

GAZETA LEKARSKA.

I. O STOSOWANIU KOFEINY

W CHOROBACH SERCA I NEREK.

Napisał

D-r Med. J. Pawiński,

ordynator szpitala Ś-go Ducha w Warszawie.

Kofeina jest częścią składową kilku roślin: kawy (*Coffea arabica*), herbaty chińskiej (*Thea chinensis*) i paragwajskiej (*Ilex paraguayensis*) i guarany [masy podobnej do kakao, przygotowanej z owoców *Paulinia sorbilis*], wreszcie znajduje się w orzechach rośliny *Cola*, (*Cola accuminata*), rosnącej w Gwinei, z której przygotowują kawę sudańską.

Ze względu na swą budowę chemiczną $C_8H_{10}N_4O_2$ kofeinę można raczej zaliczyć do szeregu ciał tłuszczowych, aniżeli do alkaloidów. Chemicznie powinna być nazwaną trójmetylksantyną. Krystalizuje w postaci długich, cienkich, białych, o jedwabistym połysku, igieł; smak ma gorzki, zapachu nie posiada. W zimnej wodzie, jak również w zimnym wysoku rozpuszcza się z trudnością [1:93], natomiast łatwo w gorącym. W eterze rozpuszcza się trudno [w 300 częściach], łatwiej w chloroformie [w 9 częściach]. Z silnemi kwasami mineralnemi tworzy sole, łatwo ulegające rozkładowi.

Kofeinę w stanie bezwodnym otrzymuje się z ziarn kawy, a częściej z herbaty, przez sublimowanie, usunąwszy najprzód za pomocą octanu ołowiu kwasy garbnikowe z kofeiną związane.

Dla wykazania kofeiny posługiwać się można próbą mureksydową¹⁾. Jeżeli przez kilka sekund gotować będziemy kofeinę z wodą chlorową lub dymiącym kwasem azotnym, a otrzymany żółty roztwór odparujemy w umiarkowanej cieplecie, pozostałość zaś zmochemy amonijakiem, to otrzymamy zabarwienie purpurowe, podobne do mureksydu, które jednakże za dodaniem wodoru potasu nie zmienia barwy na niebieską [jak mureksyd], lecz znika [STENHOUSE].

Zawartość kofeiny we wspomnianych powyżej roślinach bywa różną, zależnie od gatunków, pór roku, zbiorów, a nawet od sposobu przygotowania. Wogóle

¹⁾ M. HAGER, Wykład chemii farmaceutycznej, tłómaczył M. FLAUM. Warszawa. 1889. pag. 717.

herbata zawiera większy procent kofeiny [1,6—2,9 grm.], aniżeli kawa [0,6—2,0 na 100]. Herbata paragwajska zajmuje pod względem zawartości kofeiny [1,2%] pośrednie miejsce pomiędzy herbatą a kawą. Największą ilość kofeiny zawiera ciasto z guarany (*Paulinia sorbitis*), bo do 5%. Kola zawiera prócz 2,84% kofeiny jeszcze i teobrominę.

Zanim kofeinę czystą do terapii wprowadzono, stosowano najprzód w celach leczniczych kawę. Już w roku 1825 lekarz holenderski ZWINGER, a następnie we Francyi, nieznanym autor, podpisany literami M. S. w *Bulletin de thérapeutique*, podnosili jej korzystne działanie w opuchlinach, wysiękach surowicznych, jako środka moczopędnego. Podobnie w r. 1846 HONORE, lekarz szpitala Hôtel-Dieu, stosował ją z pożytkiem w białkoczuciu i opuchlinach.

Z biegiem czasu zaczęto i kofeinę podawać chorym. Szczególniejszego rozgłosu nabrała ona w leczeniu połowicznego bólu głowy, mianowicie pewnej jego postaci — *hemicrania sympathico-tonica* — zwłaszcza występującej u histeryczek, i niedokrwestych. Podawano ją wtedy głównie jako cytrynian kofeiny, w dawkach, w porównaniu z dzisiejszemi, bardzo małych.

Co się tyczy wprowadzenia kofeiny do terapii chorób serca, to zasługa należy się przedewszystkiem KOSZLAKOWOWI, asystentowi BOTKINA, w r. 1863. Później prof. JACCOUD przyczynił się dużo do rozpowszechnienia jej we Francyi. W roku 1866 w wykładach swoich w Charité ¹⁾ zalecał ją w ilości 0,25 — 0,50 grm. *pro die* w cierpieniach serca, w przypadkach osłabionej czynności tegoż i zmniejszonym wydzieleniu moczu.

W r. 1877 GUBLER przemawia gorąco za moczopędnem działaniem kofeiny i zachęca do stosowania jej w chorobach serca. I ze strony angielskiej odzywały się głosy pochwalne o wartości kofeiny jako środka nasercowego i moczopędnego: SHAPTER ²⁾, LEECH ³⁾, BRAKENRIDGE ⁴⁾.

Wogóle jednak używano małych dawek kofeiny. Dopiero HUCHARD w Paryżu i LÉPINE w Lyonie zaczęli stosować większe dawki kofeiny i tym sposobem uczynili znaczny krok naprzód w lecznictwie. Zbierając spostrzeżenia kliniczne, przyszli oni do przekonania, że podawane dotychczas małe dawki były niedostateczne i że pełne działanie występuje przy użyciu znacznie większych ilości środka; radzą więc stosować 1,5—2,0, a nawet do 2,5 grm. *pro die*. Dodać tu winniśmy, że autorowie ci do doświadczeń i celów terapeutycznych posługiwali się albo czystą kofeiną, albo solą cytrynianu kofeiny. Choć rezultaty okazały się o wiele lepsze, aniżeli przy stosowaniu małych dawek, jednakże trudna rozpowszechnialność kofeiny w wodzie stanowiła ciągle ważną tamę do szerszego rozpowszechnienia jej w terapii.

Ważną tę niedogodność usunął dopiero TANRET i od niego też datuje nową, rzecz można, okres w stosowaniu kofeiny. Autor ten wykazał, że kofeina z organicznymi kwasami nie tworzy rzeczywistych soli, że więc używane sole,

¹⁾ Leçons de clinique médicale. Hôp. Charité. 1 édit. 1867.

²⁾ The therapeutic value of citrate of caffein as a general sedative, anodyne and diuretic 1879. Pract. Jan. 1879, p. 23.

³⁾ Practitioner. Juillet. 1880.

⁴⁾ On the actions and uses of citrate of caffein as a diuretic. Edinb. Med. Journal. 1881.

jak: *coffeinum citricum, valerianicum, lacticum*, nie mają racyi bytu; przy odparowaniu bowiem wydziela się czysty alkaloid. Wpadł więc na myśl połączenia kofeiny z innymi związkami [z bendżwinianem sodu, salicylanem sodu, cinamonianem sodu i t. p.]. Połączenia te w postaci soli podwójnych zyskały nową bardzo ważną własność łatwiejszej rozpuszczalności, czego czysta kofeina, lub powyżej wspomniane pojedyncze sole, nie posiadały.

Związki te utworzone są według wagi atomowej tak, iż:

<i>coffeinum natro-benzoicum</i>	zawiera	45,8%	kofeiny czystej
<i>coffeinum natro-salicylicum</i>	„	61,6%	„ „
„ „ <i>cinnamylicum</i>	„	58,9%	„ „

Rozpuszczalność soli tych jest taka, iż z bendżwinianem i cinamonianem sodu łatwo otrzymać roztwory, zawierające w 1-ym cc. 20 centigrm., a z salicylanem sodu 30 centigram. kofeiny.

TANRET proponuje następujące roztwory:

№ 1. <i>Natri benzoici</i>	2,95	gram.
<i>Coffeini</i>	2,50	„
<i>Aq. destillatae</i> 6 gram. albo <i>q. s.</i>		
do	10,0	cc.

Każdy centymetr sześcienny tego roztworu zawiera 0,25 gram. kofeiny [4¼ gran.].

№ 2. albo <i>Natri salicylici</i>	3,10	gram.
<i>Coffeini</i>	4,00	„
<i>Aq. destill.</i> 6 gram., albo <i>q. s.</i>		
do	10,0	cc.

Każdy centymetr sześć. zawiera 0,40 kofeiny. Zrobić roztwór na ciepło na kąpeli parowej.

№ 3. <i>Natri cinnamylici</i>	2,10	gram.
<i>Coffeini</i>	2,10	„
<i>Aq. destill. q. s.</i> do	10,0	cc.

Połączenia te, ze względu na swą stałość i łatwą rozpuszczalność w wodzie, nadają się bardzo do podskórnych wstrzykiwań. Okoliczność ta wpłynęła również na szybki rozgłos kofeiny jako środka silnie pobudzającego nie tylko w chorobach serca, ale i w innych cierpieniach z adynamicznym przebiegiem [zapalenie płuc, tyfus, dyfteryt i t. p.]. Zdania klinicystów co do skuteczności kofeiny jako środka pobudzającego układ mózgodzeniowy, są tak pochlebne, iż obecnie zaliczyć ją należy do nieodzownych środków każdego lekarza-praktyka.

Z następnych prac, wyczerpująco traktujących lek, o którym mowa, ze stanowiska klinicznego i fizjologicznego, wymienić należy monografię GRAUD'a ¹⁾ i LEBLOND'a ²⁾. Autorowie ci posługiwali się w badaniach swoich dużemi dawkami kofeiny. Podobnie w lekcjach klinicznych prof. DUJARDIN-BEAUMETZ'a ³⁾, w rozdziale o leczeniu chorób serca i naczyń, znajdujemy obszerną wzmiankę o kofeinie, jako środka tonizującym układ naczyński.

¹⁾ Contribution à l'étude physiologique et thérapeutique de la caféine. Thèse de Lyon. 1881.

²⁾ Étude physiologique et thérapeutique de la caféine, Thèse de Paris. 1883.

³⁾ Leçons de clinique thérapeutique. 4 édition. Paris. 1885.

W szkole niemieckiej kofeina mniej znalazła zwolenników, sądząc z ilości prac, w tym kierunku ogłoszonych, zwłaszcza klinicznych. Prof. RIEGEL'owi ¹⁾ należy się zasługa rozpowszechnienia tego leku w Niemczech. Na zjeździe lekarzy w Wiesbaden w r. 1884 wygłosił on dość obszerny odczyt o znaczeniu kofeiny w chorobach serca, oparty na spostrzeżeniach klinicznych. Chwali jej działanie tonizujące i moczopędne, stawia ją w tym względzie obok naparstnicy i zachęca do częstszego jej stosowania przy zaburzeniach krwiotoku. Dr GEMPT ²⁾ zaleca ją jako środek podniecający w cierpieniach płuc.

Na szczególną wzmiankę zasługują badania prof. SCHROEDER'a ³⁾ nad kofeiną, które, choć wykonane w pracowni fizjologicznej na zwierzętach, rzucają jednak niejedną myśl lekarzowi-klinicyście. O zapatrywaniach się autora na sposób działania tego leku wspomnimy jeszcze przy końcu naszej pracy.

Wobec rozgłosu kofeiny jako środka pobudzającego, działanie jej moczopędne, które przez długie lata uważane było za główną jej własność, zeszło na drugi plan. O ile na jej podniecający wpływ na krążenie zgadza się większość klinicystów, o tyle w kwestyi diuretycznego działania różne istnieją poglądy. Ta właśnie okoliczność skłoniła mnie do przedsięwzięcia szeregu badań klinicznych, które poniżej podaję.

Ponieważ w pracach o kofeinie kwestyja, w jakich postaciach i w jakich okresach chorób serca i nerek powinna być stosowana, traktowana jest po większej części pobieżnie, starałem się więc w pracy mojej brak ten wypełnić.

W badaniach swoich posługiwałem się głównie dwoma przetworami, a mianowicie: *Coff. natro-benzoicum* i *Coff. natro-salicylicum*, rzadziej zaś czystą kofeiną. Dla kontroli nad działaniem tego środka, oprócz codziennego oznaczania ilości moczu i jego ciężaru właściwego, zdejmowaliśmy obrazy sfigmograficzne przed i po podaniu kofeiny, a w przypadkach ważniejszych oznaczaliśmy ciśnienie krwi w tętnicach promieniowych za pomocą sfigmomanometru BASCH'a.

Nadmienić wreszcie winniśmy, że dla należytej i bezstronnej oceny działania kofeiny, badania swe prowadziliśmy porównawczo, podając jednemu i temuż samemu choremu w pewnych odstępach czasu to kofeinę, to naparstnicę, lub strofant. Tym sposobem różnice w działaniu tych środków jaskrawie występują i chronią nas od fałszywych wniosków.

Przyznaję, że i mnie samemu niejednokrotnie zdawało się, że w danym przypadku kofeina działa świetnie, gdy tymczasem dalsze spostrzeżenia z innymi środkami nasercowymi przekonały mnie, że byłem w błędzie.

Spostrzeżenia, które poniżej przytaczamy, można w 4 działy ugrupować:

Dział I. Wady zastawek serca.

„ II. Choroby nerek.

¹⁾ Caffein bei Herzkrankheiten. Wiesbaden. 1884.

²⁾ Die Anwendung von Caffein-Doppelsalzen bei Lungenerkrankungen. Berl. klin. Wochenschrift. 1888.

³⁾ Ueber die Wirkung des Caffeins als Diureticum. Arch. f. exper. Pat. u. Pharm. XXII. p. 39. Ueber die diuretische Wirkung des Caffeins und der zu derselben Gruppe gehörenden Substanzen. Ibidem. XXIV. p. 85.

Dział III. Wady zastawek, powikłane chorobami nerek.

„ IV. Cierpienia mięśnia serca i tętna wieńcowych.

D Z I A Ł I.

Wady zastawek serca.

Spostrzeżenie I. *Stenosis ostii venosi sinistri et insufficientia valv. mitralis. Arrhythmia. Stadium discompensationis.*

O. M. lat 40, wyrobnicza, niezamężna, przybyła do szpitala d. 2 Czerwca 1890 z powodu silnej duszności i obrzęku kończyn dolnych. Od 2 miesięcy niedomaga i męczy się łatwo przy pracy. Przed 3 tygodniami zauważyła poraż pierwszy obrzęknięcie stóp, które dotychczas istnieje. Gośceca nigdy nie przechodziła, chorobę swą przypisuje ciężkiej pracy fizycznej, która istotnie nadwężała jej siły [dawniej zajmowała się praniem, od kilku zaś miesięcy nosiła ciężkie worki piasku przy budowie fortów]; ponieważ jednakże była za nią dobrze wynagradzana, robiła więc wszelkie wysiłki, aby jej wydołać. Wobec upadających sił, chora często uciekała się do napojów wysokokowych, które w ostatnim czasie w znacznej przyjmowała ilości.

Budowa i odżywianie mierne. Kończyny chłodne, sinicowe. Obrzęk stóp i goleni umiarkowany. Duszność znaczna, oddech przyspieszony [około 50 na minutę]. Tętno bardzo słabe, w wysokim stopniu niemiarowe, a co do częstości nieodpowiadające skurezom serca; uderza bowiem około 60, podczas gdy serce bije rytmem znacznie więcej przyspieszonym od 120 do 130 na minutę.

Badanie fizykalne nie wykrywa w płucach zmian chorobowych, oprócz przyspieszonego i w górnych częściach płuc zaostrzonego oddechu. Uderzenia wierzchołkowego nie podobna ściśle oznaczyć, najlepiej wyczuć można ruchy serca w dołku podsercowym. Tępość znacznie powiększona w wymiarze poprzecznym, mniej w podłużnym. Prawa granica znajduje się przy prawym brzegu mostka, lewa zaś dochodzi prawie do linii pachowej przedniej; górna odpowiada IV żebrzu, wyraźne jednak stłumienie rozpoczyna się już na III żebrze.

Skureze serca w wysokim stopniu niemiarowe, istna — *folie du coeur*. U wierzchołka słychać szmer skurezowy, lecz tylko przy niektórych silniejszych skurezach, niekiedy zdaje się, jakoby szmer był przedskurezowym, czego jednakże na pewno orzec nie można, wobec niezwyklej arytmii. Żyły szyjowe mocno rozszerzone.

Wątroba znacznie powiększona, wystaje z pod prawego podżebrza, dochodzi do pępka; brzeg jej twardy, konsystencyja zwłoczona. Górna jej granica rozpoczyna się w linii sutkowej na 5 żebrze. Brzuch powiększony, stolce opieszale. Mocz wydziela się skąpe, ani białka, ani cukru nie zawiera. Osad składa się przeważnie z moczanów. Badanie drobnowidzowe nie wykryło waleczków nerkowych. Miesiączka skąpa, występuje w nieregularnych odstępach czasu.

Przebieg był następujący:

Data.	Częstość tętna.	Częstość skurezów serca.	Dobowa ilość moczu w ctm sześciennych.	Ciężar właściwy.	Leczenie.	U w a g i.		
3 V.	65	120	750	1026	} <i>Inf. sennae comp.</i> ̄vj	Kilka obfitych wypróżnień.		
4	70	120	600	1026				
5	66	118	800	1025				
6	72	124	850	1024			} <i>5×3 gr. Coffeini natro benz.</i>	} Prawa granica serca przy prawym brzegu mostka. Arytmija. Częstość skurezów serca znacznie większa, aniżeli tętnicy.
7	80	120	950	1021				
8	74	100	1200	1018			} <i>5×3 „ „ „</i>	} Duszność mniejsza. Skureze serca silniejsze, tętno pełniejsze, niemiarowość mniejsza. Rozszerzenie serca mniejsze.
9	72	96	1300	1017				
10	68	92	1200	1017			} <i>7×3 „ „ „</i>	} <i>5×5 „ „ „</i>
11	64	86	1650	1014				
12	62	84	2500	1010			} <i>5×5 „ „ „</i>	} <i>6×5 „ „ „</i>
13	60	80	2400	1010				
14	62	86	2800	1009			} Bez lekarstwa.	
15	60	84	2200	1011				

Data.	Częstość tętna.	Częstość skurczów serca.	Dobowa ilość moczu w etm. sześciennych.	Ciężar właściwy.	Leczenie.	U w a g i.	
16 V.	70	94	1500	1016	} Bez lekarstwa.	W noey silna duszność, sinica.	
17	70	100	1000	1018			
18	74	120	1150	1018			
19	64	124	850	1022			3×7 krop. <i>t-rae stro-</i>
20	64	120	1200	1017			3×8 " " <i>fanti</i>
21	66	100	1000	1019			3×9 " " "
22	70	80	1900	1014			3×10 " " "
23	72	76	2500	1008			3×10 " " "
24	76	76	2400	1009			3×10 " " "
25	74	74	1800	1013			3×10 " " "
26	60	60	1200	1016	3×10 " " "	Tętno rytmiczne.	
27	64	64	2200	1010	3×10 " " "	Obrzęk kończyn dolnych znikł zupełnie.	
28	60	60	1500	1014	3×10 " " "	Szmeru skurczowego u wierzchołka serca nie słychać.	
29	62	62	1500	1014	} Bez lekarstwa.	Stan wogóle zadawalający.	
30	72	72	2500	1009			
1 VI.	68	68	1200	1015			
2	76	76	1500	1013			
3	72	72	1500	1014			
4	70	70	1700	1013			
5	72	72	1900	1012			
6	76	80	1500	1016	Obrzęk kończyn dolnych znowu wystąpił.		
7	72	100	900	1020		Duszność większa. Ruchy serca nie-miarowe.	
8	68	120	850	1020	3×5 gr. <i>coff. natro sal.</i>	} Stan lepszy.	
9	72	120	1200	1016	4×5 " " "		
10	80	110	1500	1014	4×5 " " "		
11	72	112	2200	1012	5×5 " " "		
12	74	100	2300	1011	5×5 " " "		
13	70	96	2800	1009	5×5 " " "		
14	76	94	2100	1013	5×5 " " "		
15	70	92	2200	1012	6×5 " " "		
16	74	86	2400	1010	6×5 " " "		
17	68	100	1800	1014	6×5 " " "		
18	72	100	1200	1016		} Poprzeczny wymiar serca mniejszy. Oddech swobodniejszy. Sen lepszy.	
19	74	120	1000	1017			
20	64	110	1100	1017	} Bez lekarstwa.	Pogorszenie.	
21	76	112	950	1020			
22	74	120	850	1024			
23	64	116	900	1026			
24	68	130	800	1026			3×20 kropel <i>t-rae dig.</i>
25	64	100	1000	1023			3×20 " " "
26	62	86	1600	1017			3×20 " " "
27	68	76	1800	1014			3×20 " " "
28	72	72	1500	1015			3×20 " " "
29	72	72	2200	1010			3×20 " " "
30	64	64	2000	1010	3×20 " " "	} Stopniowa poprawa. Zdwojenie 2 tonu u wierzchołka serca.	
31	58	58	800	1020	3×20 " " "		
1 VII.	48	48	1500	1017	3×20 " " "		
2	46	41	1200	1014	3×20 " " "		
3	48	48	1000	1020			
4	60	60	1000	1020			
5	64	72	1200	1018			
6	72	76	1400	1018	} Bez lekarstwa.		U wierzchołka wyraźny szmer przedskurczowy.
7	70	74	1200	1019			
8	70	100	900	1024			

Data.	Częstość tętna.	Częstość skurczów serca.	Dobowa ilość moczu w etm. sześciennych.	Ciepota właściwy.	Leczenie.	U w a g i.
9 VII.	72	100	1000	1023	Bez lekarstwa	Chora czuje się znowu gorzej.
10	74	120	950	1024		
11	72	110	850	1026		
12	68	120	900	1023		
					<i>Inf. digit. ex. gr. xv — 5vj. Acid phosphor. 3s. S. Co 2 godz. łyżkę.</i>	
					<i>Cont.</i>	
13	74	100	1000	1022	<i>Repet.</i>	Znaczna poprawa.
14	72	80	1400	1015	<i>Cont.</i>	
15	80	80	1800	1014	<i>Repet.</i>	Obrzęki mniejsze, sen lepszy, duszność znikła.
16	72	72	2000	1013	<i>Cont.</i>	
17	64	64	2200	1012		
18	60	60	1400	1016		
19	72	72	1300	1016		
20	78	80	1150	1020		
21	72	86	1000	1022	Bez lekarstwa.	
22	76	84	1400	1017		
23	72	96	1350	1017		
24						Chora wypisała się ze szpitala.
W czasie powtórnego pobytu chorej w szpitalu, przebieg był następujący.						
14 IX.	62	134	800	1026	3×6 kr. <i>trae stroph.</i>	Obrzęk kończyn dolnych znaczny. Sinica twarzy i palców. Duszność. Wzmocnienie 2 tonu tętnicy płucnej.
15	72	120	900	1025	3×7 " " "	
16	80	100	1200	1017	3×8 " " "	
17	76	90	1300	1016	3×9 " " "	
18	72	80	1400	1016	3×10 " " "	
19	72	84	1650	1015	3×10 " " "	
20	72	72	1700	1015	3×10 " " "	
21	70	70	1950	1013	3×16 " " "	Duszność mniejsza Poprzeczny wymiar serca mniejszy. Zdwojenie 2 'tonu u wierzchołka. Wątroba mniejsza.
22	64	64	2006	1013	3×10 " " "	
23	72	72	2300	1011	3×10 " " "	
24	62	62	2400	1010	3×10 " " "	
25	64	64	1800	1013	3×10 " " "	
26	72	72	1650	1014	3×10 " " "	
27	60	60	1700	1014	3×10 " " "	Zamiast szmeru skurczowego czy sty ton. Szmer przedskurczowy i zdwojenie 2 tonu u wierzchołka.
28	62	62	1200	1016	3×10 " " "	
29	60	60	1100	1017	3×10 " " "	
30	70	70	1200	1016	3×10 " " "	
1 X.	42	42	1000	1018		
2	48	48	1200	1016		
3	52	52	1200	1017		
4	60	60	1400	1015		
5	58	58	1300	1015	Bez lekarstwa	Obrzęki znikły.
6	62	66	1250	1016		Lekkie zdwojenie 2 tonu u wierzchołka. Prawa granica serca na środku mostka
7	64	70	1400	1013		
8	66	72	1000	1018		

Epirisis. Przypadek powyżej przytoczony jest bardzo pouczającym z kilku względów. Najprzód co się tyczy rozpoznania. Chora przybyła do szpitala w ciężkim stanie. Znaczna duszność, sinica twarzy i obrzęk kończyn dolnych, jak również niemiarowość ruchów serca wskazywały na wielkie wyczerpanie ośrodka krwobiegu. Powiększenie serca w wymiarze poprzecznym zwłaszcza na lewo, arytmija, twarda wątroba — wraz z danymi anamnestycznymi, a mianowicie nadużycie napojów wysokowych, ciężka praca fizyczna — zdawały się wskazywać na przewlekłe zapalenie mięśnia serca (*myocarditis chronica*). Co

do szmeru, jaki słycać było u wierzchołka serca, to wobec znacznej arytmii niepodobna było na pewno określić, w jakiej fazie czynności serca przypada: zdaje się, że najczęściej występował w czasie skurczu, już to sam, już to obok tonu, lecz tylko przy silniejszych uderzeniach serca. Ze względu, iż szmer ten z ujednostajnieniem i wzmocnieniem skurczów zniknął, sądziłem, że, mam do czynienia ze względną niedomykalnością zastawki dwudzielnej, zależną albo od rozszerzenia lewej komórki, albo od osłabionej czynności mięśni brodawkowych. Dopiero w dalszym przebiegu, po kilkotygodniowym pobycie chorej w szpitalu, w czasie podawania jej naparstnicy 2-gi ton u wierzchołka stał się zdwojonym i wkrótce też wystąpił szmer przedskurczowy. Obok więc niedomykalności zastawki dwudzielnej mieliśmy w danym przypadku niewątpliwe zwężenie otworu żylnego lewego.

Ponieważ nawet w dniach znacznej poprawy sinica w zupełności nie ustępowała, przypuszczaliśmy więc, że obok wady zastawki dwudzielnej istnieje i pewna niedokładność w otworze żylnym prawym, w braku jednak innych danych niepodobna było wady prawej połowy serca ściśle określić.

Co się tyczy leczenia, to ze względu iż chora pozostawała pod moją obserwacją w ciągu kilku miesięcy, byłem więc w stanie porównawczo je oceniać. Zacząłem więc od kofeiny, którą podawałem w dwóch odstępach czasu. Pierwszym razem bendżwinian, drugim salicylan kofeiny. Jeden i drugi przetwór chora brała w ilości 15 gran, stopniowo zwiększając do 30 gran *pro die*, w dawkach 3 — 5 granowych w ciągu 9 — 10 dni. Znosiła ją dobrze. Pomyślny jednak wpływ leku uwydatnił się dopiero po 3 — 4 dniach: czynność serca stała się regularniejszą, mniej częstą, tętno pełniejszym, a duszność mniejszą. Poprzeczny wymiar serca uległ również zmniejszeniu, co o większej energii mięśnia świadczyło. Moczopędne działanie kofeiny uwydatniło się w czasie pierwszego podawania jej [t. j. przy *Coff. natro-benzoic.*], począwszy od 6 dnia — w czasie zaś, drugiego (*Coffeinum natro-salicylic.*), nieco wcześniej, bo 4 dnia. Było ono w każdym razie dość znaczne [dobowa ilość moczu dosięgała cyfry 2800 ctm. sześć.], zważywszy, że obrzęk kończyn dolnych nie był zbyt duży, a przesieków w jamach ciała nie stwierdzono.

Zdawałoby się więc, że powyżej otrzymane wyniki przemawiały bardzo na korzyść kofeiny. W celu porównania działania tej ostatniej z innymi lekami nasercowymi, zacząłem po pewnym czasie stosować u teje chorej, w okresie pogorszenia, strofant i naparstnicę. Różnicę w działaniu wykazuje powyższa tablica, a mianowicie dwie pierwsze kolumny, mieszczące w sobie częstość tętna i skurczów serca. Pomiędzy rytmem uderzeń serca a tętna zachodziła u naszej chorej znaczna niestosunkowość, np. na 120 — 130 pierwszych przypadło około 60 — 70 ostatnich. Pod wpływem kofeiny serce biło rzadziej, a tętno częściej niż poprzednio z powodu pewnego uregulowania rytmu, jednak po dłuższem nawet 8 — 10 dniowem użyciu teje uderzenia tętna nie odpowiadały jeszcze pod względem częstości uderzeniom serca.

W czasie pierwszego podawania bendżwinianu kofeiny 9-go dnia serce biło 86, a tętno 62 razy na minutę, 10-go zaś dnia po wyżyciu przeszło 3 drachm leku częstość wynosiła 62, a skurczów serca 84. Podobnie drugim razem po 10-ciu

dniach podawania salicylanu kofeiny i wyżyciu nieco więcej niż 4 drachmy uderzenia serca i tętna stały się wprawdzie silniejszymi i regularniejszymi—nie otrzyaliśmy jednak zupełnej harmonii pomiędzy rytmem serca, a rytmem tętna [serce uderzało 100, a tętno 68 na minutę].

Inaczej rzecz się miała przy stosowaniu strofantu lub naparstnicy. Już po 4 — 5 dniach fale tętna nie tylko stały się znacznie silniejszymi, ale i pod względem rytmu odpowiadały uderzeniom serca. W czasie pierwszego podawania nalewki strofantu w ilości 3×7 do 3×10 *pro die* 6-go dnia, a w czasie drugiego — 7-go dnia osiągnęliśmy zupełną zgodność rytmu serca i tętna. Ta harmonija utrzymywała się jeszcze przez długi czas pomimo odstawienia leków. Naparstnica w porównaniu ze strofantem zdaje się posiadać własność regulowania rytmu w wyższym stopniu od tego ostatniego. Napar zaś w prędszym przeciągu czasu reguluje rytm serca, aniżeli nalewka. Dodać wreszcie winniśmy, że tak przy stosowaniu nalewki strofantu, jak również nalewki naparstnicy oddziaływanie na przyrząd hamujący było znaczne: po kilkunastu dniach doszliśmy do bardzo zwolnionego rytmu serca [40 — 46 na minutę], czego ani razu nie byliśmy w stanie stwierdzić przy użyciu kofeiny.

Co się tyczy diurezy, to w danym przypadku widocznej różnicy pomiędzy działaniem kofeiny, strofantu i naparstnicy nie było; — zdaje się jednak, że w czasie podawania bendżwinianu, a zwłaszcza salicylanu kofeiny dobową ilość moczu była nieco większą, aniżeli podczas stosowania dwóch ostatnich leków. Z drugiej jednak strony zaznaczyć należy, że co do trwałości działania strofantu i naparstnicy wyprzedzały znacznie kofeinę. Po odstawieniu tej ostatniej moczoepędne działanie utrzymywało się niedługo, zaledwie 3 — 4 dni, gdy tymczasem po usunięciu strofantu i naparstnicy obfite wydzielanie moczu trwało 7 do 10 dni. W czasie całego przebiegu nie byliśmy w stanie w moczu białka wykryć, nawet podczas pogorszenia.

Chora po 3 miesięcznym pobycie w szpitalu wypisała się ze znacznem polepszeniem: duszność zmniejszyła się, serce wykonywało swą czynność energiczniej, arytmija, choć nie znikła, jednak była mniej uderzająca, wątroba mniejsze przybrała rozmiary, a obrzęk kończyn dolnych znikł zupełnie. [D. c. n.].

II. DWA DALSZE PRZYPADKI CIĄŻY ZAMACICZNEJ.

Podał

Władysław Matlakowski,

ordynator szpitala Dzieciątka Jezus.

W rocznikach Gazety Lekarskiej za 1887 i 1889 r. opisałem dwa przypadki ciąży zamacicznej, jak mi się zdaje, dosyć interesujące, przyczem starałem się usprawiedliwić zasadę czynnego wdania się przy leczeniu tego niezmiernie ciekawego odstępstwa od prawidłowego biegu brzemienności. W ostatnich kilku leczeniach ciąża zamaciczna stała się jednym z najulubieńszych przedmiotów badania klinicznego, roztrząsań na zjazdach i zebraniach towarzystw lekarskich, a zawierając bardzo wiele stron zupełnie niejasnych lub wątpliwych, długo jeszcze nie

zejdzie z porządku dziennego. Wobec tego sędzę, iż znajdzie pobłażanie u Czynników i niniejszy mój artykuł, dotyczący wprowadzie tej samej materji, lecz zupełnie różnych punktów, pokazujących rzecz w zupełnie innych okresach; gdyż pierwsze spostrzeżenie zawiera późny okres donoszonej ciąży, drugie naodwrot dotyczy bardzo wczesnego peryjodu.

Spostrzeżenie I. Cięża zamączna w 15-ym miesiącu; gnicie płodu; przedziurawienie kiszki; laparotomija; śmierć z wyniszczenia.

M. Maryja, 26-letnia, żona urzędnika prywatnego, wstąpiła do mojego oddziału d. 3 Listopada 1889 roku. Skierowana przez kol. SOMMERA.

Wyszędłszy przed 5 laty za mąż, w rok potem miała pierwsze dziecko, następnie odbyła szczęśliwie drugi poród przed 2 $\frac{1}{4}$ laty, a przed 15 miesiącami, t. j. w Lipcu 1888 r., zaszła poraz trzeci w ciążę. W pierwszych tygodniach zaraz uczuła się nadzwyczajnie osłabioną, tak, że zmuszoną była nawet przeleżeć parę tygodni w łóżku, lecz nie miała wtedy ani gorączki, ani boleści w brzuchu, ani wymiotów. Wtedy chorą widział poraz pierwszy kol. ROGOZIŃSKI. Kiedy podniosła się po owem osłabieniu uczuła się zupełnie zdrową przez 9 miesięcy, i ciąża obecna niczem nie różniła się od dwóch poprzednich; chora wogóle ani przypuszczała, iżże zaszło w niej coś niezwykłego.

Cały przebieg ciąży był taki łagodny i bezbolesny, iak i dwóch poprzednich. Miesięczne krwawienia ustały zupełnie. Dopiero około Wielkiejnoey zeszłego roku chorej, ciągle zajętej pracą i czującej się zupełnie zdrową, wydało się, że ma rodzić; pokazało się krwawienie, które trwało kilka dni, lecz żadnych boleści, lub wymiotów, osłabienia nie doznawała. Wtedy była osobiście w mieszkaniu kol. ROGOZIŃSKIEGO po poradę, a następnie wezwała do siebie kol. ESTRAJCHERA, po odejściu którego podczas chodzenia zauważyła, że z niej wypadł jakiś męsisty kawałek, niby skrzep krwi, który wyrzuciła. Kiedy nie się nie urodziło, znajome chorej zaczęły podsuwać jej myśl, że to pewnie nie ciąża, lecz guz jaki; chora wówczas podawnemu dużo chodziła, znaczne odbywając kursy.

Z porady znajomych udała się do Instytutu położniczego, gdzie przeleżała z górą dwa tygodnie, a gdy chciano jej zrobić operacyję, wypisała się. Podczas bytności w tym zakładzie raz tylko miała 38,9°C., a zwykle około 35,5° 36,0° 36,5°C. przy trzykrotnem mierzeniu ciepłoty na dobę. Drugi raz miała 38,4°C., a przytem dreszcz. W tętnie zadziwiająco skoki. Tego samego dnia: zrana 72, w południe i wieczorem 112, zwykle zaś 100—120. Po wyjściu ze szpitala zaczęła swięcej słabnąć i chudnąć, lecz jakoby bez gorączki, bez wymiotów, bez boleści w brzuchu. Przed dwoma tygodniami dostała silnego rozwolnienia, które osłabiło chorą ogromnie.

Jednocześnie zauważyła, że brzuch zaczął się widocznie zmniejszać, a w końcu zmalał do połowy poprzedniej wielkości. Chora jest niska, mała, drobna, wychudła i biała w najwyższym stopniu; tętno 120, cięte, zaledwie wyczuwalne; nogi zlekka obrzękłe. Brzuch w obwodzie przez pępek ma 78 cm., od pępka do wyrostka nieczykowatego 16 cm., a do spojenia łonowego 18 cm.; brzuch jest niesymetrycznie powiększony, prawa połowa większa od lewej. Najwypuklejsza część przypada na prawo i nieco wyżej od pępka. Przy macaniu granice guza z prawej i lewej strony, a zwłaszcza od góry, wydają się wyraźne; ku dołowi guz, zdaje się, dosięga do spojenia łonowego i więzów POUPART'a, lecz wymacać go z powodu braku odpowiedniej konsystencyi niepodobna. Najwypuklejsza część guza jest zarazem najtwardszą, a przy mocniejszym pociskaniu trzeszczy; tu zdaje się, jakoby kości były tuż pod skórą, czuć nawet zachodzenie kości czaszkowych płodu w szwach na siebie. Ta górna część guza daje przy opukiwaniu odgłos tympaniczny, niski, jednostajny na całej górnej powierzchni guza i bardzo różny od odgłosu kiszek otaczających worek płodowy; części brzucha nad spojeniem łonowym i nad więzami POUPART'a są miękkie i również dają odgłos bębniasty, lecz niewyróżniający się od kiszkowego. Guz, o ile na to zezwala bolesność brzucha, można przesunąć dość swobodnie z boku na bok, ale otrzymuje się wrażenie, iż przesuwają się tylko głęboka, czyli tylna część worka, a że przednia jest zrosłą ze ścianą brzucha. Macica stoi nisko i cokolwiek przesunięta w tył i na lewo. Część pochłowa bardzo mała, trzonu wymacać nie można, chociaż sklepienia są miękkie, ale wypełnione, zwłaszcza prawe i przednie,

które są opuszczone ku jamie pochwowej. Tylne sklepienie małe i odporniejsze. Szyjka i usta maciczne małe, niepodobna do nich wprowadzić nawet czubka palca. Macica wogóle bardzo mało ruchoma. Ani przez sklepienia prawe, ani przednie żadnych części płodu wymacać nie można. Badanie jest bardzo mało bolesne. Badanie klatki piersiowej nie wykazuje żadnych zmian przy opukiwaniu; ale słychać rżenia wilgotne i chora kaszle. Tony serca czyste; tętno nadzwyczajnie słabe. Łaknienie małe, język obłożony; od tygodnia rozwolnienie bez bóleści, na dobę wypróżnień po kilkanaście (15). Stolce płynne zawierają gliniasto zabarwiony kał; żadnych części, świadczących o obecności części płodu lub wód płodowych w kiszkiach, dostrzedz nie można. Mocz bardzo mało i z powodu rozwolnienia niepodobna zebrać dobowej ilości. Mocz zawiera ślady białka; ilość mocznika mniejsza niż normalnie.

Chora nie gorączkuje, nie ma potów, ani żębień i to jest najbardziej uderzającym faktem; usposobienia dość wesołego. Natomiast istnieją znaczne wahania ciepłoty; wynoszą jeden stopień niżej normy 37,6° C.

Aż nadto widocznem dla każdego było, że przy rozkładzie i gnicju w worku płodu, chora zginie. Jedynym ratunkiem była operacyja, lecz zważywszy na stan chorej, proste tylko przecięcie połączone z chloroformowaniem, wydało mi się środkiem zaciężkim. Najprzód zapomocą oleju rycynowego i odpowiedniej dyjety udało się zmniejszyć rozwolnienie do 2—1 wypróżnień na dobę; to podało w wątpliwość pierwotne moje przypuszczenie co do przedziurawienia worka do kiszki, a które wobec ogromnego zmniejszenia się brzucha, gazów w worku i rozwolnienia wydało się bardzo prawdopodobnem. Jednocześnie laknienie poprawiło się.

Dnia 8 Listopada 1889 przy pomocy koł. CIECHOMSKIEGO, FAJTA i SŁUPECKIEGO. w obecności koł. KONDRATOWICZA, SAWICKIEGO, KRYSIŃSKIEGO, GULIŃSKIEGO i HANDELSMANA przystąpiłem do operacyi, przypuszczając, że będzie to proste przecięcie ściany brzusznej i zrosłego z nią worka oraz wydobyć płodu. W tym celu chora została jak najstabiliej odurzona chloroformem, tak, że prócz przecięcia skóry, czuła resztę operacyi.

Przeciawszy ścianę brzuszłą w smudze, wnet przekonałem się, że worek płodowy, z wyjątkiem ograniczonego miejsca w okolicy dolnej połowy prawego mięśnia prostego brzucha, nie jest do ściany przyrośniętym. Od góry sieć zrosła z nim jest szeroko. Od tyłu jest wolny i tylko z lewej strony jak najściślej spojony z kiszka, prawdopodobnie *S. Romanum*; wreszcie szeroką podstawą zrosły jest z prawym dołem biodrowym i z prawą krawędzią macicy, tak, że zajmuje on miejsce prawych dodatków macicy, której dno jest wskutek tego przyparte do kości krzyżowej. Ku dołowi guz wypełnia dolnym odcinkiem jamę miednicy małej.

Z badania tego wyniosłem przekonanie, że worek płodowy jest nadspodziewanie wolny i że całkowite jego usunięcie byłoby nietylko możliwem, ale nawet łatwem. Jednakże stan sil chorej, niepozwalający na dłuższe manipulowanie w jamie otrzewnej i dłuższe chloroformowanie, zmusił mnie do wybrania operacyi krótszej i lżejszej. Po zupełnem usunięciu chloroformu, obłożyłem ranę ręcznikami, nakłułem worek napchnięty do rany trójgrańcem, aby wypuścić z niego gazy niezmiernie smrodliwe, otworzyłem szeroko worek, wydobyłem płód, poczem lejąc strumieniem gorącej wodny roztwór soli kuchennej w jamę worka, wypłukałem go. Potem zatkałem gąbką, obwiązałem ligaturą elastyczną, okryłem gazą jodoformową, i zabezpieczywszy się możliwie pewnie od zakażenia jamy otrzewnej, podczas dalszych manipulacyi, przystąpiłem do przyszycia otrzewnej ściennej do worka. Nie mogłem przytem zbytnio wyciągać tego ostatniego z jamy brzusznej, aby go częściowo wyciąć i zmniejszyć, gdyż zarówno od góry sieć, jak z lewej strony kiszka, były przyrosłe bardzo niedaleko od otworu worka, czyli, chcąc ten ostatni wycinać częściowo, trzeba by było oddzielać zrosty, a tego właśnie postanowiliśmy unikać. Po przyszyciu worka do brzegów rany brzusznej i zmniejszeniu tej ostatniej szwami, nałożonemi zarówno powyżej jak i poniżej naszytego worka, a zatem po szczelnem zamknięciu jamy otrzewnej, otworzyłem ponownie worek, wyjąłem gąbkę, wyczyściłem jamę worka ponownie, a wprowadziwszy palec do jego jamy, przekonałem się o bardzo blizkim stosunku dna jego do sklepienia prawego pochwy, w którą wprowadzony palec pomocnika wyczuwałem odgradzony niegrubą błoną.

Mimo to nie zdecydowałem się na przeciwotwór do pochwy z obawy zranienia moczowodu, którego blizki stosunek do dna worka płodowego dowiodły dwa ogłoszone już przypadki ciąży zamacicznej. Badając dalej wewnątrz worka, przekonałem się, że na lewo i od tyłu wyczuwa się

dokładnie macieć wepchniętą w głąb miednicy małej. Przez pofalowaną tylną ścianę worka wi-
dać było wypuklające ją pętlące kiszki. Wypełniwszy jamę worka paskami gazy jodoformowej
nałożyłem suty opatrunek watowy na brzuch, ściśle go obandażowałem i w ten sposób ukończy-
łem operację, która trwała 3 kwadransy.

Chora, zupełnie przytomna, z tętnem 120, przeniesioną została do swego łóżka.

Wewnętrzna powierzchnia worka przedstawiała się jako szaro-popielata, nierówna, strzę-
piasta i śmierzżąca błona; łożyska wyczuć nie mogłem. Zewnętrzna powierzchnia worka była
brudno-czerwona, miejscami szarawa, jak worek przepuklinowy, zgorzelą zagrożony; w jednych
miejscach ściana była dość jędrna i ukrwiona, od przodu natomiast krucha i rwąca się.

Płód, płci żeńskiej, znajdujący się w stanie daleko posuniętego gnicia, był ułożony w ten
sposób, że do przodu miał zwrócone kolanka, na które natrafiłem po przecięciu worka, i brzu-
szek, grzbiet od tyłu, t. j. zwrócony do kręgosłupa matki; główka zajmowała górny, miednica
dolny odcinek worka. Cała prawie czaszka pozbawiona skóry, szwy: strzałkowy i wieńcowy, ro-
zeszły się; toż samo ciemiej większe; na całym grzbiecie brak również skóry. W odpowiednim
miejscu w worku płodowym było miejsce różowe, wolne od szarego nalotu; tu prawdopodobnie
nastąpiłoby przyrośnięcie worka do płodu.

W stanie chorej po operacji tak dalece nie nastąpiła żadna zmiana, że tętno po dawnemu
pozostało 124—128, ciepłota około 37° C. bez spadku ultrazniżkowego, ale i bez podwyższenia go-
rączkowego; nie było ani wymiotów, ani czkawki, łaknienie pozostało dobrem. Pierwszy opatru-
nek 6-go dnia; wyjęto gazę z worka, przesiąkniętą smrodliwą wydzieliną, od tej pory zmieniano
opatrunek codziennie.

Dziwiącego dnia po operacji zdjęto szwy; część rany brzusznej zaszyta zarosła *per pri-
mam*, z zewnętrznej powierzchni worka oddzielają się obumarłe czarne strzępy; jama zmniejszyła
się, wydzielina po dawnemu śmierzżąca; po ławatywie pierwsze wypróżnienie. Przy starannym
osłuchiwanu chorej z tyłu z prawej strony oddech oskrzelowy, bronchofonija i rżężenia, świad-
czące o rozwijaniu się *pneumoniae cachecticorum* zraza prawego dolnego i średniego; stwierdzenie
tego powikłania nie było przedtem możliwe, z powodu żeśmy najstaranniej unikałi poruszania
i sadzania chorej z obawy oddarcia małej ściany worka od ściany brzusznej. Ilość dobowa mo-
czu około 600—650 ctm. sześć, bardzo ciemnej barwy. Jamę wypłukiwało się z początku wodą
cieplą [z obawy zatrucia], potem [1:2000] tyłem.

D. 18 przy opatrunku odeszły duże strzępy nekrotyczne z wnętrza worka; ziarnina na po-
wierzchni worka coraz wyraźniejsza i różowsza. Samo przez się obfite i rzadkie wypróżnienie.

D. 22 wyskrobałem granulacyje w dolnym i górnym kącie otworu, prowadzącego do worka,
a przez nałożenie pięciu szwów zmniejszyłem do trzeciej części.

Stan ogólny nie poprawia się, a kaszel bardzo jest zawsze męczący; w płwocinie ropiasto-
śluzowatej kol. JAKOWSKI nie znalazł laseczników Koczi'a. Od 25 dnia chora przestała jeść i do
picia trzeba ją zmuszać. Ilość moczu spadła do 200 ctm. sześć i mniej na dobę; mocz niezmier-
nie nasycony, brudno-ciemno-brunatny.

D. 29 w nocy chora dostała napadu szału, bredzi, nie poznaje osób, krzyczy, rzuca się.

Następnego dnia, przy objawach krańcowego wyniszczenia, chora zmarła.

Przy sekcji, której łaskawie dokonał kol. Przewoski, okazało się: po otwarciu jamy
otrzewnej, cięciem omijającym pooperacyjną bliznę i przszyty worek płodowy, znajdujemy ście-
przyklejoną w dolnej części byłego operacyjnego cięcia, oraz do worka płodowego; po oddzieleniu
jej, prócz ciemnego szyfrowatego zabarwienia otrzewnej całej jamy brzusznej, skutkiem wessania
krwi po operacji, nie ma ani śladu zapalenia otrzewnej. Po wycięciu i wydobyciu wszystkich
narządów miednicy wraz z otrzewną *in toto*, okazuje się, że worek płodowy skutkiem zmian za-
palnych bardzo jest skurczony. W najgłębszej części zawiera nieco ropy. Ani punkt wyjścia, ani
stosunek jego do jajników i jajowodów, których odszukać nie można, oznaczyć się nie dają. Ma-
cieca, pochylona mocno w tył, zrośnięta jest z dolną częścią worka; zagłębienie DOUGLAS'a wolne,
choć zmniejszone. Zagięcie esowate, jak i odbytnica, silnie zrośnięte z masą wspólną [worek
płodowy i organy płciowe]; pomiędzy *S. Romanum* i workiem ropień, zawierający posokę, wielko-
ści orzecha włoskiego, napół opróżniony, skurczony, otwierający się nieznaczną przetoką do
światła kiszki; ku przodowi ograniczony jest przez pęcherz, worek płodowy i kiszki. W grubo-

ści potężnych zrostów znajduje się drugi ropień, wielkości małego jabłka, zawierający cuchnącą posokę i nieotwierający się do żadnego organu. Nadto w sercu „*endocarditis mitralis verrucosa*“, w nerkach i wątrobie zwyrodnienie mączkowate.

Wynik sekcji nie przedstawia żadnych danych, któreby wyzyskać można było dla nauki o ciąży zamacicznej, a sam przypadek jest pouczającą, chociaż smutną lekcją, do czego prowadzi długie czekanie i liczenie na problematyczne i rzadko się zdarzające skamienienie płodu, które wielu lekarzy, nie znających nowszej literatury, upoważnia raczej do narażania chorej, powierzającej się ich opiece, na śmierć z ropienia, ze zwyrodnienia mączkowatego, z przeróżnych powikłań, aniżeli do odesłania nieszczęśliwej do specjalisty, operatora. Naukowy charakter niniejszej pracy nie pozwala mi wdawać się w opis udręczeń, białactw i całego męczeńskiego przebiegu u naszej chorej, błakającej się od jednego lekarza do drugiego, od jednej lecznicy do drugiej, chociaż opis ten przedstawiłby ciekawy obraz fatalnych stosunków w tak dużem mieście, jak Warszawa, która roi się od lekarzy.

Nie mogę zamknąć tej obserwacji, nie zwróciwszy uwagi Czytelnika na panujące dziś poglądy co do leczenia ciąży zamacicznej.

1-o. Od czasu kiedy VEIT, przypadkowo operujący z powodu rozpoznania guza jajnikowego, przekonał się, że wycięcie guza było zadziwiająco łatwe, choć okazała się ciąża jajowodowa we wczesnym okresie, ugruntowała się zasada, żeby 1-o w pierwszych miesiącach ciąży zamacicznej przed pęknięciem worka płodowego przystępować zawsze do operacji radykalnej wycięcia *in toto* guza. Nakłucie, elektryczność, zgniecenie rękami [MALAN], wstrzykiwanie morfiny [GUÉRIN]: są to metody dziś prawie jednoznacznie, przynajmniej w Niemczech i przez TAIT'a, odrzucone.

2-o. Lecz i w środkowych miesiącach ciąży przy żywym płodzie przeważa dziś pogląd WERTH'a ∞), według którego na płód, rozwijający się zewnątrz macicy, należy zapatrywać się jak na złośliwy nowotwór i operować go jak najwcześniej.

3-o. Operacja wskazaną jest również w przypadkach ciąży zamacicznej, po dojściu do kresu i po śmierci płodu, skoro tylko związane z tem burzliwe nieraz objawy przejdą i krążenie łożyskowe ustanie.

4-o. Do niedawna przeważało zdanie LITZMANN'a i WERTH'a, żeby w końcowych miesiącach ciąży czekać śmierci płodu, a dopiero operować w jakie 8 — 10 tygodni po niej. Tymczasem w roku zeszłym w łonie Towarzystwa Lekarskiego Berlińskiego wobec MARTIN'a, VEIT'a, LANDAU'a i innych OLSHAUSEN wygłosił pogląd, że powyższa zasada nie może obowiązywać dzisiaj; „Należy raczej bez względu na życie i zdolność do niego płodu w interesie ciężarnej zawsze jak najspieszniej operować, ponieważ niebezpieczeństwo, jakie wypływające z operacji, jest mniejsze od niebezpieczeństwa, na jakie ciężarna stale jest narażona“.

Natomiast 5-o. Jak należy postępować po pęknięciu worka we wczesnych okresach ciąży zamacicznej — zdania są bardzo podzielone. Gdy jedni, jak: OLS-

∞) Beiträge zur Anatomie der operativen Behandlung der Extrauterin Schwangerschaft, 1887 rekr.

HAUSEN, VEIT i FRAENKEL, radzą czekać i tylko wyjątkowo przy groźnych objawach imać się noża, gdyż krwotok może sam się powstrzymać i może nastąpić wyzdrowienie; inni, jak: PARRY, TAIT i t. d., są bezwarunkowo za laparotomią. PARRY malowniczo powiada: „Jakże często widzujemy ludzi, wychodzących zdrowo z ciężkich obrażeń, które zdaniem chirurga powinny skończyć się śmiercią, jeżeli chorzy nie poddadzą się ciężkiej i strasznej operacji; ze smutną, a uporczywą determinacją nie zgadzają się, woląc zginąć raczej, niż ścierpieć tak ciężkie okaleczenie; lub też śmiałym instykttem odgadują szczęśliwe zejście wbrew wszystkim złym rokowaniom chirurga i wbrew wszystkim prawom, jakie, według przypuszczenia omylnej wiedzy ludzkiej, rządzą ludzkiemi traumatyzmami. Lecz przy pęknięciu do jamy otrzewnej worka płodowego przy ciąży zamacicznej, we wczesnych okresach, nikt nie jest w stanie popełnić błędu co do prognozy w tym przypadku“ (K).

Dlatego też jedyne lekarstwo widzi w laparotomii i podwiązaniu krwawiącego naczynia lub wycięcia worka. A TAIT we właściwy mu malowniczy, a cięty sposób wyraża się: „jeżeli jaka grubsza gałąź tętnicy udowej krwawi, moi koledzy chirurgowie tną i podwiązują. Dlaczego wiąż POUFARR'a ma być linią demarkacyjną, poza którą nie ma wybiegać to prawo chirurgii? Dlaczego wolno mojemu przyjacielowi BRYANT'owi robić na *art. iliaca ext.* to, co mnie jest wzbronione na gałęzi *art. iliaca int.*“ Mimo to klinika poucza, że i bez laparotomii możliwe jest zatrzymanie się krwotoku i wyzdrowienie, a ja sam osobiście widziałem podobny przypadek. Nie należy zapominać, że laparotomija w tych warunkach — zupełny *collapsus* chorej, przy braku tętna, w stanie bezprzytomności, w mieszkaniu prywatnem, nagle, jak zdarzy przypadek — jest operacją trudną i bardzo ryzykowną. Według zestawienia VEIT'a (A), na 146 spostrzeżeń krwisteku (*haematocoele*), w 40 przypadkach przyczyną krwotoku było pęknięcie ciąży zamacicznej; z tych 40-tu zmarło 14, t. j. 20%; o ile przeto wnioski na statystyce oparte są coś warte, to wykazują, że zapatrywanie się angielskich autorów, tylko co wymienionych, jest za jednostronne.

6-o. Gdzie tylko możliwem jest, należy ekstypować cały worek. Od tej zasady OLSHAUSEN czyni wyjątek dla przypadków, gdzie doszło do sposoczenia. W poprzednich swoich pracach i ja również starałem się okazać możliwość i wyższość całkowitego wycięcia nad innymi metodami. Jednak proste przecięcie i wszycie worka w ranę brzuszłą, jest tak dalece łatwiejsze, że dla mniej; technicznie wyćwiczonych operatorów stanowić będzie zawsze metodę nie do zastąpienia. Świeżo z kliniki GUSSEROW'a ogłoszono kilka przypadków postępowania tą drogą (C), zwłaszcza przy istniejących zrostach worka z przednią ścianą brzuszłą.

Przypadek mój świadczy, iż nawet w razie sposoczenia nie ma potrzeby uciekać się do metody, zaleconej przez VOLKMANN'a przy bąblowcach wątroby,

(K) Przytoczony u TAIT'a l. c. str. 223.

(A) STROBACK. Ueber Behandlung des Fruchtsackes und der Placenta bei laparomierter Graviditas extrauterina. Inaugural Diss. Berlin. 1887.

(C) VEIT. Die Eileiterschwangerschaft. 1884. Str. 14.

żeby najprzód wywołać zrosty między workiem i ścianą; celem zapobieżenia wy-
laniu się posoki do jamy otrzewnej. ΝΙΟΝ □) nie mógł znaleźć ani jednego przy-
kładu rozciągnięcia tej metody chirurgicznej na pole ginekologii operacyjnej.
I słusznie ginekolodzy uważają ją za zbytęcną przy cięży zamacicznej.

[Dok. nast.].

III. KILKA SŁÓW O LECZENIU RZEŻĄCZKI.

[Rzecz, czytana na posiedzeniu klinicznym W. T. L. 27 Października 1891 r.].

podał

T. Trzeński,

ordynator szpitala Ś-go Łazarza w Warszawie.

Szanowni Panowie!

Jeżeli wobec bogatej literatury przedmiotu i wobec istniejącej w litera-
turze naszej, pięknej, a wyczerpującej pracy KRÓWCZYŃSKIEGO, śmiem prosić
o życzliwe ucho na przeciąg chwil kilku, to czynię to z tego względu, że wobec tak
uporczywej i trudnej do leczenia choroby, jak rzeżączka, żaden, choćby najmniejszy,
krok ku lepszemu nie powinien być lekceważony, i że chcę zwrócić uwagę Waszą
na łatwy i prosty sposób leczenia, którego używam od lat kilku i który daje mi
zadawalające rezultaty. Według wszystkich podręczników, szematyczny prze-
bieg rzeżączki, rozwijającej się bez żadnych powikłań, przedstawia się w spo-
sób następujący. W ciągu mniej więcej ośmiu tygodni od chwili zarażenia spra-
wa chorobowa przechodzi okres wzmaganania się, stoi czas jakiś na punkcie
wierzchołkowym swego rozwoju, przechodzi następnie w fazę rozwoju wstecz-
nego i wreszcie znika doszczętnie, lub staje się przewlekłą.

Prawie że do ostatnich czasów brakowało w podręcznikach bardziej szcze-
gółowych idei co do ilości rzeżączek, które, miasto zginąć, stawały się prze-
wlekłemi, acz praktycy, często stykający się z tryprem, byli zwykle pod tym
względem skrajnymi pesymistami.

Co to jest tryper przewlekły? Jest to tryper tylnej części cewki. Jak
wiadomo, GUYON, który wykazał, że *musculus compressor urethrae* stanowi pod
względem anatomicznym, fizjologicznym i embryjologicznym granicę między
częścią jamistą a błoniastą cewki, odpowiednio do tego podzielił cewkę na prze-
dnią, t. j. leżącą przed ściskaczem, i tylną, leżącą po za nim. Jako tedy istnieją
dwie cewki, istnieją *eo ipso* dwie rzeżączki, to jest: *gonorrhoea anterior et posterior*,
rzeżączka cewki jamistej i błonistej, niezmiernie różne pod względem klinicz-
nym i zgola inaczej zachowujące się wobec leczenia.

O ile przednia część cewki łatwo jest dostępna dla leczenia, o tyle, w razie
zajęcia cewki tylnej, ukrytej bezpiecznie po za kompresorem, po za który zwy-
kle szprycowanie nie przechodzi, rzeżączka, leczeniu zwykłemu wprost nie-

□) Zur Therapie der Extrauterinschwangerschaft. Inaug. Diss. Berlin. 1889. Str. 20.

dostępna, przebiega przewlekłe i wymaga specjalnych metod leczniczego postępowania. Powstaje kwestyja, jak często tylna część cewki bywa zajęta i jak prędko po zarażeniu to następuje.

Co do pierwszego punktu, wszystkie podręczniki zachowują dyplomatyczną niejasność, zakrawającą bardzo na świadome okłamywanie samego siebie, a do plero śmiałe głosy w ostatnich nieomal chwilach odważyły się rzucić światło na bolesną a smutną prawdę.

Już przed laty amerykański ginekolog, NOEGERRATH, twierdził, że tryper jest chorobą stanowczo nieuleczalną, a ponieważ „teraźniejszych czasów zepsowanych“ każdy prawie mężczyzna przechodzi trypra, więc każdy nosi go do śmierci i każdy po ożenieniu udziela go swej żonie. Ztąd według NOEGERRATH'a bierze swój początek owa wielka liczba spraw *peri* i parametrytycznych u dzisiejszych mężatek. Krańcowy ów pogląd amerykańskiego lekarza, którego zresztą przed kilku laty na jednym z kongresów lekarskich sam autor w znacznej części się wyrzekł, niewątpliwie zawierał w sobie pewne jądro prawdy.

Na kongresie syfilidologów w Pradze w 1889 r. JADASSOHN, mówiąc o rozpoznawaniu *urethritidis posterioris*, podał rezultat badania 163 przypadków rzeżączki, z którego okazuje się, że ilość tryprów, w których część tylna cewki była zajęta, *respective* chronicznych, wynosiła 87,7%, czyli mówiąc inaczej, ze stu chorych, zarażonych tryprem, tylko trzynastu uniknęło przejścia choroby w stan przewlekły.

Według statystyki LETZEL'a, ogłoszonej w roku zeszłym, ilość przypadków *urethritidis posterioris* stanowi 92,5% ogólnej liczby tryprów, a według obserwacyj HEISLER'a, ogłoszonych przed kilku miesiącami, prawie 80%.

Co do mnie, na zasadzie dość licznych obserwacyj najchętniej zgodziłbym się na liczbę LETZEL'a, t. j. na 92,5%.

A więc, Szanowni Panowie, zdarza się wprawdzie, że tryper kończy się wyzdrowieniem bez zajęcia tylnej cewki, ale przypadki te są nieomal tak rzadkie, jak zgoda między kłótliwymi sąsiedzi. Tryper w przytłaczającej większości przypadków przechodzi na tylną część cewki, to jest: staje się przewlekłym i, jako taki, trwa lata całe, a nieraz lat dziesiątki, urągając wszelakiemu leczeniu.

Jak co do częstości tylnej rzeżączki, tak również co do czasu jej powstania i tegoż powstawania przyczyn, do ostatnich chwil panowały bałamutne poglądy. Oto uczą nas podręczniki, że tryper przechodzi po za *compressor urethrae* nie prędzej, jak w połowie 3 tygodnia trwania choroby, a to pod wpływem przyczyn wewnętrznych, jakimi są: charłactwo, gruźlica, przymiot, wadła budowa ciała u ludzi o jasnym włosie, lub zewnętrznych, t. j. nadużyć *in Baccho et Venere*, błędów w dyjecie, nadmiernego ruchu, tańca, konnej jazdy i t. d.. Wspomniana powyżej praca HEISLER'a jest pod tym względem bardzo instrukcyjną. W zestawionych w niej 50 przypadkach pierwszego w życiu trypra skonstatowano powstanie *urethritidis posterioris* w dziesięciu przypadkach w ciągu pierwszego tygodnia, co stanowi 20%; w 17 przypadkach w ciągu 2 tygodnia=34%; w 7 przypadkach w ciągu 3 tygodnia=14%; w 10 przypadkach w ciągu 4 tygodnia=20%; na szósty i siódmy tydzień wypada po 2%, tyleż na

3 i 4 miesiąc trwania choroby. Ze szczegółowej tablicy, dołączonej do pracy HEISLER'a, okazuje się nadto, że u chorych, u których istniały t. zw. przyczyny wewnętrzne, propagujące jakoby rzeżączkę po za miesiąc zaćkacz, rzeżączka tylna nie rozwijała się wcale prędzej niż u innych. Reasumując się, HEISLER z zupełną słuszością twierdzi, że *urethritis posterior* nie jest wcale komplikacją *urethritidis anterioris*, ale jej naturalnem i prawie musowem następstwem, jej klinicznym dalszym ciągiem.

Wobec konkluzyj HEISLER'a wypada jednak zrobić małe omówienie. Jeżeli nawet jest prawdą, że t. zw. przyczyny wewnętrzne nie przyspieszają powstania rzeżączki tylnej, to nie ulega jednak wątpliwości, że znakomicie utrudniają jej leczenie. Jest to obserwacja, na którą zgodzi się każdy ze specjalistów, że o wiele uporzeczywysz jest tryper chroniczny u ludzi charłacznych i podstarzałych, aniżeli u osobników młodych a dzielnych fizycznie.

Stoimy więc, Szanowni Panowie, wobec choroby niezmiernie częstej, prawie zawsze przewlekłej, pełnej zdradzieckich komplikacyj i działającej wysoce deprymująco na umysł chorych. Jakież posiadamy środki w arsenale terapeutycznym do walki z tym wytrwałym nieprzyjacielem?

Co do leczenia okresu ostrego powszechna panuje zgoda. Pomimo nieustających nigdy sporadycznych projektów, zarzucono ogólnie t. zw. metodę leczenia poronnego. Nie ma również różnicy w zdaniach co do tego, że w ostrym okresie należy się zachowywać wyczekująco, stosując, co najwyżej, łagodną antyflogozę pod postacią spokoju, zimnych okładów, diety—narkotyków wraze silnego podrażnienia tylnej cewki; że szprycowania stosować można dopiero w okresie ubywania. Słusznie bardzo KRÓWCZYŃSKI zaleca do szprycowania nieliczne a proste preparaty. Bez kwestyi, jakiś siarko-karbolan cynku lub mikstura RICORD'a wystarczą i śmiało można się obejść bez mieszanin, złożonych z 3 lub 4 składników.

Po kilku tygodniach leczenia szprycowaniami, w 6—7—8 tygodniu choroby dochodzimy do okresu, w którym wydzielina redukuje się do kropli ropnej, wypływającej zrana z *orificium urethrae*, lub dającej się z niej wycisnąć, co się powtarza również kilkakrotnie w ciągu dnia. Jak mówiłem, mamy wtenczas przed sobą najczęstszą *urethritis posterior*. Rozpoznanie tej formy jest bardzo łatwe.

W typowych przypadkach chory, któremu zaledwie można wycisnąć z cewki mętną kroplę, co znaczy, że w części przedniej cewki wydzielina jest minimalna, oddaje do szklanego naczynia mocz zupełnie mętny. Przyczyną mętu jest wydzielina błony śluzowej tylnej części cewki, zatrzymująca się po za *m. compressor*, a wypłukana przez strumień moczu. Tak się rzecz ma, gdy wydzieliny tej jest ilość stosunkowo obfita. Przy małej ilości wydzieliny chory oddaje mocz w 2 naczynia: jest to t. zw. *Zwei-Gläser-Probe*. Mętność moczu w drugim naczyniu nb. mniejszego natężenia niż w pierwszym, jest następstwem regurgitacyi wydzieliny z części błoniastej cewki do pęcherza, co jest naturalnem wobec mniejszej energii zwieracza pęcherza w porównaniu z kompresorem cewki.

W przypadkach wreszcie, w których wydzieliny jest tak mało, że też nie jest w stanie zniweczyć przezroczystości moczu, a jedynie pojawia się w po-

staci nitek tryprowych, wystarcza przepłukanie destylowaną wodą przedniej części cewki, bądź to za pomocą zwykłej szpryki, bądź przez kateter NÉLATON'a. Jeżeli w moczu, oddanym po owem przepłukaniu, istnieją nici, oczywiście część tylna cewki jest zajęta.

Tak rozpoznana *urethritis posterior* przebiega dość rozmaicie.

Najniebezpieczliwym jest ten rodzaj chorych, u których ostra tryprowa wydzieliną maleje tylko podczas szprycowania, a z zaprzestaniem tegoż natchmiast powraca w całej sile; są to chorzy, którzy szprycują latami całemi, całemi latami żyją *in castitate*, całemi latami kropli piwa lub wódki do ust nie biorą. Jest inna kategoria chorych, którzy żyją dość znośnie, skoro zachowują wstrzemięźliwość płciową, ale na każdy *coitus* reagują powrotem ostrej wydzieliną.

Są wreszcie tacy, którzy widzą co rano przezroczystą kroplę w otworze cewki, nie doznają nasilen choroby nawet po nadużyciach, a w moczu mają zawsze kilka nitek grubszych lub cieńszych. Są to przypadki przewlekłego trypra, w wydzielinie których gonokoków nie masz, niezaraźliwe, a będące raczej już nie tryprem, ale chronicznem kataralnem zapaleniem, procesem w rezultacie dość obojętnym, gdyby nie to, że on to właśnie tworzy nieznośny gatunek gonofobów.

Panowie! Cztery są główne metody leczenia trypra przewlekłego. Metoda GUYON'a i jej derywaty, metoda DIDAY'a, leczenie sondami i endoskop.

GUYON wprowadził w użycie swoje instyllacje w 1868 r. Roztwór 1% do 5% lapisu w ilości jednej lub dwóch kropel deponuje się na patologicznie zmienionem miejscu błony śluzowej cewki za pomocą elastycznego cienkiego kateteru o główkowatym zakończeniu. Szpryca, połączona z kateterem, jest urządzona w ten sposób, że półobrotowi tłoka, chodzącego na szrubie, odpowiada kropla płynu u otworu cewnika. Wychodząc z zasady, że przyczyną przewlekłego trypra są ograniczone do małej przestrzeni zmiany w tem lub owem miejscu cewki, że na takie zmiany na błonach śluzowych roztwory lapisu działają bardzo dobroczynnie, że podczas przejścia główki kateteru przez miejsca patologicznie zmienione chory czuje ból znacznie większy, niż w innych częściach cewki, GUYON co drugi lub trzeci dzień kauteryzuje cewkę kilkoma kroplami roztworu w tych miejscach, w których chory czuje ból podczas przejścia główki cewnika. Metoda powyższa, puszczona w świat przez mistrza wielkiej ręki, rozeszła się „*durch aller Herren Länder*“ i zdaje się, że w Warszawie najbardziej jest rozpowszechnioną. Niestety, przyjrząwszy się jej w praktyce, niepodobna nie powiedzieć: *hic autem usus est abusus*.

Rzeczą jest najzupełniej dowolną upatrywanie w tryprze przewlekłym zmian anatomicznych, ograniczonych do bardzo małych części błony śluzowej, a jeszcze dowolniejszą lokalizowanie tych zmian za pomocą tak zwódnego subiektywnego kryterjum, jak uczucie bólu, wywołane przez główkę cewnika. Nie ulega żadnej wątpliwości, że każdy chory czuje w takich razach ból w dwóch punktach cewki i w miejscu, otoczonem przez *compressor urethrae* i przez *sphincter vesicae externus*, nb. ból w pierwszym punkcie jest znacznie silniejszy. Z powodu znacznej energii owych dwóch mięśni każdy człowiek, czy to zdrow, czy

przewlekłą rzeźączką odzierżany, uczuje ból, gdy główka cewnika forsuje przejście przez owe miejsca, reagujące przeciw skurczom na mechaniczny insult, wywołany przez ciało kuliste znacznej objętości. Jest to więc bombardowanie kauteryzacyjami dwóch punktów cewki, które często zgoła nie nie są winne.

Poza ową wadą, teoretycznie uzasadnioną, ma metoda GUYON'a inne strony ujemne. Jest przedewszystkiem bardzo bolesną. Kto choć raz widział chorego w kilka chwil po zrobionej instylacji, jak go co kilka minut chwytają tenezmy i jak wśród tych tenezmów potem okryty, jęczący, oddaje kilka kropel często krwawego moczu, ten ma pojęcie o bolesności tego sposobu leczenia. Naturalnie, że zdarzają się osobniki wyjątkowo niewrażliwe, znoszące instylacje dość dobrze, ale te rzadkie wyjątki nie obalają reguły.

Wspomnieć także trzeba, że często dają się widzieć komplikacje przewlekłego trypra, będące najprawdopodobniej następstwem silnego podrażnienia cewki przez instylacje; są to zatrzymania moczu, zapalenia gruczołu krokowego, silne podrażnienie pęcherza, zapalenia przyjądrza wreszcie. Nie zapominajmy, że dotychczas obowiązuje lekarza prawidło: *primum non nocere*. Ale ponad wszystkim, co się rzekło, góruje jedna okoliczność. Oto, nie zdarzyło mi się widzieć przewlekłego trypra, wyleczonego za pomocą GUYON'owskich instylacji. Stosowałem instylacje GUYON'a u wielu bardzo chorych w przeciągu lat kilku, a widzę dotychczas często okazy przewlekłego trypra długotrwanie w ten sposób leczone. Po każdej instylacji, po wywołanych przez nią torturach, następuje zaostrzenie trypra, łatwo zrozumiałe i uważane za czynnik leczniczy, malejące następnie stopniowo przez ciąg jednej doby lub dwóch i ustępujące miejsca najzupełniejszemu *status quo*. W podobny sposób prowadzone leczenie, jeżeli go nie przerwie niespodziana komplikacja, wywołana nadmiernem podrażnieniem cewki, lub utrata cierpliwości ze strony chorego, co zresztą zdarza się stosunkowo rzadko, ciągnie się szczęśliwie cztery, pięć, dziesięć! miesięcy, a zawsze z jednakowym skutkiem. Wielka jest zaiste wytrzymałość i cierpliwość chorych, ale tłumaczy ich, że użyję słów Oczki. „dyjeta nędzna, za grzech żalność, do zdrowia chęć“, tylko terapii bolesnej, często szkodliwej, a nigdy korzyści nie przynoszącej nic, jak sądzę, nie usprawiedliwia.

Modyfikacją metody instylacji, która wszystkie ujemne strony swej macierzy posiada w stopniu spotęgowanym, jest używanie świeczek kauteryzujących, wprowadzanych do cewki za pomocą *porte-remède*, jako też używanie sond pociągniętych masą, rozplywającą się w cewce, a zawierającą środki kauteryzujące.

O wiele racjonalniejszą od poprzednich jest metoda DIDAY'a.

Wprowadzamy do pęcherza kateter NÉLATON'a i cofamy zwolna, dopóki mocz nie przestanie wyciekać z cewnika; wtedy okienko kateteru jest oczywiście przed zwieraczem pęcherza. Od tej chwili począwszy, cofając zwolna cewnik, irygujemy za pomocą szprycy lub tylko *urethram posteriorem*, do czego zwykle używa się roztworu azotanu srebra 1‰, lub całą cewkę, używając wtedy rozmaitych roztworów ściągających lub antyseptycznych.

Otóż, roztwór lapisu 1‰ działa znanadto drażniąco, roztwory antyseptyczne są bardzo mało skuteczne, a przedewszystkiem w pokaźnej ilości przypadków *compressor urethrae* już po kilku irygacjach rewoltuje się do tego stopnia, że

nie sposób jest przewyciężyć jego oporu za pomocą miękkiego i gnącego się bardzo łatwo NÉLATON'owskiego cewnika.

Przed kilku laty panował wielki entuzjazm na punkcie skuteczności metalowych zgłębników, bądź to BENIQUET'ów, bądź też zgłębników ULTMANN'a, które, wprowadzane do cewki co dni kilka i wstawiane na czas od 10 minut do pół godziny, miały jakby działać bardzo dobroczynnie. Tłómaczono ich działanie mechanicznym wpływem ciężkości i ucisku na owe hipotetycznie ograniczone zmiany błony śluzowej. Wprowadzano sondy coraz grubsze, a rozpaczliwi amerykańanie dochodzili aż do № 36 skali CHARRIERE'a. Pomijając możliwość rozdarcia cewki przy podobnie heroicznem postępowaniu, praktyka, niestety, nie ziściła pokładanych w sondach nadziei. Nie ulega kwestyi, że metodyczne rozszerzanie zwojeń cewki i usunięcie zapalnych nacieków w jej ścianach doszczętnie usuwa wycieki, które są tych zwojeń i nacieczeń następstwem, ale nie są to wycieki tryprowe. [D. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

— 3 —

I. Oppenheim. O toksycznych cierpieniach układu nerwowego. (*Allgemeines und Spezielles über die toxischen Erkrankungen des Nervensystems*).

W odczycie, mianym w r. z. na 64-ym zjeździe niemieckich przyrodników i lekarzy w Halli, O. zebrał wiązanke faktów, bądź znanych, bądź przez niego dostrzeżonych, dotyczących etjologii chorób nerwowych, faktów, które nie będą pozbawione znaczenia praktycznego, jeśli zostaną potwierdzone przez innych badaczy. Przyczynowy związek zarażenia (*infectio*) i zatrucia (*intoxicatio*) z cierpieniami nerwowymi z każdym niemal dniem staje się pewniejszym.

Dwa te momenty przyczynowe wyrugowały z etjologii chorób nerwowych: zaziębienia, nadużycia płciowe, zmęczenie fizyczne i t. d., którym w tym względzie tak wielką rolę do niedawna przypisywano. Jady (toksyny, *virus*) działają chorobotwórczo na tkankę nerwową albo bezpośrednio, albo pośrednio—drogą naczyni krwionośnych. Jako przykład pierwszych wystarcza przytoczyć porażenia, wywołane ołowiem, alkoholem, arsenikiem, zarazkiem dyfterytycznym. Opierając się na własnych spostrzeżeniach, O. sądzi, że niekiedy ma miejsce działanie zbiorowe kilku jądów i że wtedy małe nawet ilości jadu, które w innych warunkach nie są toksycznymi, wywołują cierpienie nerwowe, jeśli współcześnie działają z innym jadem. O. widział np., iż u robotników, obrabiających pewne metale [Pb, Cu, Zn, Hg], już nieznaczne nadużycie wyskoku powoduje zapalenie nerwów (*polyneuritis*) i to cięższe jego postacie [z zajęciem nerwów serca i przepony]. Dalej, liczne przykłady miały przekonać autora, iż i choroby zakaźne szczególnie łatwo wywołują cierpienia układu nerwowego u osób, które wskutek zajęcia wystawione były na działanie innych toksyn.

Toksyny, działając drogą pośrednią, powodują cierpienia nerwowe nie tylko wtedy, gdy sprowadzają zapalenie tętnic i żył mózgu lub rdzenia, lecz nawet wówczas—co mniej ogółowi lekarzy jest wiadomem—jeśli pod ich wpływem ulegają zmianom naczynia krwionośne nerwów obwodowych i mięśni. Autor spostrzegł u starców zapalenie nerwów z przebiegiem przewlekłym, które, na drodze wyłączenia, mógł uczynić zależnem jedynie tylko od znacznej *arteriosclerosis*.

Działaniem bezpośredniem toksyn na pewne ograniczone okolice układu nerwowego można objaśnić powstanie cierpień systemowych; jeśli zaś działają

one drogą naczyń krwionośnych, to muszą powodować cierpienia rozlane. Naturalnie możliwym jest, iż toksyny działają jednocześnie jedną i drugą drogą. Co do cierpień układu nerwowego, występujących pod postacią ognisk rozsianych, to niełatwem jest rozstrzygnąć, twierdzi autor, czy ogniska te zależą od bezpośredniego działania mikroobów, lub toksyn na tkankę nerwową, czy też, że w tych razach i naczynia krwionośne są tylko ogniskami dotknięte. Zależność dwóch najczęstszych wielogniskowych cierpień układu nerwowego (*myelo-encephalitis disseminata et sclerosis disseminata*) od chorób zakaźnych stwierdzają codzienne spostrzeżenia. O. dodaje, iż w etyologii dwóch tych cierpień niepoślednią rolę grają także i zatrucia metalami; spotykał on bowiem te cierpienia, częściej u malarzy, zecerów, grawerów, obrabiających miedź, cynk i t. d..

Toksyny, zdaniem autora, mogą powodować nie tylko cierpienia nerwowe materjalne [systemowe, rozlane i wielogniskowe], lecz i nerwice (*hysteria, epilepsia, neurasthenia etc.*). Szczególniejszy nacisk kładzie O. na naurasteniję, którą, w jego spostrzeżeniach, dotkniętymi miały być często osoby stykające się z metalami.

Prócz wywoływania cierpień układu nerwowego, toksyny czynią go wrażliwszym na inne szkodliwości, jak: 1) trauma [z tą łatwiej o porażenia obwodowe traumatyczne lub o nerwicę traumatyczną u osób, zostających pod wpływem przewlekłego zatrucia, np. alkoholem, u rekonwalescentów po chorobach zakaźnych], 2) zawodowe zaniki mięśni i porażenia łatwiej również występują u alkoholików i dotkniętych przewlekłym zatruciem ołowianem, dalej, 3) *lues spinalis, tabes*, cierpienia skombinowane systemowe, *poliomyelitis*, nierównie silniej mają się wyrażać u pracujących nad metalami.

Wreszcie zatrucia nie pozostają bez wpływu na cierpienia układu nerwowego przyszłych pokoleń. Wiadomem jest oddawna, iż dzieci pijaków dotknięte często bywają epilepsyją lub cierpieniem umysłowem. Rodzice, dotknięci zatruciem przewlekłym ołowianem, płodzą dzieci cierpiące na epilepsyję, płasawicę, histeryję, neurasteniję, migrenę i inne nerwice [BERGER, EULENBURG, OPPENHEIM]. Istnieje więc, zdaniem autora, nie tylko „*neuropathische*“ lecz i „*toxicopathische Belastung*“.

Na zakończenie O. przytacza, że i stykanie się z farbami anilinowemi szkodliwie może oddziaływać na układ nerwowy. Widział on powstawanie w tych warunkach nie tylko nerwic, lecz i zmian materjalnych układu nerwowego [np. zanik nerwu wzrokowego].

(Berl. klin. Woch. 1881. N. 49).

W. Gajkiewicz.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

[Ciąg dalszy posiedzenia dnia 24 Listopada 1891].

JUL. KRAMSZYK. Epidemija różyczki i odry w bezpośredniem po sobie następcie. Kilka słów o różyczce i wysypkach podobnych do szkarlatyny. Różyczka jest rozpanawana bardzo rzadko skutkiem wielkiego podobieństwa do odry, za którą też w większości przypadków ją przyjmowano. Kr. dwukrotnie spotykał w Warszawie epidemije różyczki; w jednej z nich *rubeola* jednocześnie niemal wystąpiła z odrą. Spostrzeżenia Kr. pochodzą z praktyki prywatnej; przebieg łagodny cierpienia i brak powikłań stanowią przyczynę, że w szpitalach z różyczką się nie spotykamy, a ludzie biedni w rzadkich tylko przypadkach przy różyczce wzywają pomocy lekarza. Kr. widział razem 88 przypadków różyczki w ciągu 4 lat, dwa razy z charakterem epidemicznym, raz jeden widział, że po upływie 3—8 dni po różyczce u dzieci rozwinęła się bezpośrednio odra. Małe dzieci, niżej 1 roku, także

zapadały, u dzieci jednak młodszych niż $\frac{1}{2}$ rocznych Kr. różyczki nie spotykał. Zараźliwość różyczki jest bardzo wielka, przebycie jej nie chroni od odry. W dalszym ciągu mówca mówi o wysypkach podobnych do różyczki, jakie spotykał w swojej praktyce, wspomina o tak zwanej *rubeola scarlatinosa*, która rozpoczyna się podniesieniem ciepłoty; na piersiach, plecach, udach występuje wysypka; po 3—4 dniach wysypka ginie; łuszczenia w tych przypadkach nie było. Jest to choroba podobna do szkarlatyny, jednak Kr. nie uważa za odpowiednią nazwę *rubeola scarlatinosa*. Przypadki te stawia w zależności od influenzy.

D y s k u s y j a.

Prof. BARANOWSKI nie widział żadnej łączności pomiędzy różyczką a influenzą; obecnie wogóle panuje zbyt wielka skłonność do wiązania rozmaitych cierpień z influenżą. Przy influenzy wysypki należą do nader rzadkich.

JAKOWSKI widział chorych z wysypką szkarlatynową, po której zaraz wystąpiła odra.

KRAMSZTYK różyczki nie stawia w łączności z influenżą, a tylko te przypadki, o których wyżej mówił, które nie są ani odrą, ani szkarlatyną, ani też różyczką; tak zwana dawniej *rubeola scarlatinosa*.

WOLBERG. Dawniejsi autorzy widzieli różyczkę u dzieci starszych 16—18 letnich, sam widział u dziecka 14-letniego. W. przypuszcza, że zarazek różyczki i odry wnikać mogą do organizmu jednocześnie. Niejednokrotnie zdarza się, że po odrze nader szybko występuje szkarlatyna, albo też po ospie—szkarlatyna.

KOSMOWSKI. Wielu badaczy zaprzecza egzystencji różyczki, jako oddzielnej formy chorobowej, dopiero w ostatnich czasach, zawdzięczając nader licznym spostrzeżeniom, różyczkę zaczęto przyjmować za chorobę samoistną. Forma wysypki nie przedstawia nic odrębnego; jako charakterystyczne cechy dla różyczki K. wskazuje na brak zwiastunów, krótkotrwałość wysypki, brak objawów ze strony gardzieli i powikłań następczych.

Posiedzenie I. XII. 91. GABSZEWICZ: R a n a p o s t r z a ł o w a ż o ł ą d k a. Praca ta drukowaną będzie w Gazecie Lekarskiej. W dyskusji nad tą kwestyją zabrali głos następujący członkowie.

JAWDYŃSKI. Większość chirurgów jest zdania, aby przy ranach postrzałowych brzucha przystępować do laparotomii jak najwcześniej. Dotąd operacje robiono w przypadkach cięższych i dlatego też odsetka śmiertelności jest dosyć znaczna. J. spostrzegł jeden przypadek rany postrzałowej brzucha: zraniony był żołądek i w 3 miejscach kiszka cienka; do laparotomii przystąpił już przy rozpoczynającym się zapaleniu otrzewnej, rany z łatwością odszukał i zaszył. Po kilku dniach śmierć. Przy sekcji znaleziono z lewej strony brzucha jamę, w której był *ascaris lumbricoides*.

PERKOWSKI przytacza przypadek, w którym także była rana postrzałowa brzucha. Chory przybył do szpitala z *empyema pleurae*. Przetoka, powstała po otworzeniu klatki piersiowej, długo nie chciała się goić; przy opatrunku P. raz wyciągnął z rany *ascaris lumbricoides*, poczem rana nader szybko się zagoiła. P. przypuszcza, że *ascaris* dostał się z żołądka do opłucnej.

STANKIEWICZ również przytacza przypadek rany postrzałowej brzucha, zakończony wyzdrowieniem.

Wiadomości terapeutyczne.

— 3 —

1. Znaczenie obfitego napoju przy chorobach zakaźnych, szczególnie przy tyfusie brzuszny. W roku zeszłym na temże miejscu w sprawozdaniu z pracy prof. SAHLI'ego o przeplukiwaniu organizmu [Gazeta Lekarska, 1891 r. str. 19, 150], wyraziliśmy zdanie, że dostarczanie chorym gorączkującym dużej ilości płynu w postaci wody, ziółek i t. d., od dawna zresztą

praktykowane w medycynie ludowej, ma racjonalne podstawy i może w większej liczbie przypadków pomyślnie wpłynąć na bieg choroby. W tymże roku na klinice prof. LICHTHEIM'a w Królewcu asystent kliniki, Dr. VALENTINI (*Deutsch. med. Woch.* 1891, 30), idąc za wskazówkami pracy SAHLI'ego, przeprowadził szereg spostrzeżeń nad wpływem obfitej ilości napoju u chorych gorączkujących [tyfus brzuszny, tyfus wysypkowy, zapalenie płuc włóknikowe, szkarlatyna, odra].

Przedewszystkiem wybrano do spostrzeżeń w tym kierunku przypadki [9] bardzo ciężkiego tyfusu brzuszego. Chorzy otrzymywali codziennie dwa litry mleka, litr buljonu, oprócz tego — wody zwyczajnej w obfitej ilości, bez ograniczenia, wreszcie i wodę seleerską. Niektórym chorym podawano obok tego 200 grm. cukru mlecznego, rozpuszczonego w litrze wody zwyczajnej: cukier mleczny miał tu znaczenie środka odżywczego i moczo-pędnego. Wszyscy chorzy bardzo dobrze znosili ten sposób leczenia; u żadnego z nich nie spostrzegano ani obrzydzenia do napoju, ani wymiotów. Ilość dobowa moczu dochodziła do 5,000, a nawet do 6,000 cent. cześć. Burzliwe przedtem objawy mózgowo-łagodniały. Język suchy i popękany stawał się wilgotnym. W mniej ciężkich przypadkach tyfusu brzuszego ilość napoju zwiększano również, ale w sposób mniej gwałtowny; starano się w tych razach tylko o doprowadzenie diurezy przynajmniej do 2000 cent-sześć. na dobę.

Wogóle należy powiedzieć, że wyniki otrzymane wskazują istotnie na ważne dodatnie znaczenie przepłukiwania organizmu za pomocą obficie dostarczonego napoju — podczas tyfusu brzuszego.

O pomyślnych wynikach, otrzymanych przy tym sposobie leczenia u chorych tyfusowych wspominają następnie DÉBOVE [150 chorych] z Paryża i ROBINSON z New-Yorku.

Co się tyczy innych chorób zakaźnych, to w jednym przypadku tyfusu wysypkowego zauważono również wydatną poprawę przebiegu przy tym sposobie postępowania.

Przy zapaleniu płuc włóknikowym o wiele trudniej było osiągać zwiększenie diurezy za pomocą obfitego napoju. Zresztą jakkolwiek w kilku ciężkich przypadkach udawało się ilość dobową moczu z 600—800 cent. sześć. doprowadzić do 1500 cent-sześć., jednakże wydatniejszego pomyślnego wpływu na ogólny stan chorego i na przebieg cierpienia nie zauważono.

Przy szkarlatynie i odrze diureza również wzmagala się pod wpływem obfitego napoju, znaczenia jednak większego w tym razie owej metodzie przypisywać nie można, gdyż przypadki owe same przez się miały przebieg łagodny.

W każdym razie we wszystkich chorobach zakaźnych — obok odpowiednich środków leczniczych stosownie do każdorazowego wskazania — obfite dostarczanie płynu zasługuje na baczne uwzględnienie. Przeprowadzenie tej metody leczniczej po większej części nie przedstawia zbyt trudności, a lekarz może zawsze posiadać dokładną wskazówkę do postępowania — w staranem ocenianiu dobowej ilości moczu.

2. Duboisinum sulfurium, jako środek uspokajający i nasenny. *Duboisia myoporoides*, należąca do rodziny *Solanaceae*, rośnie pospolicie w kolonijach australskich w postaci niskiego drzewa albo krzewu. Mieszkańcy tameczni dawno znali tę roślinę i z niej użytkowali. Przez nacięcie lub podziurawienie łodygi otrzymują oni sok, posiadający własności narkotyczne i upajające. To też z własności owego soku korzysta ludność tameczna: upaja się ona nim i używa go do połowu ryb. Cząstkami soku zgęszczonego, rzuczonego do wody, ryby zostają odurzone, wypływają na wierzch i przez to łatwo zbiera się dają.

Dopiero kilkanaście lat temu w Europie pierwszy raz otrzymano z owej rośliny alkaloid, duboizynę. Jedni badacze uważają ów alkaloid za identyczny z hyoscyaminą, lub z hyoscyną, inni temu przeczą.

W każdym zazię duboizyna, albo siarczan duboizyny, w działaniu swem fizyologicznem przedstawia dużo podobieństwa do atropiny. Pominąwszy inne objawy działania duboizyny, przypomniemy tylko, że alkaloid ten, podobnie jak atropina, rozszerza źrenicę i w tym celu nawet początkowo gorąco była zalecaną przez oftalmologów.

W owych kilkunastu latach próbowano skutków duboizyny, prócz cierpień ocznych, przy niektórych innych chorobach, jak np.: przy chorobie BASEDOW'a, u suchotników przeciwko potom. Szerzego jednak zastosowania duboizyna nie znalazła.

Dopiero w roku zeszłym Dr. OSTERMAYER z Pesztu zwrócił uwagę na własności uspokajające i nasenne, jakie posiada duboizyna (*Allgemeine Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 47. Hft. 3, 4*), a na

stępnie potem Dr. GELLHORN (*Deutsch. med. Woch. 1891. 30*) podał szereg spostrzeżeń, stwierdzających istotnie owe własności duboizyny. Spostrzeżenia na 21 umysłowo chorych pochodzą z zakładu D-ra PIERSON'a w Pirna.

Po wewnętrznem, albo podskórnem zastosowaniu siarczanu duboizyny u chorych umysłowych, spokojnych, ale cierpiących na bezsenność, następował sen kilkogodzinny. U chorych zaś niespokojnych, rozdrażnionych do najwyższego stopnia, po zastrzyknięciu podskórnem siarczanu duboizyny następowało uspokojenie się, a u wielu z nich—sen spokojny, kilkogodzinny.

Działanie środka po największej części występowało już w kilka minut po zastosowaniu. Nieprzyjemnych, lub groźnych objawów po duboizynie wogóle nie spostrzegano. Jednakże nieco więcej ostrożności trzeba zachować przy stosowaniu duboizyny u osób bardzo starych, lub mocno wyniszczonych. Niektórzy chorzy skarżyli się na ból w miejscu zastrzyknięcia. Ani ropni, ani większych nacieczek nie widziano ani razu.

W każdym razie ze spostrzeżeń GELLHORN'a wnosić należy, że siarczan duboizyny jest środkiem wysoce uspokajającym u osób umysłowo-chorych przy stanach rozdrażnienia (*sedativum*), że w wielu razach wywiera niezawodne działanie nasenne (*hypnoticum*), i że w nżyciu jest o wiele bezpieczniejszym od stosowanej dotąd hyoseyny.

Spostrzeżenia D-ra LEWALD'a z Liebenburga (*Neurol. Centrbl. 1891. 19*), oraz D-ra PREININGER'a, asystenta kliniki psychiatrycznej czeskiej w Pradze (*Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. Bd. 48. Hft. I i II*), dały również takie same wyniki, jak powyżej przytoczone. PREININGER zwraca przytem uwagę na ten fakt, że siarczan duboizyny wewnętrznie stosowany działa o wiele słabiej, aniżeli przy zastosowaniu podskórnem, tak, że w wielu razach nawet 0,002, do wewnątrz podane (*per os*), nie wywierały pożądanego działania, t. j. nie uspokajały.

Siarczan duboizyny stosować należy w roztworze wodnym w postaci zastrzykiwań podskórnych, albo wprost *per os*: 0.04 siarczanu duboizyny na 20.0 wody daje na jedną strzykawkę PRAVAZ'a 0.002 rzeczonego alkaloidu.

Dawka wynosi do zastrzykiwań podskórnych u kobiet 0,0008—0,0012 *pro dosi et die*, u mężczyzn 0,0012—0,0022 *pro dosi et die*. Przy stosowaniu wewnętrznem (*per os*) 0,0008—0,0022. Przy dłuższem stosowaniu bez przerwy można dawkę zwiększać, ale bardzo powoli i ostrożnie.

3. Hydrastis canadensis przeciwko potom u suchotników. Posiadamy wprawdzie kilka cennych środków przeciwko potom u suchotników, jak np.: atropinę, agarycyne, kwas kamfory i t. d., jednakże każdemu z nas wiadomo, ile razy owe środki albo zawodzą, albo nie mogą być stosowane z powodu pewnych przeciwwskazań. Dla tego też bardzo pożytecznem może okazać się spostrzeżenie, podane przez D-ra CRUSE'go (*Berlin. klin. Wochenschr. 1891. 22*).

Hydrastis canadensis, a mianowicie jako *extractum fluidum*, z początku stosowane przeciw krwawieniom maciecznym, okazało, jak wiadome, w wielu razach skuteczne działanie i przy krwawieniach z innych organów [płuca, nerki].

Otóż, CRUSE, używając tego przetworu u suchotników przy krwotokach płucnych, zwrócił uwagę na ten fakt, że owi suchotnicy, dotąd cierpiący na obfite poty, przestawali się pocić. Nie dość na tem, nieraz się zdarzało, że jedna dawka usuwała ów niemiły objaw na kilka i kilkanaście dni. Odtąd CRUSE zaczął baczeniejszą zwracać uwagę na wzmiankowane działanie rzeczonego przetworu i zawsze stwierdzał jego skuteczność. U suchotników zatem ze silnemi potami nocnemi można wieczorem podawać *extractum Hydrastis canadensis fluidum* w ilości 30 kropel, albo i więcej.

4. Natrium chloro-boracum. Nie znamy dotąd z całą dokładnością ani sposobu otrzymywania, ani ścisłego składu tego przetworu. Ma to być podobno mieszanina boraksu z 15 procentami kwasu borowego, trzema procentami soli kuchennej i z dodatkiem podchlorku w niewielkiej ilości (EVALD—*Handbuch der Arzneiverordn.—1891, 12. Aufl.*). Wspominam jednakże o tym przetworze dla tego, że, jak w jednym z najbliższych numerów Gazety się przekonamy, środek wzmiankowany odgrywać może w przyszłości wydatną rolę w terapii karbunkułu. BEHRING, znany badacz na polu chorób zakaźnych, w ostatniej swej pracy, która dopiero co się ukazała, podając o swych doświadczeniach leczniczych nad karbunkułem u zwierząt, twierdzi z całą stanowczością, że za pomocą podskórnych zastrzykiwań mieszaniny sublimatu i chloro-boranu-sodu otrzymywał zawsze wyleczenie u myszy i królików. Ani sam sublimat, ani samo *natrium chloro-*

borosum tą skutecznością, co owa mieszanina, się nie odznaczają. Prędzej już można mówić o skuteczności samego *natrium chloro-borosum*, gdyż przy bardzo długim stosowaniu tego przetworu BEHRING'owi udawało się w wielu razach zwierzęta, u których sztucznie wywołano karbunka, ocalić od śmierci. Nie można wprawdzie wyników doświadczeń tych ze zwierząt wprost przenieść na ludzi, wątpliwości jednakże nie ulega, że pośrednio tą drogą medycyna niezmiernie wiele już zyskała, a w przyszłości więcej jeszcze zapewne zyska.

Dotąd z poszukiwań RUGER'a wiemy o *natrium chloro-borosum*, że odznacza się wydatnymi własnościami antyseptycznymi: 10% roztwór wstrzymuje rozwój lasecznika gruzliczego, a już 1% roztwór tej soli podwójnej zabija laseczniki tyfusowe, oraz laseczniki przecinkowe FINKLER-PRIOR'a.

Działanie antyseptyczne tej soli ma zależeć od powolnego odszczepiania się chloru.

KETTLER podaje, że otrzymywał dobre wyniki w tyfusie brzuszny przy podawaniu do wewnątrz chloro-boranu sodu w proszku, albo w roztworze [0,2—0,5 co dwie godziny].

Jako przetwór nietrujący i bezwonny znalazło *natrium chloro-borosum* zastosowanie przy leczeniu chorób ginekologicznych [wstrzykiwania do jamy macicy roztworu 3% — 5%], przy leczeniu dyfterytu, przy nieżytach oskrzelowych i krtaniowych [inhalacje z 2% — 3% roztworu].

5. *Antinervinum*, s. *Salicylbromanilidum*, s. *Salbromanilidum*, s. *Salbromalidum*. Jest połączeniem bromacetanilidu ze salicylanilidem.

Jest to proszek biały, krystaliczny, o smaku kwaskowatym, dość przyjemnym. Mało rozpuszcza się w wodzie zimnej, łatwiej— w wodzie gorącej, w alkoholu, w eterze.

W działaniu tego przetworu ma występować zarazem działanie bromu, kwasu salicylowego i antifebryny. Pamiętać trzeba jednakowoż, że środek wzmiankowany obniża znacznie ciśnienie krwi w układzie tętniczym; nie należy go zatem stosować u osób bardzo osłabionych, lub przy słabej czynności serca.

W celach leczniczych związek ten znalazł dotąd zastosowanie dla obniżenia ciepłoty gorączkowej, przeciwko nerwobólom, przy reumatyzmie stawowym, przeciwko migrenie, oraz w cukrzycy dla zmniejszenia dobowej ilości moczu i procentowości cukru.

Dawka wynosi u dzieci większych 0,20, u dorosłych 0,35—0,50—0,60—1,0.

Wiktor Grostern.

Wiadomości bieżące.

— W d. 29 Grudnia 1891 r. obchodzone w Krakowie 25-tą rocznicę założenia tamtejszego Towarzystwa Lekarskiego. Program tej uroczystości brzmiał: 1) godzina 6 wieczorem nadzwyczajne posiedzenie Towarzystwa w auli *Collegii novi*: a) przemówienie prezesa Towarzystwa, b) sprawozdanie sekretarza stałego z 25-letniej działalności Towarzystwa i rozdanie broszury pamiątkowej, c) odczyt prof. CYBULSKIEGO: „Kilka słów o nowszych poglądach na lokalizację mózgu; d) ogłoszenie nowo zamianowanych przez Towarzystwo członków honorowych; 2) wspólna kolacja w hotelu Saskim.

— W Towarzystwie Lekarskiem krakowskim wybrano na r. 1892 na prezesa D-ra PONIKŁĘ, wiceprezesa D-ra SZEWCZYKA, sekretarza dorocznego D-ra OPIEŃSKIEGO.

— Pierwszy tom dzieła „*Traité de médecine publié par CHARCOT, BOUCHARD et BRISSAUD*“ wyjdzie w połowie roku bieżącego w przekładzie polskim. Wydawcą jest kol. STANISŁAW MARKIEWICZ. Przekładu dokonają koledzy: CIĄGLIŃSKI, ST. MARKIEWICZ i PRUSZYŃSKI. Przekład obejmuje na teraz ogólną patologję zakażenia, zaburzenia w odżywianiu i patologję zakażeń wspólnych ustrojowi człowieka i zwierząt.

— Wskutek postanowienia rady ogólnej departamentu Sekwany, prefekt tegoż departamentu wyznaczył komisję, mającą się zająć ułożeniem projektu Instytutu lekarsko-sądowego (*Institut médico-légal*) w Paryżu.

— Jak to już zaznaczyliśmy na tem miejscu, od dosyć dawna pewne koło lekarzy w Paryżu z D-rem BOURNEVILLE na czele robi zabiegi około wyzyskania dla nauki olbrzymiego materiału, jakiego mogą dostarczyć szpitale paryzkie. Chcą oni mianowicie, aby, z jednej strony, lekarze szpitalni, których kompetencyja naukowa nie ulega wątpliwości, gdyż wszystkie posady obsadzone by-

wają drogą publicznego konkursu, miewali wykłady kliniczne o chorych, przebywających w ich oddziałach, i aby za te wykłady byli płatni, a z drugiej strony, aby każdy szpital miał wspólną pracownię naukową, we wszystkie pomocnicze środki dostatecznie zaopatrzoną i aby miał prosekatora do robienia sekcji pośmiertnych. Między argumentami, dowodzącymi potrzeby wykładów i pracowni, przytaczają projektodawcy i to, iż urzędowe kliniki, mimo znacznej stosunkowo ich ilości, są niedostateczne dla 5000 słuchaczy medycyny, których liczba corocznie stopniowo wzrasta. Że usiłowania, w tym kierunku robione, nie zostaną bezowocne, dowodzi, iż Rada miejska dobroczynności publicznej w Paryżu (*Assistance publique*) kazała niedawno porozlepieć ańsze, zawiadamiające, iż 76 ordynatorów w 20 szpitalach Paryżkich rozpoczęło wykłady bezpłatnie [z chirurgii, medycyny wewnętrznej i akuszerii]. Pisma lekarskie francuzkie, zawiadamiając o tym fakcie, wypowiadają nadzieję, iż niezadługo i pozostających 123 ordynatorów przystąpi do „*Enseignement médical dans les hôpitaux*“. Co do zapłaty wykładającym i urzędzenia pracowni i ustanowienia prosektorów, toczą się układy, aby miasto Paryż przyszło w tym względzie z pomocą Radzie zarządzającej szpitalami.

— D-r MARTIN rozpoczął w ratuszu paryżkim wykłady bezpłatne o higienie społecznej, która zdaniem wykładającego powinna objąć „*l'étude des moyens propres à conserver et à préserver la santé des hommes dans les groupes que la civilisation a formés dans les milieux où ils vivent*“. Wykłady odbywają się 2 razy tygodniowo: w Czwartki teoretyczne: *l'hygiène des différents groupes (infantile, rural, urbain et professionnel)*, a w Niedziele: objaśnienia praktyczne [przez zwiedzanie fabryk, mieszkań robotników, przytułków nocnych i t. d.].

— W końcu Grudnia r. z. otwarto w Paryżu nową bibliotekę dla wydziału lekarskiego. O ruchu, jaki panował w starej, choć szczupłej i niewygodnie urządzonej, biblijotece, dają pojęcie cyfry: średnia liczba czytających wynosiła rocznie 200,000, a ilość wypożyczonych tomów 1,500,000.

— MATTEI podaje wyniki doświadczeń nad malaryją u ludzi i zwierząt. U ludzi, po wstrzyknięciu do żył krwi, zawierającej plazmodyja malaryczne, nietylko że powstawała malaryja, ale i typ choroby najzupełniej taki sam, jak u tej osoby, z której krew wzięto do wstrzykiwań. Gołębie chorują również na malaryję, jednakże malaryczna krew gołębi nie wywołuje malaryi u człowieka, ani też krew malaryczna ludzka nie wywołuje malaryi u gołębi.

— XI Kongres medycyny wewnętrznej odbędzie się 20—30 Kwietnia w Lipsku pod prezydencją CURSCHMANŃ'a. — Tematy wyznaczone dotychczas są następujące: Ciężkie stany anemiczne [referenci: BIERMER i EHRLICH]; Przewlekłe zapalenie wątroby [refer.: ROSENSTEIN i STADELMAN]. HUEPPE i BÄUMLER mówić będą o tuberkulinie pod względem bakteriologiczno-chemicznym i klinicznym. Wykłady zapowiedzieli: EMMERICH, GOLTZ, PEIPER, SCHOTT, JAKSCH.

— Obliczenia ciałek nasiennych, wykonane przez LODE'go, przekonały, że u psa w jednym wytrysku znajduje się ich 55 milionów; w centymetrze sześciennym nasienia 81,000. U człowieka ilość nasienia jest 5—6 razy większą niż u psa; w jednym wytrysku znaleziono 225 milionów ciałek nasiennych, w centymetrze sześciennym 60,000 ciałek. W porównaniu stosunku ziarn pyłkowych do jajek u roślin, oraz ciałek nasiennych i jajek u zwierząt i ludzi okazuje się, że stosunek ten wypada najpomysłniej [dla zapłodnienia] u człowieka; przypada bowiem na jedno jajko żeńskie 848 milionów ciałek nasiennych (*Wien. med. Presse. Nr. 48. 1891*).

— Według badań SPENGLER'a, laseczniki KOCH'a w płwocinie najskuteczniej niszczy lyzyl w 10% roztworze przy działaniu przez ciąg 12 godzin. Wpływ lyzolu jest silniejszy niż kwasu karbolowego; silniej też działają aseptol i kreolina, lecz są mniej pewne niż lyzyl (*Münch. med. Woch. Nr. 45. 1891*).

Zmarł: LÉON TRIPIER, prof. kliniki chirurgicznej w Lyonie.

— Książd A. DULKO zawiadamia nas listownie, iż w Duniłowiczach [gubernija Wileńska, powiat Wilejski] nie ma lekarza i że lekarz mógłby tam zarabiać do 1000 rs. rocznie.

Do dzisiejszego N-ru Gaz. Lek. dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów „Katalog nowych dzieł“ księgarni E. Wendego i S-ka za miesiąc Listopad 1891.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою, Варшава 20 Декабря 1891 г. Друк K. Kowalewskiego, Królewska Nr. 29.