka; być może, że przyczyną tego rozkładu były bakteryje, znalezione przez Millera, które rozpuszczają białko z wydzieleniem H_2S i NH^3 , być zaś może, inne czynniki.

Godną uwagi jest rzeczą, że w żadnym wypadku autor nie znalazł w moczu H_2S , a często chorzy nie mieli odbijań tym gazem.

Wogóle autor jest zdania, że wytwarzanie się siarkowodoru w żołądku nie jest rzadkością; prócz ostrych zapaleń żołądka i kiszek (Betz, Senator) i przypadków bezpośredniego połączenia żołądka z kiszkami, często spotykamy go przy rozstrzeni żołądka. W zasadzie siarkowodor pochodzi z rozkładu białka, może jednak powstawać przy podawaniu siarczanów.

Kwas solny, na zasadzie badań autora, nie przeszkadza gnicciu białka, jak nie przeszkadza fermentacji węglowodanów.

Wreszcie autor zaznacza, iż ilość wytwarzanego w tych warunkach siarkowodoru żadną miarą nie może wywołać ogólnego zatrucia.

Józef Zawadzki.

32. 1) K. KAENSCHÉ. **Badania nad czynnością żołądka po operacjach.** — 2) I. ROSENHEIM. **O zachowaniu się czynności żołądka po wycięciu raka oddźwiernika.**

(*D. med. Wch. 49, 1892 r.*)

I). Kaensche zaznacza, iż prócz pracy Jaworskiego i Obałńskiego nad czynnością żołądka po operacjach nad tym narządem, niewiele dotąd posiadamy danych, a jeśli wziąć pod uwagę, iż w przypadku tych autorów nader szybko wystąpił nawrót choroby, wiadomości znane wogóle są bardzo skąpe. Korzystając z przypadków, operowanych na klin. prof. Mikulicza w Królewcu, autor przytacza badania czynności żołądka po 4 operacjach, mianowicie: 1 wycięcie oddźwiernika przy wrzodzie drażącym, 2 wycięcie oddźwiernika przy raku i 1 gastroenterostomię.

Szczegółowe badanie czynności po operacji wycięcia oddźwiernika doprowadziło autora do następujących wywodów: 1) ogólny stan chorych stale się poprawiał; 2) waga stale przybywała; 3) podmiotowe objawy choroby ustąpiły; 4) we 2-ch przypadkach absolutny brak kwasu solnego oraz pepsyny, w jednym, gdzie pepsyna była przed operacją, przesącz treści żołądkowej trawił białko po dodaniu kwasu solnego; 5) mimo braku kwasu solnego odczyn stale kwaśny (22^o/_o—44^o/_o) wskutek obecności kwasu mlecznego; 6) czynność chłonna bez zmian; 7) czynność ruchowa z początku słaba wzmagała się przy dalszym zdrowieniu, już w dwa miesiące po operacji po upływie 5¹/₂ godziny po jedzeniu żołądek był pusty, z początku znajdowano w żołądku żółć, przy następnych badaniach żółci nie było.

8) U chorej z gastroenterostomią stale występował wpływ żółci do żołądka a szczególniej nocą chora zmuszoną była po kilka razy wymiotować żółcią.

9) Ilość hemoglobiny we krwi stale zwiększała się we wszystkich przypadkach.

U chorej z wrzodem oddźwiernika po pylorotomii również w krótkim czasie przy badaniu wykazywano prawidłowe trawienie żołądkowe.

II). Rosenheim opisuje stan chorej, u której przed 2 laty z powodu raka oddźwiernika dokonał pylorotomii. Po tak długim okresie czasu autor zauważył, iż 1) gaz wprowadzony do żołądka nie przechodził natychmiast do kiszek; 2) mimo kilkakrotnych badań żółci w żołądku nie znaleziono, 3) czynność ruchowa żołądka wróciła do stanu prawidłowego; 4) kwasu solnego w zawartości żołądka nie było, pepsyna natomiast zawsze była obecną i przesącz treści żołądkowej po dodaniu kwasu solnego trawił fibrinę doskonale; 5) mimo nie-

obecności kwasu solnego odczyn zawsze był kwaśny, a w zawartości zawsze można było wykazać dość znaczne ilości peptonu.

Autor w kónkluzyi przemawia za wczesnem operowaniem raka żołądka.

J. Zawadzki.

33. M. EINHORN. **O prześwietlaniu żołądka.** (Ueber Gastrodiaphanie). (*Berl. kl. W. nr. 51, 1892 r.*).

Autor zaznacza, że używał prześwietlenia żołądka już od roku 1889-go i podaje pokrótce wnioski, do których dotychczas o wartości tej metody badania doszedł. Stosuje się ją w ten sposób, że wprowadza się choremu zgłębnik żołądkowy z lampką elektryczną na końcu do żołądka, napełnionego jedną lub dwiema szklankami wody. Autor jest zdania, że dzięki tej ostatniej, lampa nie rozgrzewa zbytńo żołądka, że więc zbytńym jest wprowadzanie do żołądka zamiast zwykłej sondy z lampką oziębiacza, jak tego chcą d-rzy Heryng i Rejchman. Ponieważ w normalnych warunkach swojej grubości ścianki żołądka przeświecają, można więc za pomocą tej metody badania określić wogóle wielkość i położenie każdego normalnego żołądka, rozszerzenie jego i stopień przy tak zwanej rozstrzeni, opadnięcie żołądka, oraz zgrubienie jego wskutek naprz. nacieczenia nowotworowego. W pierwszym razie otrzymujemy przestrzeń przeświecającą nieznaną, w drugim—tem większą, im większy jest stopień rostrzeni, sięgającą czasem od łuku podżebrowego aż do spojenia łonowego, w trzecim—przestrzeń przeświecającą czasami zupełnie nieznaną, ale zaczynającą się od pepka lub poniżej jego, w ostatnim zaś—wynik badania jest zupełnie ujemny dzięki temu, że ścianki nacieczone tracą zdolność przeświecania.

W. Janowski.

34. BERLIOZ. **Mikrocidyna nowy środek antyseptyczny.** (*Nouvelles Archives d'Obstétrique et de Gynécologie nr. 2, r. 1892*).

Środek ten jest kombinacją naftolu β z sodą w nadmiarze. Z kombinacyi tworzy się naftolat sodu i inne związki z własnościami naftolu i fenolu, które dotychczas nie są jeszcze dokładnie zbadane. Dodatnie przymioty środka są następujące: 1) bardzo silne własności odkażające tak, że może on być pomieszczony zaraz po sublimacie; 2) trujące własności środka są bardzo słabe, gdyż dla otrucia człowieka wagi 60 kilogramów potrzeba 9,83 mikrocidyny; 3) wielka rozpuszczalność w wodzie, 3 centymetry kubiczne wody rozpuszczają 1,0 mikrocidyny; 4) żrących własności środek ten nie posiada, choć na języku wywołuje uczucie palenia; 5) nie niszczy instrumentów, bielizny, odzienia. Używa się w roztworze 5:1000—zewnątrznie. Kliniczne próby ze środkiem były robione w paryskiej klinice akuszerijnej, i dały wyniki bardzo obiecujące.

Kuniewicz.

35. C. CALASANTI i U. DUTTO (Rzym). **Badania nad leczniczym działaniem dermatolu.** (*Berlin, Klin. Woch., nr. 34, 1892.*)

Dermatol powstaje z połączenia zasadowego kwasu gallusowego z bismutem. Środek ten już niejednokrotnie był stosowany przez rozmaitych specjalistów: próbowano działania jego w chorobach kobiecych, wenerycznych, skórnych, w okulistyce, chirurgii, w otiatrii, nawet w dentyście. Jedni terapeuci tylko stronili jakoś od dermatolu. Autorzy pierwsi podjęli badania w tym kierunku; stosując dermatol w biegunkach rozmaitego pochodzenia; podawali go po 0,25—0,5, od 2,0 do 6,0 dziennie w proszku lub też zawiesinie, jeżeli biegunce towarzyszyły bóle, wtedy do dermatolu dodawano makowca. Stosowali go w biegunkach pochodzenia gruźliczego, zimniczego, w durze brzuszynym, w dysenterji, wreszcie w biegunkach u rekonwalescentów po ostrych chorobach gorączkowych. We wszystkich tych przypadkach, których liczba była bardzo znaczna, widziano nadzwyczaj dodatnie rezultaty; przyczem żadnego ubocznego działania tego preparatu nie zauważono.

W obec tego autorzy zalecają dermatol jako bardzo dobry, nieszkodliwy, miejscowo działający środek przeciwko biegunkom.

Nowy ten preparat stosuje się obecnie szczerą ręką w rzymskich szpitalach. *H. Kucharzewski.*

36. B. HEINZ i A. LIEBRECHT. **Aluminol, nowy środek ściągający i antyseptyczny.** (*B. Kl. W. 1892.*)

Jest to sól aluminiowa kwasu nafto-sulfonowego, przedstawia się jako drobny, biały niehygroskopijny proszek, łatwo rozpuszczalny w zimnej wodzie. Rozpuszczony w zimnej wodzie nie osiada przy oziębianiu; w alkoholu daje niebieską fluorescencyję, ale jest trudniej rozpuszczalny, jak również i w glicerynie; w eterze nie rozpuszcza się. Posiada własności redukujące. Z chlorkiem żelaza daje barwę niebieską, zmienia się, stojąc długo na powietrzu. Odczyn ma kwaśny.

Wyższość jego nad wszelkimi solami metali polega na działaniu jego, sięgającym głębszych warstw tkanek, gdyż, tworząc osad w połączeniu z białkiem, rozpuszcza się jednak w nadmiarze. Tak samo zachowuje się względem kleju.

Działanie antyseptyczne aluminolu było stwierdzonem na hodowlach bakteryj. Chociaż 1% roztwór zabija laseczniki i zarodniki wielu bakteryj dopiero po 24 godzinach, jednakże własności jego antibakteryjne posiadają doniosłe znaczenie, gdyż np. 0,4% roztwór przerywa rozwój takich bakteryj, jak przecinek Finkler-Prior'a, cholery, staphylococcus pyocyaneus i inne. Ściągające działanie aluminolu występuje dopiero w 0,01—0,1% roztworze; znaczniejsze zaś zwięźlenie naczyń w 5% roztworze.

Działanie na organizm ludzki okazuje się nieszkodliwym, gdyż badanie moczu wielu chorych, po dłuższym stosowaniu aluminolu, nie przedstawiało nic szczególnego.

W praktyce chirurgicznej może być używany do przemywania ran ropiejących w 0,5—2,0% roztworze, poczem rany prędko się zasklepiają i goją. Przy małych wrzodach i przetokach wystarcza przypalenie z 10—20% aluminolu, albo w formie maści 2—6%.

W przypadkach ginekologicznych używano aluminolu do przemywania po operacjach w jamie brzusznej. Szczególniej jednak środek ten zasługuje na uwagę przy endometritis, gonorrhoea, gdyż ze względu na obecność gonokoków w gruczołach błony śluzowej, skutecznym może się tu okazać tylko taki środek, który dochodzi do tej warstwy.

Używano też w tych przypadkach 2—5%-owe, w ciężkich przypadkach 10—20% aluminolu zawierające pałeczki. Roztworów 10—20% aluminolu używano do tamponowania macicy. W chorobach skórnych stosowano aluminol w świeżych, jako też i w przewlekłych stanach zapalnych infiltracjach i t. d. Najpraktyczniejszym okazał się w tych przypadkach plaster 20—50%. W chorobach usznych dobre rezultaty dała szczególnie otitis media purulenta (Brieger), przy czem używano proszku, jako też i płynu.

W chorobach oczu aluminol ma przedewszystkiem znaczenie djagnostyczne (Wolfberg), gdyż uspakaja najsilniejsze łzawienie; przy blenorrhoea oczyszcza spojówkę przed użyciem azotanu srebra.

Justyna Salberg.

II. Choroby kobiece.

37. Dr. W. RUBEŠKA. **Rzeczączka u kobiet.** (Gonorrhoea ženského pohlavi. Casopis Lékařů Českých 1, 2, 3, 45, 1892).

Podług Ricord'a i Noegerreth'a 80% wszystkich mężczyzn cierpi na rzeczączkę, co niewątpliwie wpływa na częstą nieplodność. Kehrer obserwował 96 nieplodnych małżeństw, z których 43 było z powodu cierpień mężczyzn (z tych 29 miało azospermia, 11 oligozoospermia, a 3 impotentia); dwudziestu azospermatyków przechodziło rzeczączkę, a siedmiu oligozoospermatyków z 55, mających prawidłowe wydzielanie nasienia 16 miało rzeczączkę. Noegerrath na 14 nieplodnych małżeństw obserwował 9 z powodu mężów. Fürbringer znalazł 51% nieplodności z powodu rzeczączki mężczyzn.

Rubeška, badając nieplodność swych pacjentek, przekonał się, że główną przyczyną jest rzeczączka u mężczyzn. Pochodzi to ztąd, że w okresie ostrym chorzy leczą się, skoro

zaś cierpienie przejdzie w stan chroniczny, choćy zazwyczaj zaniechają leczenia, żenią się, a po paru tygodniach zarażają żonę. To główne źródło rzerączki u kobiet zamężnych. Siedlisko infekcyi u kobiet, podług Stein-Schneidera, znajduje się najczęściej w cewce moczowej, podług Bunma, Janowsky'ego w szyjce macicznej, ztąd powstają zapalenie cewki i zapalenie szyjki rzerączkowe, a te przechodząc na inne części, wywołują zapalenie sromu, gruczołów Bartoliniego, pochwy i błony śluzowej macicy, jajowodów, pyosalpingitis (najpóźniejsza forma), jajników i okołomaciczne. Przebieg bywa ostry, podostry i przewlekły. Ostry bywa wskutek obfitego wypływu u mężczyzn, wywołuje ostre objawy bolesne, ale prędko przechodzące; chociaż bywają przypadki, że przechodzi w stan przewlekły (Finger, Janowsky). Objawy cierpienia są następujące:

1) W ostrem zapaleniu cewki palenie w cewce moczowej, szczypanie przy oddawaniu moczu potrzeba częstego oddawania moczu.

2) Przy przewlekłym zapaleniu cewki niema żadnych przedmiotowych objawów (czasami trochę swędzenia lub palenia przy oddawaniu moczu), z objawów podmiotowych mamy tu silne przekrwienie błony śluzowej cewki, a czasami granulacje (urethritis granulosa).

3) W ostrem zapaleniu sromu i pochwy mamy swędzenie, palenie, bóle w pochwie, bóle w miednicy, rozchodzące się aż do nóg; dotykanie, chodzenie i oddawanie moczu zwiększa bóle; oprócz tego mamy gęsty żółto-zielonawy wypływ, który drażni zewnętrzne części płciowe i wywołuje erythema lub intertrigo, warga i lechtaczka najczęściej opuchnięte, zaczerwienione i bolesne; błona śluzowa warg i pochwy przekrwiona, czasami pokryta owrzodzeniami.

4) W ostrem zapaleniu błony śluzowej macicy bywają dreszcze, gorączka, tłoczenie i ból w miednicy i w krzyżu; wypływ krwawo-ropny i czysto-ropny; szyjka obrzmiała cyanotyczna i pokryta owrzodzeniami.

5) W przewlekłym zapaleniu wypływ po większej części zielony, miesiączka obfita, bolesna przed i podczas. Jeżeli nastąpi ciąża, jest skłonność do ciągłych krwawień i poronień; jeżeli ciąża dojdzie do końca, dziecko zazwyczaj dostaje zapalenia łącznicy rzerączkowego, a u matki po 6 tygodniach zapalenie jajowodów lub pelveoperitonitis gonorrhoea.

6) W zapaleniu tryprovem jajowodów palenie w miednicy, bolesci ściągające, przechodzące w biodra, czasami silny nerwoból jajników; na tydzień przed miesiączką czasami bóle są większe, ustają zaś w czasie miesiączki.

7) Najprzykrzejsze cierpienia chora przechodzi w pelveoperitonitis: zaczyna się to silną gorączką, kłującymi bólami w brzuchu, chęcią częstego oddawania moczu i silnym napięciem brzucha; każde dotknięcie lub poruszenie wywołuje

silne bóle w brzuchu, prędko przechodzące przy spokoju, charakterystyczne dla pelveo-peritonitis gonorrhoeica; ale mały powód (stąpienie złe, uderzenie lekkie, regularność, stosunek płciowy) już wywołują recydywy; przytem zjawia się bardzo wiele objawów nerwowych, peryjody stają się nieregularnymi, chore cierpią bardzo i jedynym radykalnem wskazaniem jest wczesne wykonanie operacyi.

Wertheim (patrz str. 92) dowodził, robiąc doświadczenia na zwierzętach, że czyste kultury gonokoków są w stanie wywołać ropne zapalenie otrzewny, następnie dowiódł, że gonokoki łatwo i prędko się rozmnażają na otrzewnej (przyp. ref: w Pradze na oddziale Schauty widziałem podczas dwóch miesięcy 4 przypadki pyosalpingitis, w których Wertheim znalazł gonokoki). Również Wertheim uważa gonococcus za najpierwszą przyczynę pelvoperitonitis, przeciwnie niż Bumm i Sängera.

Podług Sängera, aby dowieść że się ma do czynienia ze sprawą pochodzenia rzerzączkowego, potrzeba: a) współistnienia rzerzączki u męża lub pewne dane, iż ją dawniej posiadał, b) ophtalmoblenorrhoea neonatorum u dziecka, c) urethritis ropny u kobiety, d) zapalenie gruczołów Bartolina (maculae gonorrhoeicae Sängera), e) zielony lub żółto-zielony wpływ z kanału macicznego bez owrzodzeń ust macicznych, f) condylomata acuminata na wargach, na szyjce lub w pochwie, g) cierpienia jajowodów i jajników.

Lecz najważniejszą rzeczą podług prof. Rubeški jest badanie mikroskopowe, które najczęściej wykazuje gonokoki.

Rokowanie zależy od umiejscowienia procesu; najgorsze przy zajęciu jajowodów i jajników. Noegerrath dowodzi, że tylko 10% zamężnych kobiet są zdrowe ¹⁾, 90% cierpi na rzerzączkę. Sängera dowodzi, że 50% takich kobiet, których mężowie mieli rzerzączkę, cierpi na salpingitis lub pelvoperitonitis. Adolf Schmit obserwował 116 ostrej i podostrej rzerzączki (u prostytutek) i z tych 23 cierpiało na salpingitis et pelvoperitonitis. Zakażenie podług wyżej wymienionych autorów następowało w rozmaitym czasie (od 8 dni do 5 miesięcy po zakażeniu rzerzączką).

Prof. Rubeška obserwował sam 8 przypadków, gdzie mężowie przed ślubem przechodzili uparte, długo trwające rzerzączki, a żony ich są zdrowe i mają dzieci, lecz większość obserwowanych przez niego kobiet była albo nieplodną, albo przechodziła różne choroby organów płciowych z powodu zakażenia rzerzączką mężów.

Podług prof. Rubeški rozkrzewiaczem rzerzączki są prostytutki. Sängera twierdzi, że każda kobieta, oddająca się pro-

¹⁾ Cyfry podawane przez autorów do naszych kobiet zastoso-
wować się nie dają.

stytucyi, po upływie 3 miesięcy dostaje rzerzączki, którą rozsiewa dalej. Rubeška żąda, żeby prostytutki były systematycznie i dokładnie leczone. Każda prostytutka powinna codziennie robić irygacyje z sublimatu (1:1000), a także i pomiędzy stosunkami płciowemi. Post coitum impurum każdy mężczyzna powinien dokładnie obmyć członek roztworem sublimatu. Każdy mężczyzna, chcący się żenić powinien przedtem dokładnie być wyleczony z chronicznej rzerzączki. Z tego też powodu Sänger na czwartym kongresie ginekologicznym w Bonn w roku 1891 proponował wydanie prawa, aby każdy, wstępujący w związku małżeńskie, był przedtem badany przez radę lekarską.

Leczenie. W zapaleniu cewki radzi Rubeška: pić dużo wody, brać salol lub bals. copaivae lub oleum santali, zachowywać niedrażniącą dyjetę, czasami trzeba wprowadzać do cewki pałeczki jodoformu (pulv. jodoformii 3,00, but. cacao q. s. ut f. bacilli longit. cm. 4, crassi. cm. 0,5, nr. 10).

W zapaleniu pęcherza środki wewnętrzne (jak poprzednio), przemywanie pęcherza roztworem sublimatu 1:5000, lub argentum nitricum 1:2000, 1:5000 albo zastrzykiwanie emulsyi jodoformowej.

W rzerzączce zewnętrznych organów: obmywanie ciepłą wodą z mydłem; nasiadowe kąpiele i okłady sublimatowe 1:5000 1:2000.

Ropnie gruczołów Bartoni'ego najlepiej otwierać, condylomata acuminata obciąć nożyczkami lub odjąć za pomocą termokauteru. W zapaleniu pochwy: pochwę najpierw wymyć dokładnie wodą z mydłem i sublimatem 1:1000; później wypełnia się ją gazą jodoformową i po 4 dniach zmienić opatrunek; przez 14 dni przemywa się pochwę sublimatem 1:2000; zamiast jodoformu można użyć kalomelu.

W endometritis gonorrhoeica konieczną jest rzeczą rozszerzyć kanał i przemywać dokładnie sublimatem 1:5000 lub karbolem 2‰ za pomocą kateteru Bozemana i wypełnić szyjkę gazą jodoformową; albo pędzlować kreozotem z gliceryną lub czystym ichtyjołem.

Jeżeli mamy endometritis haemorrhagica, to albo wstrzykiwać tra jodi lub liquor ferri sesquichlorati, lub też bardzo ostrożnie wyskrobać.

Jeżeli są zajęte jajowody, to kuracyja jest bardzo trudną, najczęściej trzeba robić salpingotomię. Doléris i Gottschalk radzą tamponować jamę macicy, wskutek czego rozszerzają się wejścia do jajowodów i zawartość z nich wypływa.

Jeżeli mamy peritonis lub parametritis lub pelvoperitonitis, trzeba zalecić absolutny spokój, leżenie w łóżku, lód na brzuch, wewnątrz opium lub morfina i irygacyje codziennie sublimatowe 1:2000. Skoro minął okres ostry, należy rozpocząć kuracyję ichtyjową: w brzuch wcierać masę ichtyjo-

lową (1:5), do pochwy tampony ichtyjolowe (1:10) lub do kieszki czopki ichtyjolowe (0,05)—(0,02). Okłady prysznicowskie na brzuch na całą noc, kąpiele nasiadowe lub całe od 28 do 30° R.; irygacje pochwowe gorące od 35 do 40 R.; można też bardzo ostrożnie stosować masaż. Bywają przypadki, że i taka kuracyja wcale nie pomaga, wtedy trzeba przystąpić do ovariotomii lub salpingotomii.

Profesor Rubeška w szpitalu Pragskim obserwował 14 przypadków rzerzączki z zajęciem rozmaitych organów kobiecych, które wszystkie zostały systematycznie wyleczone.

Stanisław Kurtz.

38. Dr. m. A. KLAUTSCH (w Halli). **O przebiegu cholery podczas ciąży i o wpływie cholery na ciążę i poród.** (Ueber dem Verlauf der Cholera in der Schwangerschaft und den Einfluss derselben auf die Geburt). (*Münch. Med. Wechschrift*, nr. 48, 1892 r.).

Autor przeprowadzał badania podczas zeszłorocznej cholery w Hamburgu. Do baraku od 8/X—1/XI przyjęto ogółem kobiet 148, pomiędzy którymi było 10 ciężarnych, z tych ostatnich jedna w 2 miesiącu ciąży, jedna w 3, dwie w 5, jedna w 7, cztery w 8 i jedna w 9. Umarły: jedna ciężarna nierozwiązana, jedna po niezupełnem poronieniu w 2 miesiącu i trzy po porodzie wczesnym w 5, 8 i 9; wypisano jako zdrowe: trzy ciężarne nierozwiązane z żyjącymi dziećmi w macicy, jedna po urodzeniu nieżywego dziecka w 8 miesiącu i jedna po urodzeniu prawie donoszonego i żywego dziecka.

Uderzającym było, że zdecydowana choroba w większości przypadków występowała po północy i w pierwszych godzinach nad ranem. Objawy cholery dzieli autor na cztery okresy: 1) stadium dejectionis, 2) st. intoxicationis s. asphycticum, 3) okres przejściowy, 4) st. typhosum: a) st. agitatitatis, b) st. comatosum. Objawy cholery podczas ciąży niczem nie różniły się od objawów tejże bez ciąży, zgodnie więc z Baginsky'm i Weber'em K. sądzi, że ciąża zupełnie nie zmienia obrazu chorobowego cholery.

W drugiej części swej pracy autor przechodzi do rozwiązania pytania o wpływie cholery na ciążę i poród. Na początku choroby matki odczuwały ruchy płodu bardzo wyraźnie, w okresie zatrucia ruchy stopniowo znikają. Śmierć płodu w macicy wywołują najrozmaitsze momenty. Wskutek utraty przez ustrój wody parcie krwi się zmniejsza, a przez to dopływ tlenu do łożyska uposledza się—ztąd uduszenie płodu (Runge)—(choroba łożyska płodowego, dokładnie zbadana przez Sławiańskiego). Dalej, przedwczesne odklejenie się łożyska od ściany macicy wskutek krwotoku pomiędzy łożyskiem i macicą—jak to zauważył Tipjakoff i potwierdził autor. Autor przypuszcza, że śmierć płodu może zależeć od zatrucia, przeniesionego od matki; chociaż przecinków cholerycznych we

krwi płodu nie znajdowano, a obecności we krwi produktów przemiany materii bakterii toksynów—autor nie poszukiwał dla nadmiaru pracy w tym czasie.

W normalnych warunkach poród zmarłego płodu może nastąpić w 2—3 tygodni po jego śmierci, w przypadku autora miało to miejsce w stosunkowo krótszym czasie. Zmarły płód, jako ciało obce, pobudza macicę do skurczów porodowych; do tego przyczyniają się jeszcze endometritis decidualis haemorrhagica (Sławiański) i znaczne wachania temperatury. Czy w okresie podniecenia nie są zadrażnione i same ośrodki skurczu macicy, autor nie rozstrzyga. Poród tych pierwotnie zmarłych i mniej lub więcej zmacerowanych płodów następował po większej części w okresie przejściowym albo wkrótce przed okresem tyfusowem w stadium podniecenia, co także spostrzegali Bouchut i Henning.

Bóle porodowe tylko z początku były silne, później przestanki coraz przedłużały się, aż nareszcie bóle ustawały. Następstwa tego były wielorakie, tembardziej, że położnice podczas tyfoidu nie były w stanie użyć tłoczni brzusznej. Jeżeli więc w okresie podniecenia poród nie był ukończony siłami natury, nie chcąc pozostawić umierającą bez rozwiązania, trzeba było uciekać się do operacji.

Po porodzie maciea kurczyła się dobrze, w jednym tylko przypadku autora było niewielkie krwawienie następcze ex atonia uteri, wielokrotne wstrzykiwania Ergotin. dialys, poskutkowały.

Rokowanie więc co się tyczy dziecka jest złe, w stosunku zaś do matki bardzo wątpliwe.

W leczeniu autor bez względu na ciężą postępował jak i z resztą chorych na cholere. Stosowane były: kalomel (po 0,5 co 2 godz.), wstrzykiwania podskórne i wewnątrzżylnie soli kuchennej z dodaniem alkoholu, gorące lewatywy z tanniną do kiszek (Cantani), kamfora, wino, ciepła herbata, z koniakiem, pożywienie płynne i klejowate.

Wł. Staniszewski.

39. WERTHEIM. **O tryprze wstępującym u kobiet.** (Die ascendirende Gonorrhöe beim Weibe). (*Archif. f. Gynaekologie* 1892. T. 42. Z. 1).

Jest to jedna z najciekawszych prac klinicznych i bakteriologicznych nad gonokokiem Neisser'a, która w zupełności zasługuje na przeczytanie jej in extenso.

Dzięki pracom ginekologów obszar cierpień, zależnych od zakażenia tryprowego został w ostatnich czasach dobrze poznany. Wiele cierpień organów rodnych kobiety, pozytywnych niedawno za zwykle zapalenie, wskutek powyższych prac, uznane zostały jako wywołane przez specyficzne zakażenie. Niektóre jednak z tych prac nie były zupełnie przekonujące, gdyż opierały się tylko na badaniu drobnowidzowem,

brakło im zaś stanowczego dowodu, jaki na drodze szczepień i hodowli otrzymać należało. Praca Wertheima wolną jest od tego zarzutu, i za klasyczną bezwątpienia poczytaną być może. W. otrzymał hodowle płytkowe gonokokka na ludzkiej surowicy z dodatkiem agaru. Tak otrzymane hodowle szczepił w cewkę moczową ludzką u paralityków (! red.), poczem otrzymywał stale specyficzne jej zarażenie. Z klinicznej strony W. dowiódł, że gonococcus rozprzestrzeniać się może nie tylko w cylindrycznym, ale i w płaskim nabłonku, tkance łącznej a, dostawszy się do jajowodów, przenikać przez ich ściany i wywoływać tą drogą rzerzączkowe zapalenie otrzewny, nie mówiąc już o bezpośrednim wypłynięciu ropy tryprowej z jajowodów do jamy otrzewny.

Kuniewicz.

40. VALUDE. **O zasypywaniu jodoformem oczów noworodkom, jako środka zapobiegawczym od blenorrhoea neonatorum** (*Annales d'oculistique 1892*).

Zaraz po urodzeniu się dziecka, przed przecięciem jeszcze powpowiny, należy delikatnie wytrzeć powieki watą. Wata ma być zmaczana przedtem w płynie antyseptycznym (?) i dokładnie wyżętą. Po oczyszczeniu w ten sposób rzęs i brzegów powiekowych, należy rozsunąć je i wdmuchnąć jednorazowo nieco bardzo miałko sproszkowanego jodoformu. Autor porównywa ten nowy środek zapobiegawczy z metodą Crédégo t. j. wpuszczaniem kropli 2^o/_o roztworu lapisu, z metodą Pinard'a, który w tymże samym celu używa soku cytrynowego. W szpitalu S-go Ludwika, w Paryżu, stosowanie jodoformu dało tylko 4,9^o/_o blenorrhoeae u noworodków, metoda zaś Crédégo 7—8^o/_o. W klinice zaś Tarnier'a jodoform dał 2^o/_o, a metoda Crédégo 5,9^o/_o wypadków blenorrhoeae. Autor zwraca na to uwagę, że 2^o/_o roztwór lapisu jest dosyć kaustyczny, akuszerki nie mają prawa przepisywać go, a nadto własności antyseptyczne płynu zmniejszają się znacznie, gdy roztwór nie jest świeży, nie mówiąc już, o podrażnieniu oka, co wyraża się przekrwieniem łącznicy i wydzieliną śluzowo-ropną. W klinice Pinard'a, przy stosowaniu soku cytrynowego zauważono 1,64^o/_o, przy jodoformie zaś, 2^o/_o blenorrhoeae. Obie więc metody mają prawie jednakowy wynik, stosowanie jednak jodoformu ma tę wyższość, iż nie wywołuje podrażnienia łącznicy, co się zauważyć znów daje przy soku cytrynowym, a nadto jodoformowanie łącznicy jest mniej kłopotliwem w praktyce. Autor poczytuje powyższą metodę za bardzo praktyczną i godną rozpowszechnienia.

J. Kuniewicz.

III. Chirurgija.

41. Mc. BURNLEY CHARLES (New-York). **Wskazania do wczesnej laparotomii przy zapaleniach wyrostka robaczkowego.** (The indications for early laparotomy in appendicitis. (*Annales of surgery, vol. XIII, 1891*).

Wiadomo, jak ważnem a zarazem trudnem jest rozpoznanie zapalenia wyrostka robaczkowego, przynajmniej zanim nastąpi jego przedziurawienie i ograniczone lub też rozlane zapalenie otrzewnej. Wszystkie objawy, towarzyszące początkowi choroby, jako to: dreszcze, od których często rozpoczyna się napad, mdłości, wymioty, lekka gorączka, nakoniec ból brzucha, na który skarży się chory i który często nie umiejscawia się w prawym dole biodrowym, a np. w okolicy pępka lub in epigastrio—wszystko to nie przedstawia nic charakterystycznego dla omawianej sprawy chorobowej, i dlatego też lekkie jej postaci zazwyczaj przechodzą niepostrzeżenie: chorzy również jak i lekarz, zadawalniają się rozpoznaniem niestrawności, zatwardzenia i t. p. Dopiero, gdy w prawym dole biodrowym utworzy się bolesny guz lub gdy wystąpi rozlane zapalenie otrzewnej—wtedy dopiero rzecz się wyjaśnia, i chirurgowi dostaje się w udziale nader przykra i niewdzięczna rola odpowiadania nie za swoje winy, gdyż zmuszony bywa operować z nader małemi widokami na powodzenie, częstokroć na beznadziejnym, umierającym chorym. Wobec tego nader cenną zdobyczą dla dyjagnostyki lekarskiej jest spostrzeżenie Mc. Burnley'a, że przy zapaleniach wyrostka robaczkowego można zawsze wykazać punkt bolesny w prawym dole biodrowym mniej więcej na dwa poprzeczne palce od spina ilei ant. sup., na linii łączącej tę ostatnią z pępkiem, wywierając brzuścem wielkiego palca ucisk na ściany brzuszne. Ów punkt bolesny ma odpowiadać przyczepowi wyrostka robaczkowego do kiszki ślepej i wykazanie owej ograniczonej bolesności ma być patognomicznem dla omawianej sprawy chorobowej. (Autor znanadto ściśle określa położenie swego punktu, wiadomo bowiem, że kiszka ślepa leży w małej miednicy, lub też w lewym dole biodrowym—zależy to od długości jej krezki — *przyp. ref.*). Wprawdzie współziomek autora, dr. Weiz z Filadelfii odmawia objawowi temu przypisywanego znaczenia, gdyż na 18-stu zbadanych przez siebie osobnikach, znalazł go u 4-ch; Mc. Burnley odpiera zarzut na tej podstawie, że jak to wykazały badania Tofft'a z Kopenhagi, zapalenie wyrostka robaczkowego jest chorobą nader rozpowszechnioną, tak, że trzecia część dorosłej ludności jest nią dotknięta—sposrzeżenie więc Weiz'a przemawia tylko na korzyść podanego objawu.

Bądź co bądź punkt bolesny Mc. Burnley'a pozwala na nader wczesne rozpoznanie powstania, resp. obostrzenia cho-

roby, zwłaszcza, gdy zwróci się uwagę na inne objawy, które się przyłączają już w ciągu pierwszych 24 godzin od początku napadu, jak gorączka, stężenie (rigiditas) prawych mięśni brzusznych i t. p.

Ponieważ w ogromnej większości przypadków nie przychodzi do przedziurawienia kiszki,—napad kończy się wyzdrowieniem, bez wszelkiej interwencji lekarskiej, lub jedynie pod wpływem środków terapeutycznych,—z drugiej zaś strony, skoro tylko nastąpi przedziurawienie, nawet natychmiastowa pomoc chirurgiczna powinna być uważana za spóźnioną— a więc przewidzieć i uprzędzić ten fatalny wynik, uchwycić moment, kiedy należy przerwać leczenie konserwatywne i przystąpić do radykalnego—jest najważniejszym a zarazem najtrudniejszym zadaniem i obowiązkiem lekarza.

Biorąc pod uwagę statystyczne dane Fitz'a, który znalazł, że na 176 przypadków przedziurawienia wyrostka robaczkowego ze śmiertelnym zejściem 60 razy śmierć nastąpiła po upływie 5 dni od początku choroby, 46 po 4 dniach jej trwania, 28 po 3 i tylko 8 razy przed upływem 2 dni, autor przychodzi do wniosku, że już przed upływem 2 dni od początku napadu należy wynaleźć wskazania co do sposobu leczenia chorego, i utrzymuje, że już po 24, najdalej po 36 godzinach w ogromnej większości przypadków można wiedzieć, czy choroba wymaga wewnętrznego, czy chirurgicznego leczenia. Niezbędnym warunkiem potemu, jest wczesne rozpoznanie i częste a staranne badanie chorego.

Jeżeli w ciągu 12 pierwszych godzin choroby, po zastosowaniu okładów lodowych na okolicę ślepej kiszki, przy ścisłej dyjecie i absolutnym spokoju, nudności znikły, ciepłota ciała zachowuje się normalnie, lub jeżeli nie przenosi 37,8° C. w ustach, jeżeli puls nie jest wcale lub tylko nieznacznie przyspieszony, jeśli chory porusza się w łóżku swobodnie, bez bólu, jeżeli punkt Mc. Burney'a nie jest więcej bolesnym, niż na początku napadu, to przypadek taki uważać należy za nadający się do leczenia terapeutycznego. Autor zwraca przytem uwagę na tak rozpowszechnione w podobnych przypadkach podawanie przetworów makuwca i jest zdania, że narkotyzowanie chorego nadzwyczaj utrudnia rozpoznanie i powinno być ograniczonym, przynajmniej w początkach choroby ¹⁾.

Jeżeli w tym samym czasie, t. j. po upływie 12 godzin, stan chorego pozostał bez zmiany, to rokowanie wciąż jeszcze

¹⁾ Autor nie uważa za potrzebne nawet przypominać, że wszelkie drastica i purgantia, notabene tak szczerdże i często stosowane u nas, są stanowczo przeciwwskazane; nawet clysmata jest tu niebezpieczną (? red.), przynajmniej w pierwszym okresie choroby, gdyż pobudza ruch robaczkowy kiszek. (*Przyp. ref.*)

jest pomyslnem. Jeżeli w ciągu następnego dnia w okolicy slepej kiszki nie ma guza, a chociażby część objawów chorobowych ustąpiła, lub choćby nawet te ostatnie straciły tylko na sile, to zawsze jeszcze taki przypadek należy uważać za nadający się do leczenia wewnętrznego. Nawet i wtedy, gdy przy początku napadu oddzielne objawy chorobowe, jak np. gorączka, mdłości, były dość silnie wyrażone, lecz przy końcu 24 godzin nie zmniejszyły się, lecz i nie wzrosły, a ogólny stan chorego jest dobry, można ostateczną decyzję odłożyć jeszcze na 12 godzin. Lecz jeżeli nastąpiła 3-cia alternatywa, jeżeli objawy chorobowe się wzmożyły, to nasuwa się myśl o operacji. W każdym razie, jeżeli nie po 24-ch, to już po upływie 36 godzin od początku napadu przypadek, przy starannem i częstem badaniu, zupełnie się wyjaśnia, i jeżeli przy końcu tego okresu zauważymy pogorszenie, to należy bezzwłocznie przystąpić do operacji.

Jan Świątecki.

42. ALBERT HOFFA. **Przyczynk do patogenezy zaniku mięśni wskutek zapalen stawów.** (*Sammlung Klinische Vorträge nr. 50, 1892 r.*)

Klinicznie dawno już zauważono zanik pewnych grup mięśniowych, powstający przy zapaleniach stawów; zanikowi podlegają przeważnie rozginacze i to nietylko znajdujące się w najbliższym związku czynnościowym z chorym stawem, ale nawet i inne bliżej położone (np. przy zapaleniu stawu kolanowego zanik mięśni pośladkowych).

Różnice objętości mięśni zdrowej i chorej kończyny są nawet dosyć znaczne (od 1—3-ch ctm.), napięcie działających mięśni bywa mniejsze po stronie chorej, niż po zdrowej.

Oddziaływanie na elektryczność niezmienione. Charakterystycznym jest, że zanik dotyczy mięśni na całej ich długości, że następuje wkrótce po rozpoczęciu się cierpienia w stawie, bo w 1 do 2 dni, a przytem i odruch bywa powiększony, np. przy zapaleniu stawu kolanowego odruch kolanowy, przy zapaleniu stawu golenio-stopowego—Fussclonus.

Co się tyczy zmian anatomopatologicznych w mięśniach ograniczają się one do objawów prostego zaniku, żadnego śladu zapalenia albo zwyrodnienia nie znaleziono (prace Drekszewicza i Valtet. Duplay i Cozin). Prócz tego znaleźli zmiany zapalne zakończeń stawowych nerwu biodrowego (cruralis). W dalszym ciągu zastanawia się autor nad przyczyną tego cierpienia i przytacza kilka teoryj.

Jako jedną z przyczyn zaniku uważano niedziałalność mięśni, ale teoryja ta nie wytrzymuje krytyki wobec faktów takich, jak np. zanik w przypadkach, gdzie chorzy posługiwali się chorą kończyną i brak zaniku w podległych niedowładowi kończynach. Druga teoryja, Rout'a, za przyczynę zaniku poczy-

tuje złe krążenie krwi w mięśniach, spowodowane uciskiem na nie rozciągniętej wysiękiem torebki stawowej. Teoryja ta może chyba być prawdziwą tylko dla małej bardzo ilości zapaleń z bardzo wielkim wysiękiem.

Dalej przytacza Hoffa teoryję Brown-Séquad'a, przypisującą podrażnieniu zakończeń mięśniowych nerwów naczynioruchowych główne znaczenie w tej sprawie, lecz teoryję tę obalają doświadczenia nad zwierzętami.

Teoryja Strümpfla, uważającego zapalenie mięśnia per continuitatem za przyczynę zaniku, też nie wytrzymuje krytyki wobec badań anatomo-patologicznych.

Najwięcej za sobą danych ma teoryja odruchowa Vulpian-Paget'a, mianowicie Vulpian przypuszcza, że uraz albo zapalenia drażnią zakończenia nerwów w stawach. Podrażnienie to przenosi się na ośrodki ruchowe mięśni i wywołuje w tych ośrodkach zmiany cząstkowe (molekularne), ztąd zaburzenia w mięśniach, otrzymujących nerwy z tych ośrodków.

Teoryja ta tłumaczy prędkie powstawanie zaniku, zgadza się ze znalezionemi przez Dupley'a i Cozin'a zmianami w zakończeniach nerwów w stawach, a co najważniejsze daje się potwierdzić przez doświadczenia nad zwierzętami.

Doświadczenia takie robili Raymond i Deroche a za nimi i autor. Doświadczenia opierały się na tem mniemaniu, że jeżeli cierpienie powstaje drogą odruchów, to przerwanie dróg doprowadzających je do rdzenia powinno wstrzymać zanik mięśni. W tym celu wyżej wymienieni badacze przecinali u psa tylne korzenie 3, 4 i 5 nerwów łądźwiowych i 1 krzyżowego, a następnie, jeżeli zwierzę przeżyło tę operacyję, wywoływali w stawie kolanowym strony operowanej zapalenie, wstrzykując do stawu rozczyn lapisu.

Właśnie na posiedzeniu (11 Czerwca 1892 r.) Kongresu Niemieckich Chirurgów w Berlinie Hoffa przedstawił psa, u którego była dokonana przed 6 tygodniami powyższa operacyja, z jednej prawej strony, a następnie wywołano zapalenie ropne w obu stawach kolanowych. W czasie kiedy pies był demonstrowany zapalenie w stawach już ustąpiło i łatwo można było widzieć że zanikowi uległy tylko mięśnie po stronie prawej (operowanej) po lewej stronie mięśnie były zupełnie normalne. Doświadczenie to zdaje się przemawiać za odruchową teoryją Vulpian'a.

Przyczyny zaniku przeważnie mięśni wyprostnych szuka autor w stosunkach anatomicznych, wyjaśnionych dla stawu barkowego przez Schüllera, dla stawu kolanowego przez Dupley'a i Cozin'a. Mianowicie staw barkowy otrzymuje nerwy od n. pachowego (axillaris) i supraspinatus a odpowiednio do tego i zanik obejmuje mięśnie: deltoides, supra i infra-spinatus i teres major. Staw zaś kolanowy otrzymuje nerwy od n. crura-

lis, który też swemi gałązkami zaopatruje przeważnie mięśnie wyprostne goleni.

J. Garbowski.

IV. Choroby nosa, gardła i uszów.

43. GUROVITSCH. **Przyczynek do patologii migdałka językowego w związku z angina epiglottica i Glossitis acuta.** (Zur Pathologie der Zungentonsille im Zusammenhang mit Angina epiglottica und Glossitis acuta). (*Berl. klin. Woch. nr. 44, 1892 r.*).

Autor zajmuje się ostremi sprawami chorobowemi, t. zw. migdałka językowego—oraz związkiem tychże spraw z angina epiglottica i glossitis acuta idiopatica—uważając te ostatnie za rezultat spraw zapalnych migdałka językowego. Przedewszystkiem podaje autor opis mało i dotąd znanej formy anginy—t. zw. angina epiglottica. Przebieg jej jest ostry i pod względem objawów nie różni się od zwykłego zapalenia gardła. Przy badaniu zwykłym—w gardzieli żadnych zmian nie znajdujemy, dopiero lusterko krtaniowe wykazuje nam siedlisko choroby w zmienionej chorobowo nagłośni, a poczęści i fałdach nagłośnio-nalewkowych. Nagłośnia traci swą formę, jest zgrubiałą i czasami tak mocno obrzękniętą, że przypomina obrzęk praeputii. Natomiast wewnątrz krtani (struny) zmian żadnych nie wykazują. Sprawa obrzękowa rozszerza się z językowej powierzchni nagłośni na valleculae glosso-epiglotticae.

Badanie podstawy języka wykazuje sprawę zapalną migdałka językowego, która według zdania autora ma warunkować powstawanie zarówno powyższej anginae epiglotticae, jako też i następnej postaci: glossitis acuta idiopatica.

To ostatnie cierpienie autor względnie często spostrzegał u osób dorosłych (mężczyzn). I tu choroba zaczyna się ostro, objawy przytem są zazwyczaj ciężkie, polykanie bardzo bolesne. Badanie języka wykrywa obrzęk jego, częstokroć bardzo znaczny. Niekiedy sprawa ogranicza się do jednej tylko połowy języka—a nawet autor widywał przypadki, gdzie sprawa obrzękowa przechodziła z jednej połowy na drugą. Badając dokładnie nasadę języka (lusterkiem krtaniowym) przekonywamy się, że migdałek językowy przedstawia wszystkie cechy ostrego zapalenia, niekiedy nawet połączonego z nalotami, jak to bywa przy angina follicularis.

Wywody powyższe potwierdza autor opisem 13 przypadków tego skombinowanego cierpienia—w jednym z nich było zejście w zropienie podstawy języka (abscessus).

Jan Sędziak.

44. **SIEBENMANN** (Bazylea). **O wyleczeniu samoistnem ropotoku zatoki Highmora.** (Ueber Spontanheilung von Empyem der Highmorshöhle). (*Monatschr. f. Ohrenheil.* 11, 1892).

Wyleczalności samoistnej przewlekłego ropotoku zatoki Highmora (empyema antri Highmori), acz bardzo rzadkiej, dowodzi jedyny dotąd znany w literaturze przypadek, spostrzeżony przez prof. Siebenmann'a w Bazylei.

Chory 26-letni zaczął przed trzema laty doznawać uporeczywych bólów w górnych zębach po stronie prawej, skutkiem czego uznano za stosowne usunąć ząb 1-szy trzonowy, co też choć nie bez trudności uskuteczono na trzech posiedzeniach, mimo to bóle trwały jeszcze dni kilka, powoli wreszcie ustąpiły zupełnie. Wkrótce natomiast wystąpił prawostronny stały nerwoból nadoczodołowy, oraz cuchnący wyciek ropny początkowo tylko z odpowiedniego zębodołu, potem zaś i z prawej jamy nosowej. Wynik ten trwał bez przerwy aż do dnia zbadania chorego, które wykazało: Okolica prawego policzka nieco tylko wypukłona, przy ucisku jednak nie przedstawia wyraźniejszej wrażliwości. Na miejscu pierwszego zębu trzonowego, lekkie bliznowate zagłębienie, w pośrodku otwór około 4 mm. szeroki, z którego wydziela się cuchnąca ropa. Zgłębnik 3 mm. grubości wchodzi z łatwością (lekki opór przedstawia tylko cienka błonka — septum) do jamy Highmor'a w kierunku ku tyłowi i gorze, na odległość około 5 ctm. Podczas sondowania wypływa z otworu gęsta, cuchnąca ropa. Prawa jama nosowa in toto nieco przekrwiona. Muszla średnia na obu powierzchniach bocznych pokryta wydzieliną ropną. Ścianka boczna przewodu średniego nie przedstawia się wyraźniej wypukłą. Chory jest w stanie wydać (przy zamkniętych ustach) ropę ze świsem do średniej jamy nosa, jako też wysysać zawartość jamy przez usta. To ostatnie sprawia choremu pewną ulgę.

Przy szprycowaniu od strony zębodołu wypływa przez jamę nosową prawą, ciecz mętna, ropiasta.

Autor zalecił choremu zaopatrzyć się u dentysty w odpowiedni obturator. Chory jednak usunął się od dalszej obserwacji, dopiero mniej więcej po upływie roku znów się zjawił, przyczem skonstatowano stan następujący: od kilku miesięcy, jak utrzymuje, zdrów zupełnie, ani bólów, ani ropienia, *pomimo, że absolutnie żadnego leczenia nie stosowano*—tylko chory od czasu do czasu wysysał zawartość jamy przez usta. *Otwór w zębostole zupełnie zablizniony.* Środkowy przewód nosa zmian nie przedstawia, ropy ani śladu.

Tym sposobem w przypadku powyższym istniał przewlekły ropotok zatoki Highmora, który ostro wystąpił po utrudnionem wyjęciu zęba. Powstała wskutek tego przetoka miała za przyczynę albo naturalną dehiscencyję dna jamy lub, co prawdopodobniejsze, była uwarunkowaną poprzednią sprawą karyjotyczną. *Otwór ten po 3 latach trwania bez żadnego leczenia zagoił się jednocześnie z empyematem antri Highmori.*

Jan Sędziak.

45. LIEVEN. **O związku między cierpieniami nosa i oka.**
(*Deut. med. Wochschr.*, nr. 48, 1892).

Jakkolwiek współczesność cierpień oka i nosa jest rzeczą częstą i powszechnie znaną, w leczeniu jednak główną uwagę zwracają zazwyczaj na oko; tymczasem w większości przypadków postępowanie takie okazuje się bezskutecznym, odpowiednie natomiast leczenie nosa uwieńczone zwykle zostaje jaknajlepszym wynikiem i przypadki tego rodzaju należą do najwdzięczniejszych w praktyce.

Wszystkie ze spostrzeganych dotychczas przypadków zaburzeń ze strony oka, zależnych od cierpień nosa objaśnić można dwojako: 1) sprawy zapalne przechodzić mogą z nosa na oko przez kanał noso-łzowy, lub powodować w tym ostatnim przeszkodę mechaniczną dla odpływu łez i 2) cierpienie z nosa przechodzić może na oko drogą odruchu, wywołując tak zwaną nerwicę zwrotną. Przypadki tej drugiej kategorii stanowią przedmiot pracy Lieven'a; dotyczą one wyłącznie dwóch cierpień oka, mianowicie: łzawienia i skureczu powiek. W celu rozpoznawczym autor pędzłował błonę śluzową nosa 10% roztworem kokainy, a jeżeli po tym zabiegu objawy ze strony oka ustępowały, uważał cierpienie oka za zależne od zbroczenia w nosie i stosował odpowiednie leczenie.

Kazuistyka obejmuje przypadki następujące: 1) przypadki, w których po wyleczeniu nosa ustąpiły zupełnie objawy ze strony oka; tu należą: 3 przypadki przerostu muszli nosowych, jeden zrostu muszli z przegrodą, i w jednym polip; 2) przypadki, w których osiągnięto poprawę: polip nosa, rinitis suppurativa, przerost muszli i ozaena i 3) dwa przypadki ozaeny, w których obserwacja nie była dokładna i rezultat leczenia niewiadomy.

W. Szumlański.

46. PHILIPP. **Łatwy sposób szybkiego tamowania krwotoków nosowych.** (*The Lancet*, Czerwiec, 1892).

Sposób ten szczególnie godnym polecenia jest w braku pod ręką wszelkich narzędzi. Kawałek starego miękiego, cienkiego płótna lub materyi jedwabnej, wielkości około 15 ctm. kw., nakłada się w kształcie parasola na zgłębnik, futerał metalowy od ciepłomierza, albo na osadkę od pióra i wprowadza się do jamy nosowej chorego, siedzącego z głową nieco ku tyłowi zwieszoną. Wprowadzać należy póty, póki się nie uczuje, że koniec przewodnika doszedł do jamy nosogardzielowej; wówczas trzeba przewodnik wyjąć, a po wypędzowaniu wewnętrznych ścian woreczka jakimkolwiek znajdującym się zazwyczaj w domu środkiem ściągającym, np. roztworem alunu, wypełnić go szczelnie watą suchą, lub nasyoną, tymże roztworem środka ściągającego, poczem od przodu związać mocno nitką, a końce, krótko obcięte, umocować na zewnątrz za pomocą lepkiego plastra. Tampon taki pozostaje w nosie tak

długo, jak każdy inny, a przy wyjmowaniu, należy przede wszystkim usuwać stopniowo szczypczykami wate. Jeżeli krwawienie trwa jeszcze, trzeba pusty woreczek przestrzyknąć roztworem kw. karbolowego, albo nadmanganianem potasu i ponownie watą wypełnić; jeżeli zaś ustało, to można woreczek usunąć, odwilżywszy go uprzednio wstrzykiwaniem wody ciepłej. Takie tamponowanie ma następujące dobre strony: nie dopuszcza uszkodzenia podstawy nosa lub podniebienia miękkiego, nie wywołuje odruchowego kaszlu, wymiotów i t. p., wyklucza drażnienie nosa nitkami przez czas pozostawiania tamponu; pozwala na usunięcie tamponu bez uszkodzenia błony śluzowej, zapobiegając tym sposobem ponownemu występowaniu krwawienia. Przy krwotokach wtórnych po operacjach nosowych, autor widział również bardzo dobre działanie tej metody.

W. Szumlański.

47. J. WOLFSTEIN. **Kokaina przy leczeniu ostrych spraw zapalnych ucha.**

Autor utrzymuje, że stosując w porę kokainę przy zapaleniu błony bębenkowej i ostrem zapaleniu ucha średniego, można zapobiedz wystąpieniu ropienia. Materiał obserwacyjny, upoważniający do powyższego wniosku, obejmuje około 100 spostrzeżeń ostrego zapalenia jamy bębenkowej i kilka przypadków zapalenia błony. Stosuje W. 5—6 kropli 5% roztworu kokainy i powtarza wkraplanie, skoro się ponowi. Przy ostrem zapaleniu ucha średniego dosyć jest w ciągu 2—3 dni wkraplać kokainę 4—5 razy na dzień; przypadki cięższe wymagają dłuższego leczenia i częstszego wkraplania, niekiedy nawet co godzina. Na podstawie tak dobrych wyników, autor wnioskuje, że kokaina jest nie tylko środkiem kojącym, lecz posiada także działanie przeciwzapalne.

W. Szumlański.

48. THOMAS BARR. **Leczenie nosa i gardła, jako źródło zapalenia jamy bębenkowej.** (Treatment of the nose and throat, as a source of middle-ear disease. The Lancet). (Dec., 17, 1892).

Choroby nosa i gardzieli wzniciły w ciągu lat ostatnich niezwykle zajęcie a zarazem zapał do stosowania rozmaitych zabiegów nie tylko z przepisu lekarza, ale z własnej choroby inicjatywy. Niestety, o ile z jednej strony pożytek wypływa ztąd niewątpliwy, o tyle z drugiej często są niepomyślne następstwa dla narządów sąsiednich. Mamy tu na myśli jamę bębenkową.

Rozpatrzmy grożące jej z różnych zabiegów niebezpieczeństwa.

1) Przestrzykiwania nosa (natryski Weber'a, strzykawka, wciąganie płynu z dłoni). Już w 1869 r. Roosa z New-Yorku ogłosił spostrzeżenie, w którym po stosowaniu natrysku rozwinęła się otitis media purulenta z następczą ropnicą. Spostrzeżeń tego rodzaju możnaby obecnie zebrać mnóstwo. Zdaniem Barr'a przeni-

kanie płynu do ucha i przez przewód Eustachjusza jest przy przestrzykiwaniach nosa zjawiskiem zwykłym (ból w uchu, zwłaszcza u dzieci). W większości atoli przypadków pozostaje bez złych następstw; w innych rozwija się albo prosty nieżyt z upośledzeniem słuchu—przemijającym lub trwałym, albo też zapalenie ropne jamy bębnekowej z całym łańcuchem konsekwencyj. Jama bębnekowa, skłonna do zapaleń, czy to dzięki usposobieniu dziedzicznemu, czy też przebytemu lub istniejącemu cierpieniu, będzie naturalnie wrażliwszą na bodziec chorobotwórczy.

Warunki, sprzyjające przenikaniu płynu, do jamy bębnekowej są różne i liczne. U dzieci szeroka, a krótka tuba, niedokładna subordynacja mięśni czynnych przy akcji przełykania zwiększa prawdopodobieństwo zalania jamy bębnekowej. U starszych osobników, u których tuby są niezwykle rozszerzone, czy to z powodu zaniku śluzówki, czy zaburzenia mechanizmu mięśniowego, tama, stawiana przejściu powietrza lub płynu, również jest osłabioną.

Zaliczyć tu wypada częściową lub zupełną niedrożność jednej lub obu jam nosowych lub jamy nosogardzielowej (zgięcia, narośle na przegrodzie, przerost muszli, wyrośle adenoidalne).

Zrozumieć łatwo, że w tym razie płyn, wstrzyknięty do drugiego nozdrza przez szczelnie zatykającą kankę, prawie na pewno przeniknie do jamy bębnekowej. Pewność tę zwiększa nadmierna siła strumienia lub wysokość spadu. Z naciskiem powiedzieć trzeba, że wykonywanie aktu tykania podczas przestrzykiwań znakomicie sprzyja przejściu płynu do tuby. Nadto, zatrzymujący się w dołkach jamy nosogardzielowej płyn wkrótce po iniekcji często zostaje wtłoczonym do ucha przy oczyszczeniu nosa lub kichaniu.

Jakość płynu odgrywa również ważną rolę. Pewien stopień ciepłoty jest rzeczą wielkiej wagi. Płyn zimny jest dla ucha stanowczo szkodliwym, i z tego względu trzeba odradzać wszelkich wciągań wody zimnej, praktykowanych przez wielu w nadziei „zahartowania” błony śluzowej nosa. W ten sposób nosa nie zahartują, a łatwo nabyć mogą zapalenia ucha średniego.

Ropa, śluz i krew, pędzone z jamy nosogardzielowej do ucha, zwłaszcza przy domieszce drobnoustrojów chorobotwórczych (ozaena, błonica, płonica), pewne postaci nieżyty nosa, niewątpliwie sprawdzają poważne następstwa.

2) Przyżegania galwaniczne, oraz leki żrące (kwas chromny), wywołując zapalenia ucha śr. Zwykle zależy to od zaniedbania pewnych ostrożności po dokonaniu rękoczynów: na pierwszym planie—narażanie się na działanie zimnego powietrza po wyjściu z gabinetu doktora; dalej, przestrzykiwania nosa po operacji—przy sprzyjających a wyżej wyłuszczonej warunkach. Zaaplikowanie żegadła w pobliżu wylotu tuby zwiększa naturalnie niebezpieczeństwo.

3) Operacje w jamie nosogardzielowej: a) usunięcie wyrostki adenoidalnych; należy być bardzo ostrożnym w wykonywaniu tej operacji przy istniejącym cierpieniu jamy bębnekowej, np. przewlekłym nieżycie zlepnym; b) usunięcie migdałów lub polipów nosowych; wielu rynologów stwierdziło zapalenie ucha śr. po tych ope-

racyjach; c) usunięcie muszli dolnej. Eitelberg opisał przypadek, w którym po operacji tej wystąpiło uporczywe ropienie ucha śr., a) tamponada nosa od tyłu z powodu krwotoku może przy zbyt długim pozostawaniu zatykadła spowodować zakażenie ucha śr. Znany jest śmiertelny przypadek wskutek przejścia sprawy zapalnej na mózg (Gell'e).

W rezultacie, przy leczeniu chorób nosa i gardła, trzymać się należy następujących dziesięciorga prawideł:

1) Wytłomaczyć chorym drobiazgowo sposób stosowania przestrzykiwań.

2) Zbadać uprzednio dokładnie jamy nosowe; przy zwężeniu jednostronnem zalecić przestrzykiwania przez stronę zwężoną.

3) Kanka nie powinna szczelnie zatykać nozdrza, a podczas przestrzykiwań strumień należy wielokrotnie przerywać.

4) Przy użyciu strzykawki unikać zbytnej siły; przy stosowaniu natrysku spadek nie powinien być zbyt wielki — nie więcej niż 2 stopy.

5) Temperatura płynu 30°—35° C. Płyn zawierać powinien w roztworze, albo sól kuchenną (1%) albo sodę, a przy chorobach zakaźnych środki antyseptyczne.

6) Podczas natrysku unikać łykania; zapobiedz temu można, oddychając przez usta. Eitelberg radzi wysuwać przytem język.

7) U dzieci lub u osób ze zbyt szeroką tubą nie stosować wcale szpryczki, ani natrysku. Płyn w tych razach można wlewać do nosa łyżką lub czemś podobnem. Podczas wlewania chory winien wymawiać samogłoskę „a“.

8) Przed upływem 15 minut po iniekcji chory nie powinien oczyszczać nosa ¹⁾ a przytłumiać o ile możności kichanie. Trzeba go uprzedzić, aby na przypadek przedostania się płynu do ucha wykonał wielokrotnie łykanie przy zaciśniętych nozdrzach.

9) Podczas operacji przestrzegać czystość narzędzi i rąk.

10) Po operacjach w jamie noso-gardzielowej unikać przestrzykiwań, albo stosować je z możliwą oględnością — tak przez dni kilka, w ciągu których chory winien wystrzegać się powietrza zimnego, oraz wpływów septycznych.

Dr. Wasserrung.

¹⁾ Większość ludzi oczyszcza nos w ten sposób, że po zaciśnięciu nosa wykonywają silną ekspirację. Z tego powodu ciśnienie powietrza w przestrzeni noso-gardzielowej znakomicie potęguje się, a masy śluzowe lub ropne zostają wtłoczone do wylotów przewodów Eustachjusza. Daleko praktyczniejsem, zwłaszcza dla chorych, dotkniętych cierpieniem jamy noso-gardzielowej lub bębnekowej, jest oczyszczanie nosa „à la paysan“. Dziecię natury bardzo słusznie zatyka tylko jedno nozdrze, osiagając w ten sposób łatwo ujście przez drugie. Chorym można zalecić ten sposób przy użyciu chustki do nosa: akt odbędzie się cito, tuto et jucunde.

(Przyp. spraw.).

49. GRÜNWALD. **Pierwotne zapalenie stawu nalewko-obrączkowego.** (*Berl. klin. Wochschr.*, nr. 20, 1892).

Objawy tego stosunkowo rzadkiego cierpienia są następujące: 1) swoiste, nieprzyjemne uczucie, zwłaszcza przy połykaniu, po jednej lub po obydwóch stronach szyi; jako na miejsce bólu chorzy wskazują na kąt szczęki, okolicę kości gnykowej, lub migdałów; 2) ucisk na okolicę stawu nalewko-obrączkowego po stronie odpowiedniej może to uczucie złagodzić, przyczem 3) zawsze występuje słabe trzeszczenie, przeważnie tylko wyczuwalne, niekiedy również słyszalne; 4) wyż wzmiankowane nieprzyjemne uczucie zwiększa się w położeniu grzbietowem, zwłaszcza przy jednoczesnych ruchach połykowych; 5) przy ucisku od zewnątrz widać w obrazie laryngoskopowym, że odpowiednia chrząstka nalewkowa zwraca się ku wewnątrz; 6) ograniczona wrażliwość okolicy stawu występuje przy dotykaniu zgłębnikiem od strony przełyku. Leczenie w przypadkach ostrych winno być przeciwzapalne (okłady Priessnitz'owskie, szarucha, event. pijawki), w przewlekłych—mechaniczne (mięsienie, faradyzacja); obok tego zwracać należy uwagę na czynność przewodu pokarmowego. Jedynym środkiem zapobiegawczym jest unikanie zaziębienia.

W. Szumlanski.

50. WOLFENDEN (Londyn). **Przypadek gruźlicy krtani i płuc, zakończonej rakiem krtani.** (A case of phthisis of the larynx and lungs, terminating in Epithelioma of the larynx, History of Syphilis nineteen years previously). (*Journal of Laryng. rhin. and otol.* nr. 12, 1892).

Chory lat 46 mający, zgłosił się do szpitala, skarżąc się na ból przy połykaniu. Przed laty 19 przechodził przymiot. Siostra zmarła na suchoty. Przy badaniu nie znaleziono w płucach żadnych wyraźniejszych objawów gruźlicy, w krtani natomiast obraz w wysokim stopniu przypominał gruźliczą sprawę (typowy obrzęk obu więzów nagłośnio-nalewkowych i obrzmienie lewej struny fałszywej).

Choremu zalecono wewnątrznie jodek potasu, miejscowo zaś w ciągu miesiąca wcierano kwas mleczny. W płwocinie znaleziono laseczniki gruźlicze; wtedy (t. j. w parę miesięcy) i u prawego wierzchołka skonstatowano zgęszczenie płuca. Leczenie miejscowe krtani (t. j. kwas mleczny, jako też nacięcia wewnątrzkrtańowe), początkowo nie dawało rezultatu pomyślnego, a nawet wystąpiło zajęcie lewej połowy nagłośni, po półrocznem jednak leczeniu nastąpiło zagojenie sprawy miejscowej w krtani, jednocześnie i stan ogólny o wiele się poprawił, tak, że chory, jako wyleczony wypisał się ze szpitala. W pół roku jednak zjawił się znowu z objawami takiej duszności, że wykonano bezzwłocznie tracheotomię.

Przy badaniu krtani znaleziono ograniczone obrzmienie na lewej strunie fałszywej, obrzmienie, przypominające tym razem na-

błoniaki (epithelioma). Wygląd ten stawał się w dalszym ciągu coraz więcej typowy, podobną masę epitheliomatyczną dała się zauważyć i w przedniej części lewego więzu nagłośnio-nalewkowego (lig. ary-epiglotticum). Część guza wyjęta kleszczami i zbadana pod drobnowidzem wykazała charakter nabłoniakowy (epithelioma), gdzieś tam ślady gruczołowej tkanki dały się również zauważyć. Sprawa rakowata rozszerzała się coraz bardziej w krtani, nastąpiło w dalszym ciągu zajęcie gruczołów chłonnych szyjowych, jako też objawy coraz większego charłactwa. Chory prawdopodobnie wkrótce potem zmarł w domu.

Autor przypuszcza, że w interesującym niezwykle tym przypadku miało miejsce zejście gruźlicy krtani i płuc w sprawę złośliwą nowotworową (epithelioma laryngis).

J. Sędziak.

51. SCHIFFERS. **Nowa odmiana histeryi.** (Une Variété nouvelle d'hystérie). (*Revue de Lar., d'otol. et de rhin., nr. 23, 1892 r.*).

Autor zwraca uwagę na mało dotąd znaną odmianę histeryi, należącą do kategorii: erotomanii, kleptomanii, pyromanii, demonomanii etc. etc.

Mianowicie miał on sposobność spostrzegać kilka przypadków, w których stan szczególny histeryi przejawiał się w uporczywym żądaniu operacji wskutek urojonego zazwyczaj cierpienia gardzieli lub ucha. Stan ten autor proponuje nazywać „tomomanią” (od τóμος—cięcie).

Jedna z chorych np. przed niedawnym czasem zgłosiła się do polikliniki autora z żądaniem natychmiastowej operacji (ni mniej ni więcej, jak tylko trepanacji wyrostka sutkowego).

Chora cierpi od kilku tygodni na bóle dokuczliwe, jak twierdzi, umiejscowione z lewej strony głowy, głównie zaś w uchu i okolicy sutkowej lewej. Badanie wykazało „otitis media purulenta chr.” ze zniszczeniem prawie doszczętnem błony bębenkowej. Błona śluzowa średniego ucha nieco przekrwiona, miejscami wykazuje punkta bliznowate. Ani śladu karyjetycznej lub nekrotycznej sprawy, żadnych objawów ropnia mózgowego, ani sklerozy wyrostka sutkowego, którego skóra zaczerwieniona, nie obrzmiała, raczej nadczuła, niż bolesna. Ogólne badanie, jako też szczegółowe wywiady wykazały, że miano do czynienia z typową histeryczką.

Chora zapisała się do szpitala, zaleconc 4% roztwór kwasu karbolowego w glicerynie z dodatkiem chlorku kokainy—do ucha, prócz odpowiedniej kuracji ogólnej, poczem chora doznała ulgi, po kilku zaś dniach bóle w zupełności ustąpiły.

Tym sposobem operacja, jakiej się chora domagała, była zupełnie zbyteczną, zresztą niezem nieuzasadnioną, gdyż nie było sklerozy tkanki kostnej wyrostka sutkowego. Że „algesia” jest w tych razach natury histerycznej, dowodzi między innymi fakt, że przewodnictwo przez kości czaszkowe (doświadczenie Weber'a) nie daje stałych, pozytywnych rezultatów (jak wiadomo kamerton le-

piej jest słyszalnym przez ucho, zajęte sprawą chorobową w jamie bębnekowej).

Drugi przypadek, jeszcze więcej pouczający, dotyczył mężczyzny, który żądał od autora bezwarunkowego przypalenia kauterem rzekomo znajdującego się na bocznej ścianie gardzieli owrzodzenia. Najściślejsze badanie nie wykryło żadnego owrzodzenia, natomiast istniała „paraesthesia pharyngis”.

Zalecono ogólne leczenie przeciwko nerwowe (kali bromatum). Po jakimś czasie wystąpił typowy atak konwulsyjny natury hysterycznej, który wykazał właściwą istotę cierpienia.

Wreszcie w 3 przypadku, dotyczącym 25-letniej dziewczyny z typowymi objawami histeryi, chora żądała operacji (rezekcja nerwu międzyżebrowego) z powodu bólów jakoby nie do zniesienia w tej okolicy klatki piersiowej. Chora ta w końcu popadła w morfinomanię.

Autor ogranicza się na przytoczeniu powyższych trzech przypadków, choć mógłby ich przytoczyć znacznie więcej.

We wszystkich przypadkach „tomomania” była natury hysterycznej—a nie hypochondrycznej (bardzo rzadkiej), przedstawiając cierpienie „fin de siècle”, jak się autor wyraża. Przyczynę bowiem „tomomanii” widzi autor w romansie naturalistycznym, zawierającym szczegółowe opisy operacji, jako też w prasie politycznej, wogóle pomieszczającej opisy operacji.

Jan Sędziak.

WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

52. **Cholera i spermina.** Twórca sperminy twierdzi, iż spermina działa ujemnie na rozwój przecinków cholerycznych, gdyż dodana do odżywki opóźnia lub nawet niedopuszcza do wytworzenia się czerwieni cholerycznej (D. M. W. 49, 1892). J. Z.

53. **Wstrzykiwania jodoformu przy gruźlicy stawów** (patrz „Kronika” r. z., str. 117) zyskują w Niemczech coraz szersze zastosowanie (C. f. Ch., nr. 51, 1892). Na ostatnim zjeździe chirurgów wszyscy wyrażali się o tym sposobie dodatnio, a obecnie docent v. Büngner nazywa ten sposób leczenia „niezaprzeczenie znacznym i pocieszającym postępek leczenia chirurgicznej gruźlicy” i podaje nowy sposób wykonywania wstrzykiwań do stawu biodrowego, daleko pewniejszy od sposobu podanego przez Krausego (Kr. l. c., str. 119). Ścisłe wykonanie sposobu Krausego jest przy gruźlicy stawu biodrowego często niewykonalne, następnie przy tym sposobie iniekcja nie zawsze w staw trafia, v. Büngner zaleca sposób następujący: „Wymacać na stronie operowanej punkt, gdzie tętnica biodrowa krzyżuje się z poziomą gałęzią kości łonowej, i wkuwać igłę pionowo w staw biodrowy na linię, łączącej punkt powyższy z wierzchołkiem krętarza, tuż na wewnętrznym brzegu mięśnia kra-

wieckiego. W ten sposób iniekcya zawsze w staw trafia, a o obrażenie naczyń i nerwów obawy nie ma, gdyż tętnica i nerw biodrowy leżą więcej ku wewnątrz, tętnica zaś biodrowa głęboka, jeżeli tak wysoko wychodzi, leży także w takim razie tuż przy tętnicy biodrowej. Do wstrzykiwań używa v. Büngner 10 gramowej strzykawki Pravaza z igłą długości 5—7 ct., a grubości 1 mm., ostrzega przytem, aby nie stosować po iniekcji zalecanego przez Krausego masażu i ruchów, gdyż przy tych rozpad gruźliczy ulega rozlaniu, skutkiem czego może być wessanie i przerzuty. Nie zaleca również przedwstępnych przepłukiwań stawu, jako zupełnie bezcelowych; v. Büngner używa 20% zawiesiny w glicerynie. Co do *wyjaławiania zawiesiny*, to zważywszy, że przy potrzebnej do tego wysokiej ciepłocie jodoform się częściowo rozkłada, wywiązując się przytem jod pozostaje w vehiculum i drażni wskutek tego silnie tkanki, gdzie podobna zawiesina została zaaplikowana, v. Stubenrauch radzi (C. f. Ch., nr. 34, 1892) sterylizować przeznaczone do wstrzykiwań zawiesiny w małych porcjach po 10 gramów, w buteleczkach otwartych i z szeroką szyjką. W ten sposób uwolniony przy wyjaławianiu jod swobodnie się ulatnia lub po skończonem wyjaławianiu nie trzeba się śpieszyć z zakorkowaniem buteleczek, aby jod doszczętnie wywietrzał. Jodoform do emulsji należy używać mialko sproszkowany, najlepiej otrzymany drogą elektrolityczną (Scheringa). Glicerynę i jodoform można także wyjałwiać oddzielnie, tę przez nagrzanie, ten zaś przez wypłukanie w sublimacie. Bruns (C. f. Ch., nr. 39, 1892) używa nie glicerynowej zawiesiny jodoformu, a emulsji oliwy jodoformowej, Böhm (Corps. bl. f. Schw. Aertz., nr. 9, 1892) zaś, podobnie jak Trendelenburg, stosuje 5% roztwór jodoformu w olejku migdałowym.

Ostatni uważa jodoformowe wstrzykiwania ze względu na łatwość i prostotę zastosowania za nieoszacowany skarb w rękach każdego lekarza. Wstrzykuje on swój olej co tydzień po jednej szprycce Pravaza (1 gramowej) nie bacząc na zniszczenia i protesty i widział poprawę nawet w najbardziej zaawansowanych przypadkach. Jednogłośnych i ścisłych wskazań co do tego, jakie mianowicie formy i stadyja gruźlicy stawów nadają się najlepiej do leczenia wstrzykiwaniami jeszcze nie wyrobiono. Na kongresie wyraził się Bergman, że tylko przy ciężkim i często powtarzającym się ropieniu i gorączce przekłada leczenie operacyjne w ścisłem tego słowa znaczeniu. Wobec powszechnego w Niemczech zainteresowania się tym sposobem leczenia możemy się lada dzień spodziewać większej pracy w tym kierunku, nie omieszkamy wtedy czytelników z nią poznać. Tu dodać musimy, że na ostatnim zjeździe naszych chirurgów (patrz ref. Kryńskiego. „Kronika” z r. z.) zdania więcej się skłaniały ku leczeniu operacyjnemu.

B. Dzierżawski.

54. **Kreczot i alkohol** według badań Klemperera nie oddziałują zupełnie na chemizm trawienia, *podnoszą natomiast czynność ruchową żołądka*, o czem autor przekonał się, stosując swoją metodę wlewania oliwy. (Z. f. kl. Med. XVII). J. Zaw.

55. J. Stephens podaje jako bardzo skuteczny **czerwiogubny środek** (Anthelminthicum)—Cascara Sagrada w następującej postaci:

Rp. Extr. fluid. Cascar. Sagr. 24,0

Syr. Cort. Aurant. am. 100,0

S. 3 łyżeczki od kawy (dla dzieci po pół) dziennie. (W. Pr. 2).

56. Jaccoud twierdzi, że najlepszym **zapobieganiem powstawaniu biątkomoczu u ciężarnych jest podawanie im systematyczne mleka** obok innego jedzenia. Zaleca 1—1½ litra w ciągu pierwszych 6 miesięcy ciąży, podnosząc później ilość jego do 2 litrów i znowu ją zmniejszając w ciągu 6 tygodni po porodzie. W trzech przypadkach wad zastawkowych udało mu się w ten sposób ciężę doskonale przeprowadzić. Gdy biątkomocz już wystąpił, jedynym właściwym i skutecznym leczeniem jest wyłącznie mleczna dyjeta i wdechanie tlenu, po kilka litrów dziennie. W. J.

57. Gutmann twierdzi, że **biękit metylowy** nie zawadzi w żadnym przypadku **malaryi**. Należy go podawać przez 4 tygodnie 5 razy dziennie po 0,1 grm. Gdzie środek ten nie działa, należy przypuścić, że preparat był nieczysty. W. J.

58. Nasse opisuje **ropnie wątroby** u pewnego 60-letniego starca; po rozcięciu ich rana rozpadała się zgorzelinowo coraz dalej. Chory zmarł. Przy sekcji znaleziono dysenterję w całej kiszce grubej. Badanie strupów, pokrywających kiszkę, ścian ropnia, drobniejszych gałązek żyły wrotnej, oraz brzegów rany, zadanej dla opróżnienia ropnia, wykazało obecność znacznej ilości ameb Karulis'a. W. J.

59. Dr. E. Saulfeld z Berlina ogłasza w „Therap. Monatsh.” wyniki swoje **nad leczniczym działaniem losofanu w chorobach skórnych**. Ciało to uważać trzeba za trójjodek kreosolu, trudno rozpuszcza się w wyskoku, łatwo w eterze, bensolu, chloroformie; środek ten zawiera 80% jodu. Losofon stosował autor w roztworze lub też maści 1—3%: przy herpes tonsurans, pityriasis versicolor, prurigo, pruritus cutaneus, urticaria, sycosis vulgaris, acne vulgaris et rosacea, wreszcie przy pryszczycy przewlekłej; rezultat w większości przypadków był bardzo zadawalniający. Przeciwwskazaniem do użycia losofonu uważać trzeba wszelkie sprawy zapalne skóry, ponieważ środek ten drażni i jątrzy skórę. (W. Med. Pr.). H. K.

60. W berlińskiej klinice prof. Schweigger'a przeprowadzono szereg doświadczeń z **Tropacocainą, nowym środkiem znieczulającym**. Jest to alkaloid, otrzymany z liści koki z wyspy Jawy; badania Liebermann'a wykazały, że nowy ten preparat jest to benzoyl-pseudotropeina. Chlorek tropokokainy wywołuje znacznie przedź zupełne znieczulenie, aniżeli odpowiednia dawka kokainy, anestezja nie trwa co prawda tak długo jak po tej ostatniej, bardzo łatwo jednak przez dodanie 1—2 kropel roztworu kokainy niedogodność ta usunąć się daje i przez dowolny przeciąg czasu znieczulenie utrzymać można.

Tropokokaina wywołuje miejscowe przekrwienie, oraz lekkie palenie, które szybko jednak przemija. Działania ubocznego nigdy

nie zauważono. Szczególniej przy operacjach ocznych ma ten środek znakomite okazywać usługi, stosując zwykle 3% rozczyzn.
(W. M. P.) H. K.

61. Jako najlepszy środek przeciwko oparzeniom wszelkiego stopnia zaleca Bidder thiol. Przy oparzeniu pierwszego stopnia, a również i drugiego, jeżeli pęcherze są nienaruszone, stosuje autor pędzlowanie thiolem płynnym w równych częściach z wodą, poczem kładzie grubą warstwę waty, niepozabawionej tłuszczów. Jeżeli zaś pęcherze już popękały, a także w przypadkach zapuszczonych, oraz w oparzeniach trzeciego stopnia po należytem zdezynfekowaniu rany kwasem salicylowym lub bornym, radzi autor zastosować thiolum siccum. (Archiv. f. klin. Chir.) H. K.

62. Tężec po przepłukiwaniu żołądka. W. Collier podaje 2 przypadki tężca u chorych z rostrzenią żołądka. U jednego po upływie 5 godzin po wypompowaniu treści wystąpił silny bolesny skurcz toniczny w górnych i dolnych kończynach, do którego wkrótce przyłączył się skurcz mięśni tułowia, a w szczególności mięśni brzucha. Tętno osłabło, wystąpiła sinica, a ciepłota podniosła się do 38,5° C. Po iniekcji morfiny ustąpił tężec chwilowo, aby powrócić z większą siłą i spowodować śmierć. Drugi przypadek był prawie identyczny, po upływie 2 godzin od chwili płukania żołądka wystąpił tężec z silniej wyrażonym, niż w poprzednim przypadku szczękościskiem. Chory zmarł przy ciepłocie 41,7° C.

Biorąc asumpt z tych przypadków, wspomina autor o podobnych 3 obserwacjach Kussmaula i jednym Dujardin Beaumez'a. Kussmaul, jak wiadomo, objaśnia te przypadki w ten sposób, iż skutkiem wytworzenia próżni po opróżnieniu żołądka, wytwarza się silny odpyły soków z mózgu i innych narządów. Collier przeciwnie sądzi, iż mamy tu do czynienia z silnym odruchem i że mechanizm jest tu podobny jak eclampsia dzieci przy cierpieniach narządów trawienia, robakach etc., czemu sprzyja wielce mózg wysoce osłabiony.

(Przypadki te dowodzą, iż raptowne opróżnienie żołądka przy silnej rostrzeni nie jest rzeczą dla chorego obojętną i że, podobnie, jak przy wypuszczaniu płynów z jam ciała, powinniśmy zawsze pozostawić część płynu, resp. część wody przy przepłukiwaniu żołądka. (Przyp. spraw.). (Lancet I, 23, D. m. W. 49, 1892).

J. Zaw.

63. Oddo i Silbut badali wydzielanie się ołowiu i żelaza przez skórę i w tym celu działali na nią siarkowodorem, resp. żelazo-cyjankiem potasu. Doszli oni do wniosku, że u osobników, zatrutych ołowiem, ten ostatni wydziela się przez skórę w największej ilości w okresie kolek, w najmniejszej zaś—w okresie objawów mózgowych. Żelaza wydziela się tą drogą u ludzi zdrowych ilość minimalna i to nie zawsze; więcej nieco wydziela się go przy zatruciu ołowiemem. W. J.

64. Winogradow znalazł w Tomsku przy oględzinach pośmiertnych dwóch mężczyzna w przewodzie i pęcherzyku żółciowym pewnego pasorczyta, należącego do distoma, odróżniającego

się od innych pasorzytów z tej rodziny. Autor nazywa go *distoma sibiricum*.
W. J.

65. Według A. Lazarusa surowica krwi osobników, które przeszły cholere, czyni świnki morskie niezdołnemi do zarażenia się przecinkami cholerycznemi. Surowica ludzi zdrowych również czyni świnki odporniejszemi na cholere, ale trzeba jej wstrzykiwać 2 ccm., tymczasem surowicy chorych cholerycznych wystarczy 0,1 miligrama.
W. J.

66. Lannois proponuje leczenie padaczki zastrzykowaniami podskórnymi wyjałowionych hodowli gronkowca złocistego, wychodząc z tej zasady, że często przebieg choroby znakomicie się polepszał po chorobach zakaźnych, szczególnie po róży. Z kilku podanych historii chorób widać, że w jednym przypadku wystąpiła pewna poprawa, ale nie trwała, w drugim zaś—ilość napadów zmniejszyła się z 10—12 na dobę do 2—4. Do prób tych zachęca z tego względu, że są one zupełnie dla chorego nieszkodliwe, mianowicie nie wywołują nigdy żadnego odczynu miejscowego, a bardzo rzadko nieznaczny ogólny.
W. J.

67. Dr. Konelski z gub. kijowskiej opisuje aż pięć przypadków zupełnego zarosnięcia błony dziewiczej, spostrzeganych przez siebie w praktyce prowincjonalnej. Wszystkie miały miejsce u żydówek. Dwa z pomiędzy nich u dzieci 2-letnich, 1 u panny 16-letniej, a 2 u mężatek. Ostatnie przypadki szczególnie są tem, że obie chore zaszły w ciążę, pomimo, że stosunków prawidłowych nigdy nie miały, a jednak w chwili, kiedy je autor widział,—w kilka tygodni po zajściu w ciążę—miały błony dziewicze zupełnie zarosnięte. Autor tłumaczy to w sposób następujący. Otwór w grubiej błonie dziewiczej tych chorych był bardzo mały. Gdy mąż ciągle napróżno usiłował dostać się do pochwy, rozwinęło się zapalenie zlepne na ciągle drażnionej pochwie, które doprowadzało do jej zarosnięcia. Przedtem jednak nasienie przenikło przez początkowo małątki otwór do jamy macicy.

68. Dr. Liberson zaleca w bieguncie krwawej gorące przemywanie kiszki grubej z taniny i kwasu bornego. Przyrządziwszy odpowiedni roztwór, autor wprowadza go do kiszki co 3 godziny. Temp. powinna być około 36° C.
W. J.

69. Swierczkow podaje stosowany przez siebie sposób leczenia uporczywych owrzodzeń syfilitycznych w drugim i trzecim okresie tej choroby. Owrzodzenie obmywa się 2% roztworem dwudlenku wodoru (H_2O_2), wyciera się watą i pokrywa się watą, zmoczoną w mieszaninie 1 części karbolu i 2 części kamfory. Mieszanie tę przed każdym użyciem należy wstawić do szklanki z wodą gorącą, aby zrobić ją płynniejszą. Taki opatrunek nakłada się przez 3—5 dni po 2 razy. Po tem czasie rana pokrywa się obfitą ziarniną. Chcąc ją doprowadzić do zablźnienia, trzeba ranę opatrywać 2 razy dziennie, albo arystolem z ol. wazelinowym (1:4), albo roztworem dermatolu w wazelinie. Już po 6—8 tego rodzaju opatrunkach rana zaczyna się zablźniać. Tą drogą udaje się najuporczywiej utrzymujące się owrzodzenia zagoić w ciągu 15—40 dni.
W. J.

70. W nowo wychodzącym piśmie ruskiem p. t. „Gazeta lekarska południowo-ruska” Miecznikow zrobił **przegląd różnych metod, stosowanych w leczeniu chorób zakaźnych**. Rozpatrzywszy kolejno metodę wakcynacji, leczenie sprawy, wywołanej przez jedną bakterję za pomocą drugich, leczenia jej produktami tej samej bakterji, wreszcie tak zwaną Blatserumtherapie i leczenie fagocytami, wyraża najwięcej przekonania do drugiej i ostatniej z wyliczonych metod i sądzi, że w tem leży przyszłość leczenia chorób zakaźnych. Dopóki jednak te drogi nie zostaną zupełnie uitorowane, należy zawsze mieć główne baczenie na postępowanie zapobiegawcze przeciwko chorobom zakaźnym. Dziwi się, że te przekonania nie zdołały się jeszcze odpowiednio silnie zaszcześcić.

W. J.

71. Eisenhart rozpatruje na zasadzie starannych poszukiwań literackich i własnych badań **przyczyny rozmięczenia kości (osteomalacia)**. Widzi ją w nadmiernej czynności produkcyjnej jajników, za którą przemawiają pewne dane, otrzymane na wyciętych jajnikach, i nadzwyczajną płodność odnośnych chorych. Wskutek tego powstaje znaczny dopływ krwi do miednicy. Ponieważ zaś ma ona mniejszą, niż zwykle alkaliczność, prowadzi więc to do szybkiego rozpuszczania soli wapiennych w miednicy i ztąd do dalszych wiadomych jej zniekształceń.

W. J.

PRZEGLĄD BIBLIJOGRAFICZNY.

Zygmunt Kramsztyk. **Jaskra**. Odczyty kliniczne, wydawane przez Red. Gaz. Lek. Seryja IV. Zeszyt 11.

Śmiało rzec można, iż żadna choroba oczna nie występuje wśród tak gwałtownych objawów ogólnych, alarmujących pacjenta i jego otoczenie, jak to nieraz ma miejsce w pewnych postaciach jaskry. Jaskra (glaucoma) jest chorobą groźną, częstą, występuje ona w najrozmaitszej postaci, na środki lekarskie tak jest wrażliwą, że równie łatwo jest uleczyć ją, jak stan jej pogorszyć. Cierpienie to występuje napadami, jak epilepsyja i zimnica, a przy znacznem nasileniu napadu, chory doznaje tak szalonych bólów głowy (w obrębie rozgałęzień nerwu trójdzielnego), iż często nie zwraca uwagi na zaburzenia czynnościowe, wybuchające w narządzie wzroku, i nawet tam, gdzie nie brak pomocy specjalnie—okulistycznej, szuka porady u lekarza nie-okulisty, ztąd zaś nieraz przez czas dłuższy zażywa różne leki, przeciw nerwobólom skierowane, ku wielkiej, często niepowetowanej, szkodzie oka. Autor oddał więc prawdziwą usługę, iż, uwzględniając potrzeby lekarzy-praktyków ogólnych, skreślił ten odczyt, jak sam twierdzi, „dla tych kolegów, którzy, nie będąc specjalistami, chcieliby się z jaskrą zapoznać”.

Popularyzowanie pewnych działów tak ściślej specjalności, jaką stanowi oftalmologija, należy do zadań nader trudnych, do wodem tego są nieliczne próby, w tym kierunku przez wybitnych okulistów podejmowane, nietylko w literaturze naszej lecz i w zagranicznej. Pracę też kolegi Z. Kramszyka odczytałem z prawdziwym zajęciem, tem większem, iż dotyczy ona sprawy chorobowej, która, o ile klinicznie dosyć dokładnie jest znana, o tyle w teorii swego powstawania i rozwoju przedstawia nie mało stron niejasnych i punktów spornych. Mimo to, autor, mając cel dydaktyczny na widoku, umiał w sposób wyczerpujący zawrzeć w ramach dzielnie skreślonego planu odczytu i stronę kliniczną, i stronę czysto teoretyczną danego przedmiotu. Jako doświadczony klinicysta, należycie zaznaczył wszelkie możliwe dane rozpoznawcze i lecznicze, unikając najniebezpieczniejszego szkopułu, jakim bywa w tym razie niemal mimowolne przeładowanie wykładu nasuwającemi się pod pióro różnemi szczegółami, mogącemi w danym razie zająć kolegę-specyjalistę, a zniechęcić do starannego odczytania kolegę, nie oddającego się wyłącznie danej gałęzi medycyny. Wreszcie jasność stylu i przedstawienia bogatej treści niewątpliwie ułatwi szerszym kołom kolegów przyswojenie sobie całokształtu objawów, znanych pod mianem jaskry.

Gorąco też polecamy starannej uwadze wszystkich kolegów ten odczyt, który niezaprzeczenie zajmuje poczesne miejsce w szeregu odczytów klinicznych, dotąd wydanych przez Redakcję „Gazety Lekarskiej”.

Bronisław Ziemiński.

KRONIKA MIESIĘCZNA.

— Komitet obywatelski, utworzony z powodu cholery w mieście naszym rozpoczął swe czynności w listopadzie r. z. Przewodniczącym w komitecie został senator, Wł. Nowakowski, sekretarzem, rejent Wydzga, kasyjerem, A. Scholtze. Z lekarzy do komitetu należą: prof. Baranowski, St. Markiewicz i Ludw. Natanson. Na pierwszym zaraz posiedzeniu, stosownie do natury działalności komitetu, członkowie jego podzielili się na trzy sekcje, a mianowicie: na sekcję filantropijną, mającą wypracować na wypadek cholery program niesienia pomocy niezamożnej ludności m. Warszawy, na sekcję lekarsko-techniczną, mającą opracować całokształt urządzeń, dopomagających władzom do zapobieżenia i opanowania epidemii, i na sekcję finansową, mającą wynaleźć sposoby zgromadzenia funduszków dla pokrycia wydatków na cele, wskazane przez dwie pierwsze sekcje. Po całym szeregu narad, odbytych w trzech rzeczonych komitetach, w początkach z. m. przyjęto w ostatecznej redakcyi obszerny memoriał, który złożony został p. Ober-Policmajstrowi, jako naczelnikowi służby sanitarnej miasta. Wstęp memoriału obejmuje historję powstania i organizacyi komitetu, sam zaś memoriał zawiera projekt środków lekarsko-technicznych w przewidywaniu cho-

lery i program działalności filantropijnej. Środki te podzielono na dwie kategorie. Do środków pierwszej kategorii przedewszystkiem ze względów lekarskiej profilaktyki zaliczono: a) bezpłatne dostarczanie lekarstw; b) urządzenie taniej kąpieli; c) urządzenie wzorowego domu noclegowego i d) zapewnienie niezamożnej ludności taniej, a zdrowej strawy. Zastosowanie środków, do tej kategorii należących, komitet słusznie uważa jako pilne, t. j. jako zasługujące na wprowadzenie w wykonanie przed porą przewidywanego wybuchu cholery. Środki drugiej kategorii stosowane być mają podczas występującej lub rozwiniętej epidemii. Zaliczono do nich: a) pomieszczenie dla chorych cholerycznych; b) dom zdrowia płatny; c) kamera dezynfekcyjna; d) pomieszczenie izolacyjne; e) organizacja dozoru obywatelskiego. Memoryjał zawiera dokładne motywa co do znaczenia i wprowadzenia w życie każdego z projektowanych środków. W końcu memoryjału znajdujemy: regulamin dla obywateli-delegatów (opiekunów) na wypadek cholery, wreszcie wnioski wydziału finansowego komitetu. Potrzebne fundusze podzielono również na dwie kategorie: 1) Fundusze na środki zapobiegawcze, fundusze te—zdaniem komitetu—już obecnie istnieć powinny. 2) Fundusze na środki ratunkowe, potrzebne dopiero wówczas, jeżeli pomimo przedsiębrania wszelkich środków zapobiegawczych cholera wybuchnie. Pierwszem źródłem, z którego komitet fundusze powyższe czerpać może, jest ofiarność publiczna, a następnie komitet proponuje wypracowanie i przedstawienie władzom projektu zaciągnięcia i uiszczenia przez umówienie w dłuższym okresie czasu pożyczki miejskiej na walkę z epidemją. Wobec tego, że dostarczenie funduszy z kasy miasta, nie mniej przeprowadzenie odpowiedniej operacji finansowej, wymagają dłuższego czasu, zbieranie zaś składek i ofiar publicznych może być natychmiast rozporządzone, na mocy odpowiedniego pozwolenia, Komitet obywatelski ogłosił w pismach odezwę z wezwaniem do wnoszenia ofiar na środki zapobiegawcze, a nadto rozesłał do osób zamożniejszych, instytucyj i korporacyj szematy drukowane celem wpisania do nich ofiar natychmiastowych i zobowiązań na wypadek cholery.

Komitet ogłasza co tydzień sprawozdania z wpływów do kasy, a przyznać należy, że, jakkolwiek powoli, ale stale fundusz się zwiększa, w ostatnim tygodniu np. od 12—18 Lutego wpłynęło do kasy komitetu rs. 1852 kop. 50.

— *Dozorczymie chorych.*

Niejednokrotnie już poruszaliśmy w „Kronice” kwestyję dozorczyń dla chorych prywatnych, których brak oddawna uczuwać się daje. Szczególniej chorzy, pozbawieni opieki rodzinnej, cierpią na tem bardzo i niejednokrotnie bezpośredni nad nimi nadzór powierzać trzeba nie dość przygotowanym osobom, które są raczej przeszkodą, niż pomocą lekarzowi. Chorzy, pozostawieni na ich łasce, wystawieni są na rozmaite niedogodności, które na przebieg choroby mogą wpłynąć nieraz fatalnie. Niejednokrotnie również wynika potrzeba korzystania z usług dozorczyń i w domach rodzinnych w razie dłuższej obłożnej choroby, która wyczerpuje siły otoczenia i zmusza je do szukania obcej pomocy, a zresztą wogóle

zawsze chętniej powierzmy opiekę nad chorym osobie, która została odpowiednio do tego przygotowana, niż rodzinie, która zbytnią troskliwością utrudnia często zadanie lekarzowi. W swoim czasie proponowaliśmy, aby na wzór Niemiec, zamiast przestarzałej już instytucji felczerów, wprowadzić instytucję dozorców i dozorzyn chorych, gdyż dozorczy, mając wszelkie zalety felczerów, nie będą posiadać tych wad, które w obecnej chwili instytucję tę czynią niemożliwą. Felczer dzisiejszy, uważając się za coś wyższego, niż jest wistocie, nie chce spełniać wszelkich posług koło chorego, a grając rolę „doktora”, krytykując nieraz plan leczenia, raczej szkodę, niż korzyść choremu przynosi. Wad tych dozorczyń, czy dozorca nie posiada, za mało ma ku temu wiadomości i skromniejsze wymagania.

Z prawdziwą też przyjemnością notujemy fakt, iż na skutek starań grona pań tutejszych zawiązek instytucji został zrobiony i kilka dozorzyn, przygotowanych przez jednego z lekarzy, po odbyciu praktyki w szpitalach i domach zdrowia, zajmuje się już dozowaniem chorych.

Jesteśmy pewni, iż koledzy przywitają młodą tę instytucję z zadowoleniem, dla wiadomości ich notujemy, iż adresy dozorzyn znaleźć mogą u jednej z protektorek tego nowego źródła pracy p. A. (Bracka 23, m. 18) między 2—6 codziennie.

— W Berlinie rozwinęła się silna agitacja lekarzy przeciw poliklinikom bezpłatnym i t. zw. kassom chorych. Instytucje te, jak się przekonano, przynoszą materialną szkodę wszystkim lekarzom, gdyż obok biednych z instytucji korzystają ludzie zaможni. W celu załatwienia sprawy wybrano oddzielną komisję, która się ma zająć zbadaniem obecnych stosunków i wynalezieniem środków zaradczych. O wynikach nieomieszkamy zawiadomić czytelników, gdyż sprawa ta poniekąd może będzie i dla nas nieobojętną. Głównie występują lekarze berlińscy przeciw poliklinikom prywatnym, które nie tylko w Berlinie wzrastają wbrew interesom ogółu lekarzy.

— W Wiedniu została otwarta poliklinika (IX Marianengasse), na czele której stoją już oddawna profesorowie i docenci wszechni-cy wiedeńskiej. W poliklinice mieszczą się łóżka dla stałych chorych a nadto utworzono zakład dla wodoleczenia, pracownię chemiczną i bakteryjologiczną. Cały gmach i urządzenie powstały drogą ofiar prywatnych.

— Kolega B. Wender, lekarz uczątku Krutichńskiego gub. Tomskiej, okręgu Barnaulskiego, donosi nam o wynikach stosowania gorących kąpiei u cholerycznych. Chorego w okresie napadu cholerycznego kładzono do kąpiei o 33—35° R. i trzymano w niej w ciągu co najmniej 5 godzin. W tym czasie kurcze i wymioty ustawały, tętno się podnosiło i chory doznawał ulgi. Po wyjęciu z wanny stawiono choremu synapizma na brzuchu i owijano go w wołokowe kołdry, do wewnątrz podawano kalomel (0,015 co godzina) i koniak. Chory pocił się, zasypiał i poprawiał się szybko. W razie powtórzenia się objawów cięższych procedurę powtarzano.

Kolega W. wraz z innymi lekarzami okręgu leczyli w ten sposób 2,500 chorych, z których zmarło 830, czyli 32,2%.

Jak wiadomo gorące kąpiele stosowano w dawnych epidemijach bez dobrych wyników. Wobec jednak tak licznych obserwacji kol. W. i dobrych względnie wyników omawianej metody, uważamy za pożyteczne podać tę wiadomość do szerszej wiadomości.

— Dr. med. H. Higier (Nalewki 9) podjął się być sprawozdawcą z prac polskich z działu chorób wewnętrznych i nerwowych do „Schmidt's Jahrbücher”.

— Nowa obniżona taksa aptekarska zaczyna obowiązywać od 13 b. m.

— Kol. W. Krajewski, dawny redaktor naszego pisma otrzymał koncesyję na wydawanie pisma p. t. „Przegląd chirurgiczny”. Obok chirurgii pismo poświęcone ma być ginekologii, laryngologii, otyjatrii i oftalmologii, oraz zawierać pod tekstem związane streszczenia prac oryginalnych w języku francuzkim.

— 28 z. m. obchodzono w Wiedniu uroczyste 71-letnią rocznicę urodzin znakomitego oftalmologa prof. Stellwag v. Carion'a.

— Temi dniami Du Bois Reymond obchodził 50-letni jubileusz lekarski. W jubileuszu przyjęli udział najwybitniejsi przedstawiciele wydziału lekarskiego w Berlinie.

— W Kielcach przygotowano dwudziestu kilku sanitarów, którzy mają wziąć udział w przyszłej walce z cholera. Sanitarzy rekrutują się wśród właścian i praktykę odbywali w szpitalu św. Aleksandra. Na mocy rozkazu ministryjalnego sanitarzy w czasie zimy mają być przygotowani we wszystkich guberniach, a przez czas nauki pobierają po 50 kop. dziennie na utrzymanie. Z chwilą wybuchu epidemii tym sposobem zastaną lekarze wyćwiczoną już służbę, która o wiele może ułatwić zadanie. Szkoda, iż w szpitalach warszawskich dotąd nie słyhać o przygotowywaniu niższej służby do walki z cholera.

— Dr. Orłow w Towarzystwie lekarzy okrętowych zaznacza, iż z pośród 100 pracujących przy oczyszczaniu ustępów w Petersburgu nikt nie zapadł na cholera, pomimo, że w wielu domach, gdzie były przypadki choroby, oczyszczano ustępy wprost za pomocą kubłów. Środki przeciwnilne były stosowane w niedostatecznej ilości tak, że im nie można przypisać wpływu ochronnego, niewątpliwie więc laseczniki cholery giną w ustępach. (Wracz nr. 3).

— Z pracy kol. Skabiczewskiego, umieszczonej w „Zdrowiu”, dowiadujemy się, iż od 19 Sierpnia do 22 Października r. z. w gubernii lubelskiej na ogólną liczbę 1,102,675 mieszkańców zachorowało na cholera 6,241 osób, z których zmarło 2,646. Z miast ważniejszych: w Lublinie na 54,072 ludności zachorowało w ciągu 65 dni 2,284 osób, zmarło 833, w Lubartowie na 5,648 ludności zachorowało 113, zm. 50, w Łęcznej z 4,470 ludzi zach. 221, zmarło 86, w Opolu na 5,501 zach. 311, zm. 113 i t. d.

Z tablic dołączonych dowiadujemy się, iż acme epidemii w Lublinie przypada na dzień 19/IV czyli 30-sty epidemii, w którym zachorowało 146 osób. Najwięcej zachorowań było w dniu poświęteczne.

Dalej kol. S. przytacza wyniki badania wody w Lublinie, oraz sprawozdanie z dokonanej dezynfekcji.

— Grono aptekarzy warszawskich otworzyło Instytut wód mineralnych sztucznych w ogrodzie Krasieńskich na miejscu dawno istniejącej już fabryki. W zapowiedzi, jaką nam nadesłali znajdujemy zapewnienie, iż wszystkie wody będą przygotowywane na zasadzie przekroplonej nie wyłączając sodowej i selcerskiej, oraz, że Instytut zamierza trzymać się ściśle składu wód naturalnych. Jeżeli wykonanie odpowie założeniu, powitamy nowy zakład z zadowoleniem, gdyż wody mineralne sztuczne w Warszawie wiele pozostawiały do życzenia. Zwracamy mimochodem uwagę nowej instytucji, czyby nie mogła po niskiej cenie przygotowywać wody gazowej kwaśnej (z kwasem solnym), która, jak wykazało doświadczenie w Krakowie, cieszy się popytem przy niektórych cierpieniach żołądka i u gorączkujących.

— Dr. Blaschko miał w berlińskim Towarzystwie dermatologicznym odczyt w kwestyi higieny izb felczerskich i salonów fryzjerskich, której również parokrotnie dotykaliśmy. Wiele chorób, jak: Herpes tonsurans, Impetigo contagiosa, acne varioliformis, Alopecia areata może się rozszerzać przez pośrednictwo grzebieni, szczotek, brzytw; a nawet i przymiot, jak świadczy nie mało spostrzeżeń, i gruźlica skóry. Blaschko radzi, aby każdy stały gość miał swój pendzel, brzytwę, aby zamiast serwet używano papierowych serwetek, zamiast fiszorków do pudru—waty opatrunkowej. Felczerzy i fryzjerzy powinni być obeznani z tym działem chorób i dla podległych im osób używać osobnych narzędzi.

Wreszcie należy zwrócić na niebezpieczeństwo ztąd grożące uwagę policji i publiczności, o których obojętność sprawa ta cała się rozbija.

— Rada lekarska w New-Yorku postanowiła uczcić pamięć 4 lekarzy zmarłych na dur plamisty przez wyrzycie ich nazwisk na tablicy pamiątkowej w szpitalu. Rodziny zmarłych otrzymały stałą pensyj od miasta. (The Bost. Med. J.).

— „Columbian University” w Waszyngtonie, postanowił nie przyjmować w przyszłości studentek. Powodem takiego postanowienia jest to, że dopuszczenie przedstawiolek płci pięknej ma zniechęcać studentów, których też liczba znacznie się zmniejsza; kierownicy uniwersytetu zaś nie chcą zamienić go „na pensjonat dla dziewcząt”. Oprócz tego podawane są i względy moralnej natury. (D. M. W. 3).

— W Japonii wyszła farmakopea, wzorowana na niemieckiej, ale niektóre środki zamieniono na miejscowe, np. zamiast much hiszpańskich zapisuje się *epicanthae Gorhami*, zamiast pijawek naszych *hirudo niponica* i t. p. Dawki wyższe po nad maksymalną w receptach oznaczają znakiem Δ .

— Dyrektor ochrony zdrowia publicznego w Belgii p. Beco podniósł w „Semaine médicale” bardzo ważną kwestyję wzajemnego porozumiewania się rządów w kwestyi panujących ev. grożących epidemij przez pośrednictwo utworzonego ad hoc międzynarodowego biura. Zdaje się, że myśl ta nie przeszła niepostrzeże-

nia i stała się punktem wyjścia dyplomatycznych not pomiędzy niektórymi państwami w celu wspólnego przeciwdziałania szerzeniu się cholery.

— Towarzystwo Lekarskie w San-Francisco postanowiło: wykluczyć ze swego grona każdego członka, którego nazwisko zjawi się w prasie codziennej w artykułach lub wzmiankach wychwalających jego profesjonalne zalety, w razie, gdy członek interesowany nie będzie mógł dać zadawalniającego wytłomaczenia w tym względzie. A więc zdaleka od reporterów, koledzy z St-Francisco....

NEKROLOGIJA.

— W Paryżu zmarł sławny klinicysta prof. **Hardy**.

— W Wiedniu zmarł prof. **Kahler**, dyrektor kliniki wewnętrznej, w 44 roku życia.

— We Lwowie zmarł znany syfilidolog dr. **Żegota Krówczyński**, autor wielu prac z dziedziny chorób wenerycznych. Przed kilku laty praca jego p. t. „Syfilis” została nagrodzona na konkursie im. Chałubińskiego.

— W Krakowie zmarł dr. **Tomasz Zaremba**. Zmarły długi szereg lat praktykował w Szczawnicy.

PRZEGLĄD PRAC ORYGINALNYCH,

pomieszczonych w pismach polskich

w miesiącu Styczniu 1893 r.

1) *Dr. med. J. Pawiński*. O moczopędnem działaniu dyjuretyny. (Gaz. Lek. 1—4).

2) *Dr. Sokołowski*. Przyczynę do kwestyi przechodzenia nowotworów krtani łagodnych w złośliwe. (Gaz. Lek. 1—3).

3) *J. Świątecki*. Przyczynę do kazuistyki hernijologicznej. (Gaz. Lek. 1, 2).

4) *Prof. M. Nencki*. W kwestyi etyologii profilaktyki i leczenia cholery. (Gaz. Lek. 2).

5) *W. Dąbrowski*. O przeciwwimniczem działaniu błękitu metylenowego. (Gaz. Lek. 4).

6) *Neugbauer*. Kilka słów o wskrzeszeniu cięcia łonowego (symfyseotomii) przez szkołę położniczą Neapolitańską. (Med. —).

7) *Dr. Ż. Krówczyński*. Słódko o szczepieniach wydzieliny szankrów miękkich z wodą utlenioną. (Med. 1).

8) *H. Pacanowski*. O stosowaniu wód mineralnych w chorobach przewodu pokarmowego. (Med. 1, 2).

9) *Z. Srebrny*. Żegadło galwaniczne w leczeniu gruźlicy górnych dróg oddechowych, oraz uwagi o wartości leczenia miejscowego t. zw. suchot płucnych. (Med. 2, 3) (nieskończ.).

10) *W. Glibowski*. Przyczynek do kazuistyki t. zw. zupełnego wyzdrowienia po ostrem zapaleniu wsierdza. (Med. 3).

11) *Prof. Pareński i S. Blatteis*. Błękit metylenu przeciw zimnicy. (Prz. Lek. 1).

12) *Dr. R. Trzebicki i St. Karpiński*. W sprawie podwiązania żyły udowej. (Prz. Lek. 1, 2).

13) *E. Machek*. O operacji zaćmy bez wycięcia tęczówki. (Prz. Lek. 2, 3).

14) *C. Podgórski i W. Harajewicz*. Przypadek połogowego rozmięczenia kości, uleczony przez wytrzebiecie. (Prz. Lek. 2, 3).

15) *K. Krokiewicz*. O obecnem stanowisku cholery azjatyckiej w nauce ze względu na jej etylogiją i szerzenie się. (Prz. Lek. 4).

16) *W. Sobierański*. Uwagi krytyczne nad farmakologiją żelaza. (Prz. Lek.).

17) *W. Sobierański*. O wchłonliwości skóry (N. Lek. 1).

18) *A. Sokółowski*. Kilka uwag praktycznych o wartości rozpoznania krwioplucia. (Now. Lek. 1) (nieskończ.).

19) *B. Wicherkiewicz*. Przyczynek do sposobów odkrywania symulacji jednostronnego niedowidzenia i zupełnej ślepoty. (Now. Lek. 1).

1) Dr. med. J. Pawiński. O moczopędnem działaniu diuretyny (theobrominum natrio-salicylicum). Autor stosował diuretynę mniej więcej w 50 przypadkach, z których kilkanaście ciekawszych w pracy swej szczegółowo opisuje (choroby wad zastawkowych, choroby mięśnia sercowego, choroby nerek, oprócz tego stosował autor ten środek w kilku przypadkach surowiczego zapalenia płucnej i w puchlinie brzusznej, wątrobowego pochodzenia). Na podstawie swych spostrzeżeń wyprowadza autor następujące wnioski: diuretyna nie posiada swojego, regulacyjnego wpływu na inercyję serca, jakim odznacza się napatnica; nie można jej jednakże w zupełności odmawiać dodatniego wpływu na rytm serca, owszem pewne działanie dostrzedz można, tylko na uregulowanie czynności serca potrzeba więcej czasu i nie trwa ono długo. Diuretyna może wpływać na usunięcie arytmii, podobnie jak i inne środki, drogą pośrednią zwiększając diurezę, usuwając obrzęki; zatem w oddziaływaniu na rytm serca teobromina ma te same własności, co i kofeina, i pod tym względem oba te środki nie mogą współzawodniczyć z napatnicą.

Co do wpływu diuretyny na ciśnienie krwi, to okazuje się, że w naczyniach zwiększa się ono w czasie stosowania tego środka. Autor fakt ten objaśnia wzmożoną energiją serca, oraz pobudzeniem ośrodków naczynioruchowych, posiadających własności zwężania tętnic.

Moczopędne działanie diuretyny stwierdza autor w zupełności, ilość dobową moczu dochodziła niekiedy do 5—6 litrów. Niekiedy wpływ moczopędny utrzymuje się jeszcze przez dni kilka po odstawieniu środka. Moczopędne działanie diuretyny zależy we-

dług autora głównie od wpływu na układ krwionośny, pobudzanie zaś nabłonka nerek odgrywa drugorzędną rolę. Co się tyczy działania teobrominy na układ nerwowy, to należy jej przyznać pewien wpływ pobudzający, choć w mniejszym stopniu, niż kofeinie.

Przechodząc następnie do wskazań użycia diuretyny, powiada autor, że w wadach zastawek stosowaną być może tylko w okresie utraty zrównowżenia, gdy naparstnica działa już przestaje, gdy zmiany daleko są już posunięte, wtedy przychodzi kolej na diuretynę, która dużą pomoc jeszcze przynieść może. W wadach zastawek, przebiegających ze znacznym napięciem tętna, oraz wzmożoną pobudliwością układu nerwowego, należy się pierwszeństwo diuretynie przed kofeiną, ponieważ wpływ pierwszej na ciśnienie, oraz ustrój nerwowy jest słabszy.

W cierpieniach mięśnia sercowego diuretyna nieraz duże oddaje usługi, w przypadkach tych otrzymuje się wogóle lepsze wyniki, niż w cierpieniach zastawkowych. W cierpieniach nerek otrzymywał autor wyniki dodatnie tam, gdzie działalność serca była upośledzoną, a naparstnica już nie działała; zaleca ją w postaciach śródmiąższowych w połączeniu z wysokim ciśnieniem w układzie tętniczym. W chorobach nerek diuretyna okazała się mniej skuteczną, niż w cierpieniach serca. W przypadkach przesieku do jamy otrzewny, oraz wysięku płucny diuretyna zawiodła.

Jako dawkę jednorazową przyjmuje autor 1,0 — jako dawkę dzienną 3,0—5,0; stosuje środek ten w proszku lub roztworze, ostatniej postaci oddaje pierwszeństwo. *H. K.*

2) Sokołowski. Przyczynek do kwestyi o możliwości przechodzenia nowotworów krtani łagodnych w złośliwe. U chorego w wieku podeszłym zoperowano zwykłego polipa krtani, umiejscowionego w tylnej części struny prawdziwej lewej. Po latach czterech recydywa. Jakkolwiek stan ogólny był stale zadawalniający, zrodziło się podejrzenie na nowotwór złośliwy. Guz tym razem był zniszczony za pomocą galwanokaustyki.

W 8 miesięcy recydywa. Badanie kawałka guza, wyciętego przez Herynga, wykazało „adenoma laryngis”. Pod powyższym tytułem przypadek ten został opisany przez Lublinerą w „Medycynie”. Chory znowu powrócił do autora z nową recydywą. Obok guza istniała zmniejszona ruchomość lewej połowy krtani, jako też i pogorszenie w stanie ogólnym. Pierwotny (przed 5 laty) guz krtani, szczęśliwie zachowany w alkoholu, zbadany obecnie pod drobnowidzem, wykazał cechy „adeno-carcinoma”. Choremu dokonano laryngofissurę z następczem wycięciem zajętych części krtani, które przy ponownem zbadaniu, wykazały też samą naturę. Autor nie przypuszcza w danym przypadku przejścia guza łagodnego krtani w złośliwy, gdyż takowy istniał od początku w tym bardzo przewlekłym przypadku. *J. Sed.*

3) J. Świątecki. Przyczynek do kazuistyki Herniologicznej. Rolnik lat 57, arteriosclerosis, rozedma płuc, nędznie odżywiany. Od dni 5 inkarceracja przepukliny pachwinowej lewej. Herniotomija; po przecięciu worka wypływa szarawy, cuchnący płyn; w górze worka, tuż przy wrotach wypukła zgangrenowa-

wana ściana kiszki. Rozcięcie ścian brzusznych po nad więzmem Pouparta. Okazało się, że uwięznięta w przepuklinie i zgangrenowana kiszka jest przednią ścianą kiszki ślepej. Wobec złego stanu chorego, zdecydowano się na utworzenie sztucznego odbytu, czego jednak na miejscu z powodu niemożliwości dostatecznego wyciągnięcia kiszki uczynić nie zdołano. Zrobiono tedy cięcie w ścianach brzusznych po stronie prawej, do tego miejsca opakowaną w gazę jodof. zgangrenowaną kiszkę pod ścianami brzuszni przesunięto i tu wszyto ileum i coecum. Następnie wyłuszczone worek przepuklinowy, przyczem rozerwano leżący za tylną połową wewnętrznej ściauy tegoż pęcherz; rozpoznanie dopiero po wylaniu się moczu. Ranę pęcherza w tej chwili zaszyto dwupiętrowym szwem katgutowym, worek przepuklinowy powyżej wrót obcięto, jamy otrzewny całkowicie nie zaszyto, a wprowadzono tam pasek gazy jodoformowej, paskiem gazy również zabezpieczono i ranę pęcherza. Zgangrenowana ściana kiszki rozpadła się na 5-y dzień; za pomocą arkusza silku przyklejonego kollydjonem do skóry, zabezpieczono od powalania kałem rany, znajdujące się po lewej stronie. Rana pęcherza zagoiła się bez żadnych powikłań, chory ciągle oddawał mocz spontaneo modo, bez żadnych kateteryzacyi. W 2 tygodnie po operacyi próbowano eperonotomii, co się jednak wskutek niedokładności przyrządu i niespokojnego zachowania się chorego nie udało; w cztery tygodnie potem zrobiono laparotomię i obyt sztuczny zaszyto. Po tej operacyi przebieg idealny; aż tu na 17 dzień rozpoczęły się powoli rozwijać objawy okluzyi wewnętrznej, które 12-go dnia choroby zmusiły do kolotomii na miejscu poprzedniego sztucznego odbytu. Po wprowadzeniu palca do kiszki cienkiej okazało się, że ta w 2 miejscach wskutek zrostów była przegięta; palcem ztąd te zrosty rozerwano, poczem już wystąpiła swobodna cyrkulacja kału i w 2 tygodnie potem przystąpiono do ponownej laparotomii i enterorhafji, przyczem przypadkowo zraniono jedną z wstępujących się w ranę kiszek cienkich; szwy w obu miejscach nie dotrzymały, zrobiły się przetoki kałowe, które w kilka miesięcy za pomocą czwartej laparotomii zaszyć musiano, poczem już nastąpiło trwałe wyleczenie, lecz także nie odrazu, a powikłane ropieniem, wydzielaniem się nitek etc. Artykuł zakończają bardzo interesujące uwagi co do sposobów dostawiania się kiszki ślepej do przepuklin wogóle i lewostronnych w szczególe, uwagi o powstawaniu wypuklin pęcherza, tudzież wskazówki praktyczne w wynikających z obecności pęcherza w przepuklinie powikłań.

B. Dzierż.

4) Marceli Nencki. Kilka słów w kwestyi etjologii, profilaktyki i leczenia cholery. Cholere wywołuje nie sam tylko lasecznik Koch'a, lecz w połączeniu z wykrytymi przez Blackstein'a w wypróżnieniach cholerycznych drobnoustrojami, które nazwał *bacillus caspicus* α , β i γ . W celach profilaktycznych należy starać się o łatwość otrzymywania wody wyjałowionej; Dzierzowski przekonał się, że najlepiej i najszybciej wyjaławiają wodę filtry Berkenfeld'a.

Co się tyczy leczenia, to w 1 okresie cholery bardzo skutecznym okazał się Salol i inne etery kwasu salicylowego; najlepsze

jednak wyniki otrzymano, stosując połączenia fenolowe z bizmutem, (np. β -naftol—bizmut). Do dezynfekcyi zaleca prof. N. dziegieć, zwłaszcza sosnowy, w postaci mieszaniny z wodą w stosunku 1:10.

W. Sz.

5) Witosław Dąbrowski. **O przeciwniczym działaniu błękitu metylenowego.** Autor, idąc za przykładem Ehrlicha i Guttmann'a, stosował błękit metylenowy w sześciu przypadkach zimnicy, które w pracy swej szczegółowo opisuje. Wpływ leczniczy tego nowego środka był we wszystkich tych spostrzeżeniach dodatnim. Nie wiadomem jest dotychczas na pewno, w jaki sposób błękit metylenowy działa w zimnicy. Przypuszczenie Ehrlicha i Guttmann'a, że preparat ten, ulegając wessaniu do krwi, zachowuje własność barwienia plazmodyj, a tem samem je zabija, upadło, ponieważ obserwacja tego nie dowiodła. Combemal twierdzi, że krew przy zatruciu błękitem metylenu daje w mikroskopie widmo methemoglobiny, zatem lek ten wywołuje methemoglobinizację i rozpad ciałek krwi. Można sobie więc podług autora objaśnić działanie w ten sposób, że krew, będąca podłożem dla czystej hodowli plazmodyj, ulega zmianom, dzięki którym drobnoustroje te, nie mogąc się już dalej rozmnażać, giną. Błękit metylenowy podawał autor w dawce 0,125 na raz, do 0,5 na dzień—dawka taka okazała się dostateczną. Chorzy wogóle dobrze preparat ten znosili. Mocz przyjmuje barwę zielonkawo-niebieską, która po dodaniu ługu potasowego znika.

H. K.

6) F. Neugebauer. **Kilka słów o wskrzeszeniu cięcia łożowego etc.** W obszernej i wyczerpującej pracy autor podaje zarys historyczny symfyseotomii, opisuje sposoby jej wykonywania, przytacza statystykę operowanych przypadków i określa wskazania do powyższej operacyi. Cięcie łożowe w celu ułatwienia porodu przy zwężonej miednicy zalecił pierwotnie Sigault w r. 1768, lecz pomysł ten nie znalazł zwolenników i poszedł w zapomnienie. Dopiero w ostatnich czasach, głównie dzięki pracom włoskich akuszerów zaczęto na nowo zajmować się symfyseotomią. Doświadczalnie stwierdzono, że po przecięciu spojenia łożowego objętość miednicy powiększa się znacznie we wszystkich wymiarach. Technika operacyi jest bardzo prostą; — nie pociąga ona za sobą żadnych złych następstw, konsolidacja przeciętego stawu następuje bardzo szybko. Wyniki operacyi w miarę postępu antyseptyki stają się coraz lepsze. Według Morisani'ego do symfyseotomii nadają się przypadki, u których sprężna wynosi 8,8—6,7, Novi zaś za ostateczną granicę uważa zwężenie, z którym sprężna = 54 milimetrom.

A. K.

7) Z. Króweczyński. **Słódko o szczepieniach wydzielin szankrów miękkich z wodą utlenioną.** Dalsze ¹⁾ swoje doświadczenie autor robił z 8⁰/₀ wodą utlenioną (zamiast jak poprzednio 3⁰/₀-wą) z dodatkiem 0,5⁰/₀ kwasu solnego rozcieńczonego i przychodzi do wniosków, że 1) płyn ten nie wywołuje podrażnienia na

¹⁾ Patrz: „Przeł. Lekarski“ nr. 37, 1892. „Kron. Lek.“ Z. X.

nieszkodzonej skórze napletka i na żołądki, 2) że miejsca obnażone z naskórka bieleją, a miejsca pokryte ropną wydzieliną pienia się, 8) że płyn ten niewątpliwie posiada własność niszczenia jadu we wrzodzie miękkim zawartego, 4) że w przeważnej liczbie przypadków szczepień płyn ten niszczy jad wrzodów w ciągu 3 minut na miejscu skaryfikowanem się znajdujący, a nawet w tych przypadkach w których woda utleniona nie zniszczyła jadu widocznie znacznie opóźniła jego działanie. Autor przypuszcza, że woda utleniona natychmiast po spótkowaniu odpowiednio użyta (kilkakrotne ścieranie miejsc obnażonych watą dokładnie zmoczoną w wodzie utlenionej i zapuszczenie kropli tejże wody) najprawdopodobniej bardzo znacznie zmniejszy ilość wrzodów miękkich. Słabą stroną kwestyi jest niestałość składu wody utlenionej, która często odświeżaną być powinna, szczelnie zamkniętą, trzymaną w ciemnej flasce i w chłodnym miejscu. W końcu autor zaznacza swoje osobiste przekonanie, że przez odpowiednie użycie wody utlenionej nietylko się zmniejszy liczba wrzodów miękkich, ale co ważniejsze i liczba zarażających się przymiotem.

E. K.

8) Pacanowski. Autor w krótkiej tej pracy streszcza wiadomości o leczeniu chorób żołądka i kiszki wodami mineralnemi.

10) W. Glibowski. Przyczynek do kazuistyki t. zw. **zupełnego wyleczenia po ostrem zapaleniu wsierdza**. U chorej, dotkniętej przewlekłym gośćcem stawowym, występuje obostwienie sprawy gośćcowej wraz z ostrem zapaleniem wsierdza i następczemi zatorami w nerkach, płucach i kończynach. Po pewnym czasie objawy ze strony nerek, a później i ze strony serca zniknęły zupełnie. W kilka miesięcy jednak wystąpiło bicie serca, zawroty, i skonstatowano nieznaczne powiększenie rozmiarów serca i istnienie szmeru. Po upływie $4\frac{1}{2}$ miesięcy objawy te znów ustąpiły.

Autor przychodzi do wniosku, że w opisywanych przypadkach wyzdrowienia z zapalenia osierdza nie zawsze jest ono zupełnem, o czem jednak można się przekonać tylko przy częściej przedsiębranem badaniu. Dalej autor sądzi, że odnoszące się tu przypadki należą do takich zmian zastawek, które sprowadzają zwężenie lewego ujścia żyłne.

H.

11) Prof. Dr. St. Pareński i Dr. Blatteis. **Błękit metylenu (Mercka) przeciw zimnicy**. Autorzy stosowali błękit metylenu w 35 przypadkach zimnicy z wynikiem dodatnim. Preparat stosowano podskórnym (1%—5% roztwór) lub też wewnątrznie po 0,4—0,5 od dwóch do trzech razy dziennie. Małe dawki od 0,1—0,2 nie wywołują żadnych zaburzeń; natomiast większe dawki po 0,4—0,6 wywołują w początkach wymioty, które jednakże przy następnych dawkach zwykle już nie występują. Autorzy zalecają jedynie błękit metylenowy Mercka, gdyż inne fabryki nie oczyszczają dostatecznie preparatu. Po dłuższem stosowaniu błękitu spostrzegali autorowie bóle w okolicy nerek i uczucie ciśnienia w czole; niekiedy dolegliwości ze strony narządu moczowego (po dużych dawkach). Wpływ na narząd krążenia jest bardzo nieznaczny. Dla porównania stosowali autorzy ten środek u 20 innych chorych oraz zdrowych osobników. Co się tyczy działania błękitu na chorych na zimnicę, to

można je stwierdzić jako pomyślne tak na napady zimnicze, na wielkość śledziony, na plazmodyje, jak również na objawy poboczne. W przypadkach zimnicy z półksiężycowym pasorzytem, daleko uporczywszych od zwykłych przypadków, błękit okazał się skuteczniejszym od chininy, o czym świadczą dwa takie przypadki przez autorów przytoczone. Nerwobóle nadczołowe zimnicze błękit usuwa bardzo szybko, również korzystny wpływ wywiera ten środek na stan ogólny. Od powrotów nie zabezpiecza tak samo, jak i chinina.

H. K.

13) E. Machek. O operacji zaćmy bez wycięcia tęczęwki. Autor wykonał w ciągu ostatniego roku w szpitalu powszechnym we Lwowie 121 operacji zaćm; z tych w 51 przypadkach probował operacji bez irydektomii. Na podstawie nabytego przy tem doświadczenia dochodzi M. do wniosków następujących.

1) W równych warunkach daje operacja Graefego (z irydektomiją) korzystniejsze rezultaty (1,42⁰/₀ strat), niż operacja nowym sposobem bez irydektomii (4⁰/₀ strat). 2) Bystrość wzroku po operacji bez irydektomii nie jest lepszą od bystrości wzroku oczu operowanych metodą Graefego. 3) Operacje z zachowaniem spokojnej źrenicy wymaga spokojniejszego zachowania się po operacji. 4) Skutkiem opadnięcia tęczęwki przedłuża się średni czas leczenia. 5) Nieregularna niezborność w przypadkach z opadłą tęczęwką znacznie obniża bystrość wzroku. 6) Nawet po dłuższym czasie po operacji może nastąpić zakażenie oka przez ustroje chrobotwórcze, które się dostają do oka przez opadłą tęczęwkę. 7) Opadła tęczęwka z towarzyszącą jej zapaleniem przewlekłym mogą stać się powodem współczulnego cierpienia oka drugiego. Spostrzeżenie to obniża w wysokim stopniu wartość operacji bez irydektomii.

Korzyści nowego sposobu operowania są następujące: 1) Utrzymanie źrenicy okrągłej. 2) Operacja i wydobycie soczewki są łatwiejsze. 3) Nie ma krwotoków przy operacji. 4) Przewlekłe zapalenie ciała rzęskowego bywa wogóle rzadsze przy cięciu rogówkowym, na co już Knapp zwrócił uwagę.

J. St.

14) C. Podgórski i W. Harajewicz. Przypadek półogowego rozmiękczenia kości, wyleczony przez wytrzebieenie. Opisano tu przypadek osteomalacji u 45 letniej chłopki, trwający od lat trzech. Rozpoczęła się choroba w 7 miesiącu 11-tej ciąży. Przy ciąży 12-tej nastąpiło pogorszenie, pomimo tego poród odbył się prawidłowo. Po porodzie i odkarmieniu dziecka poprawy tym razem nie było, a nawet stan się pogorszył. Silne bóle łącznie z zupełną niemożliwością wszelkich ruchów, skłoniły chorą do poddania się zabiegowi operacyjnemu. Po wytrzebieeniu objawy chorobowe nadzwyczaj prędko ustąpiły. W prędkim polepszeniu, jak również w usunięciu możliwości ponownych ciąży, a za tem i nawrotów choroby, widzą autorzy wyższość leczenia operacyjnego nad wewnętrznem. W przypisku do tej pracy podaje Podgórski drugi przypadek u 35 l. kobiety z tejże klasy, gdzie choroba się zaczęła przy ciąży 4-tej a przy piątej pogorszyła. Tu ze względu na lichy stan ogólny operacji zaniechano, a leczono wewnętrznem (żelazo,

china, arsen, fosfor). Nastąpiła poprawa, choć nie tak szybka i zupełna jak w przypadku pierwszym.

B. Dzierż.

19) B. Wicherkiewicz. **Przyczynek do sposobów odkrywania symulacji jednostronnego niedowidzenia i zupełnej ślepoty.** Do odkrywania symulacji jednostronnego niedowidzenia auter stosuje przykładanie silnego szkła wypukłego przed oko widzące. Jeżeli badany przy otwartych oczach, nie zważając na owo wypukłe szkło, widzi jeszcze, wtenczas zdradza niechybnie symulację. Prowadzenie zależy jedynie od tego, ażeby umieć przeprowadzić postępowanie to dość szybko, by nie dać choremu czasu do zastanowienia się, w którym to razie mógłby odpowiedzi dawać niepewne.

Dla wykrycia udanej ślepoty zupełnej, nawet braku poczucia światła w jednym oku, W. zakrywa badanemu palcami oba oczy i jednocześnie rzuca za pomocą wklęsłego zwierciadła stos światła naprzemian na oko zdrowe i wrzekomo ślepe. Przy szybko po sobie następujących próbach badany prawie zawsze zdradzi poczucie światła i na chorem oku, o ile takie poczucie jeszcze istnieje.

J. St.

Nadesłano do Redakcyi.

Nathalie Kleindienst. Pental als Anaestheticum Dysert. na stop. d-ra med. Lipsk, 1892.

W. H. Krajewski. O chirurgicznem leczeniu pęknięcia macicy podczas porodu. Odczyty klin. Ser. IV, zeszyt 2.

P. P. Rozanow. Obzor sanitarnago sostojanja g. Jałty i diejatielnosti Jałtinskoj gorodskoj sanitarnoj komissiji w 1891 g. Odb. z „Wiestnik Obszcz. gigieny” etc., 1892.

M. Piątkowski. Ueber d. therapeutische Wirkung d. Benzosol b. d. Zuckerharnruhr. Odb. z „Wien. kl. Wochenschr.”.

OD REDAKCYI.

— Począwszy od niniejszego zeszytu, „Kronika” drukuje się czionkami S. Sikorskiego. Potrzebne przy tem formalności spowodowały opóźnienie zeszytu.

❖ O g ł o s z e n i a . ❖

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

Ulica Wspólna Nr. 42.

WYDAWCA: Numer wyszedł d. 28 Lutego. REDAKTOR:
Dr. K. Sierpiński. *Dr. med. O. Heiwelke,*

Dragées kreosoti Fagi	0,03 c. acid. arsenicos	0,001
"	"	0,05.
"	"	0,05 c. acid. arsenicos
"	"	0,10.
"	"	0,10 c. acid. arsenicos
"	"	0,15.
"	"	c. balsam. tolutan aa
"	acid. arsenicos	0,001.
"	aloes	0,10.
"	balsam. peruviani	0,05.
"	"	0,05 c. acid. arsen.
"	chinini ferro-citrici	0,05.
"	"	muriatici 0,05.
"	"	sulfurici 0,05.
"	extr. Cascar. sagrad.	fluid. 0,5.
"	"	hydrast. Cenadens. fluid. 0,5.
"	"	rhei comp. 0,05.
"	"	simpl. 0,05.
"	"	Valerianae spir. 0,10.
"	ferri carbonici-Blaudii minor	aa 10,00=100.
"	"	major aa 15,00=100.
"	"	-Valleti.
"	"	dialisati peptonati 0,05.
"	"	lactici 0,05.
"	"	oxydulati Kirchmani (Eis. magn. pill.).
"	guajacoli	0,05.
"	"	0,05 c. acid. arsenicos
"	ichtyoli	0,05.
"	jodoformii	0,05.
"	"	0,05 c. morph. muriat.
"	pepsini	0,05 (c. acid. muriat.).
"	picis	0,05.
"	pulv. rad. rhei	0,10.

Zarobione środkami zupełnie obojętnemi, jak: *korzeniem słazowym i ekstraktem lukrecyi*, wszystkie własnego wyrobu

POLECA APTEKA

E. GESSNERA

Aleja Jerozolimska nr. 27 róg Kruczej

W WARSZAWIE.

P. S. Dostać można we wszystkich aptekach.

(2) 0-1

Okulary, Binokle najcenniejszych fabryk w najnowszych fasonach, Lornetki, Termometry wszelkiego rodzaju, Irygatory, Inhalatory, Suspensoryja, Bandaże rupturowe, Woreczki hygieniczne, Gąbki ochronne oraz wszelkie narzędzia optyczno-hirurgiczne, poleca najtaniej optyk

Juljan Dreher

SZPITALNA Nr. 6.

Biednym według uznania WW. pp. doktorów po cenie kosztu. Przyjmuje wszelkie reperacyje.

APTEKA

i Skład Wód Mineralnych

NATURALNYCH

wprost ze źródeł sprowadzanych

M. BARGZA

W WARSZAWIE

94. ul. Marszałkowska 94.

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

Uznane przez Radę Lekarską w Warszawie i Departament Medyczny w Petersburgu, potwierdzone przez p. Ministra S. W.

Dla kaszlących i osłabionych

SŁODOWY EKSTRAKT I KARMELKI

z Miodu, Słodu i Ziół leczniczych.



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

FABRYKI

„LELIWA“

w Warszawie, ulica Zgoda 6.

Wyłączna sprzedaż w Aptekach i Składach aptecznych.

Strzedz się podrabianych i naśladowanych.

Zwracać uwagę na firmę na opakowaniach.

Pod „Bachusem”

(Warszawa, Telefonu Nr. 100)

WINA WYBOROWE,

DELIKATESY,

ŚNIADANIA, KOLACYJE,

Gabinety familijne

róg Widok i Marszałkowsk.

Telefonu Nr. 100



Winiarnia

Ostrygi

Wina Zagraniczne,

KONIAKI, LIKIERY, RUMY,

Towary Kolonialne i Delikatesy.



GŁÓWNY SKŁAD

WIN GRUZIŃSKICH

z winnic Księcia Z. A. DŻORDŻADZE w Kachety—Tyflis.

Czystość tych win stwierdzoną została analizą
profesora Struve.

Ermitage

APTEKA i Skład Wód Mineralnych NATURALNYCH

WPROST ZE ŹRÓDEŁ SPROWADZANYCH

pod firmą

Dr. T. Heinrich

W WARSZAWIE

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

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

Fenacetyna Beyer'a

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

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

(2) 0—1

NOWO OTWORZONY

Skład Naczyń Aptecznych, Chemicznych i Doktorskich

Józefa Chwastkiewicza

Warszawa, Bielańska 3.

Poleca swój towar po cenach możliwie umiarkowanych.

PATENTOWANY INSTYTUT
WÓD MINERALNYCH SZTUCZNYCH

przy ogrodzie Krasieńskich

PRZESZEDŁ NA WYŁĄCZNĄ WŁASNOŚĆ

Towarzystwa Aptekarzy Warszawskich

ul. Długa Nr. 30/38. Telefonu Nr. 491.



Wszystkie wody mineralne sztuczne, napoje gazowe, wody: sodową i selcerską, oraz limonady Instytut wyrabia li tylko na

Wodzie destylowanej.

Z dniem 1 Stycznia 1893 r. wyroby Instytutu sprzedają następujące apteki:
1) H. Biertümpfel, 2) W. Borzęcki, 3) A. W. Filonewicz, 4) E. Gessner, 5) E. Jarnuszkiewicz, 6) H. Klawe, 7) W. Klicki, 8) S. Kosiński i S. Dzierzbicki, 9) H. Kucharzewski, 10) S-rów K. Lilpop i E. Treutler, 11) J. Mrozowski, 12) B. Popiel i E. Lipski, 13) J. Rutkowski, 14) W. Różycki, 15) J. Różycki, 16) K. Wenda i W. Wiorogórski.

3-2



Fabryki „IMPERIAL“

W WARSZAWIE

Odznaczony medalami na Wystawie w Warszawie i Brukselli 1891 roku,

+☞☜+ za czystość produktu. ☜☞+

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

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

Hurtowa od 3 wiader, w Kantorze fabrycznym.

12-4



Zatwierdzony przez ministra spraw wewnętrznych i nagrodzony najwyższą nagrodą na wystawie higienicznej
w r. 1887



PIERWSZY W KRAJU PRYWATNY INSTYTUT SZCZEPHENIA OSPY OCHRONNEJ

D-rów W. Mączewskiego i K. Sierpińskiego

WARSZAWA, MARSZAŁKOWSKA 99.

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

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

SKŁAD GŁÓWNY W APTECE MAGISTRA FARMACJI H. KUCHARZEWSKIEGO

MIODOWA Nr. 4.

SPIS RZECZY.

Prace oryginalne.

Str.

1. Stefan Cetnarewicz. O leczeniu głębokich owrzodzeń błony rogowej 9
2. Dr. K. Wisłocki. Ciekawy pod względem rozpoznawczym przypadek porażenia prawostronnego wraz z niemotą 77

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Medycyna wewnętrzna i Farmakologija.

30. Du Mesnil. O wpływie kwasów i zasad na kwaśność soku żołądkowego u zdrowych 82
31. J. Boas. O obecności siarkowodoru w żołądku 83
32. K. Kaensche. Badania nad czynnością żołądka po operacjach 84
33. M. Einhorn. O prześwietlaniu żołądka 85
34. Berlioz. Mikrocidyn nowy środek antyseptyczny 85
35. C. Calasanti i U. Dutto. Badania nad lecniczem działaniem dermatolu 86
36. B. Heinz i A. Liebrecht. Aluminol, nowy środek ściągający i antyseptyczny 86

II. Choroby kobiece.

37. Rubeszk. Rzerzączka u kobiet 87
38. A. Klautsch. O przebiegu cholery podczas ciąży i o wpływie cholery na ciążę i poród 91
39. Wertheim. O tryprze wstępującym u kobiet 92
40. Valude. O zasypywaniu jodoformem oczów noworodkom, jako środka zapobiegawczym od blenorhoeae neonatorum 93

III. Chirurgija.

41. Mc. Burney Charles. Wskazania do wczesnej laparotomii przy zapaleniach wyrostka robaczkowego 94
42. Albert Hoffa. Przyczynki do patogenezy zaniku mięśni wskutek zapaleń stawów 96

IV. Choroby nosa, gardła i uszów.

43. Gurovitsch. Przyczynki do patologii migdałka językowego w związku z anginą epiglotticą i glossitis acuta 98
44. Siebenmann. O wyleczeniu samoistnem ropotoku zatoki Highmora 99
45. Lieven. O związku między cierpieniami nosa i oka 100
46. Philipp. Łatwy sposób szybkiego tamowania krwotoków nosowych 100
47. J. Wolfstein. Kokaina przy leczeniu ostrych spraw zapalnych ucha 101
48. Thomas Barr. Leczenie nosa i gardła, jako źródło zapaleń jamy bębnekowej 101
49. Grünwald. Pierwotne zapalenie stawu nalewko-obraczkowego 104

50. Wolfenden. Przypadek gruźlicy krtani i płuc, zakończonej rakiem krtani	104
51. Schiffers. Nowa odmiana histeryi	105

Wiadomości pomniejszych.

52. Cholera i spermina	106
53. Wstrzykiwania jodoformu przy gruźlicy stawów	106
54. Kreozot i alkohol	107
55. Środek czerwiogubny	108
56. Zapobieganie białkoczu u ciężarnych	108
57. Błękit metylowy przy malarii	108
58. Ropnie wątroby	108
59. Leczenie działaniem losofanu przy chorobach skórnych	108
60. Tropococaina, nowy środek znieczulający	108
61. Thiol przy oparzeniach	109
62. Teżec przy przepłukiwaniu żołądka	109
63. Wydzielanie się ołowiu i żelaza przez skórę	109
64. Pasożyt w przewodzie pęcherzyka żółciowego	109
65. Surowica krwi osób, które przebyły cholere	110
66. Leczenie padaczki	110
67. Zupełne zarośnięcie błony dziewiczej	110
68. Leczenie biegunki krwawej	110
69. Leczenie uporczywych owrzodzeń syfilitycznych	110
70. Przegląd różnych metod w celu leczenia chorób zakaźnych	111
71. Przyczyny rozmiękczenia kości	111

Przegląd biblijograficzny.

Zygmunt K r a m s z t y k, Jaskra, Odczyty kliniczne, wydawane przez Redakcję Gazety Lekarskiej	111
Kronika miesięczna	112
Nekrologija	117
Przegląd prac oryginalnych, pomieszczonych w pismach w miesiącu Styczniu 1893 r.	117
Nadesłano do Redakcyi	124
Od Redakcyi	124
Ogłoszenia	124