

GAZETA LEKARSKA.

I. KILKA SŁÓW O LECZENIU RZEŻĄCZKI.

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

Podał

T. Trzeciński,
ordynator szpitala Ś-go Łazarza w Warszawie.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 1].

Zdaje się, że zanadto dotychczas przeceniano genetyczny związek trypra ze zwężeniami cewki. Wszakże się spotyka ogromną liczbę chorych, że tak powiem, w boju osiwiałych, którzy latami i dziesiątkami lat noszą owego trypra, u których badanie żadnych zmian w świetle cewki nie wykrywa; z drugiej zaś strony spotyka się często zwężenia u ludzi, co nigdy trypra nie przechodzili. Szczególniej odnosi się to do owych zwężeń bardzo opornych w leczeniu, które zaczynają się u samego wylotu cewki pod postacią modzelowatego zgrubienia jej ściany i szerzą się dalej w kierunku dośrodkowym.

Wogóle zatem sondy metalowe działają znakomicie przy wyciekach, wywoływanych przez zwężenia i grube zmiany w utkaniu ścian cewki, ale rzeżączki przewlekłej nie usuwają.

Pozostaje endoskop. Powitany w chwili swego pojawienia z niezmiernym entuzjazmem, łatwo zrozumiałym wobec małej skuteczności innych metod leczenia, używany, a co gorzej, nadużywany przez czas długi, tracił następnie powoli kredyt, a zdaje się, że dziś jako instrument terapeutyczny w całej Europie został zawieszony na kołku zapomnienia.

Dzieli endoskop przyczyny swej małej skuteczności z instylacjami Guyon'a w tym sensie, że wywołane przezeń silne podrażnienie cewki znakomicie przewyższa teoretycznie możliwy efekt terapeutyczny. W biegłych bardzo rękach może być dobrym pomocnikiem przy rozpoznaniu umiejscowień przewlekłego trypra, ale i tu, wyznać trzeba, wskazówki jego są dość niewyraźne, przy niezmiernie małym polu widzenia i szybko następującem przekrwieniu błony śluzowej. Sądzę, że nierównie dokładniejsze rezultaty przy badaniu zmian w utkaniu cewki może dać sonda metalowa, wprawna ręką wprowadzona.

Przed kilku laty zbudował Oberlaender swój elektro-endoskop i na zasadzie tego, co przezeń widział, skreślił samodzielnie anatomiję patologiczną i terapiję przewlekłego trypra. Acz chwalona wielce przez Fuerbringer'a, jest to robota cudacka, fantazyjna, niemożliwa wprost do zrozumienia, a do terapii

wprowadza jakiś heroiczny instrument, który ma rozrywać błonę śluzową w miejscach chorobowo zmienionych i w ten sposób zmuszać nacieki do wessania. Słusznie bardzo zauważył NEISSER, że dziwną jest ta jednostajna terapia OBERLAENDER'a, wobec mnóstwa gatunków trypra przez niego skonstatowanych, tem więcej, że ów dilatator jest narzędziem, działającym—*incredibile dictu*— tylko na przednią część cewki, bo po za *compressor* nie przechodzi.

Wogóle można powiedzieć o endoskopie to, co czcigodny ojciec weneryjologii polskiej wyrzekł ongi o dyagnostycznym znaczeniu tętna: „Jedno snąc GALEN ćwiczony w tem był, co z tętna wiele rzeczy znał, a naszych czasów doktor STRUŚ; wszakoż ci obadwa, dobrze i mądrze nam o tętnach pisząc i do ich uznania drzwi jakoby otworzyć chcąc, klucze z sobą do Nieba zamieśli“. *Mutatis mutandis* powiedzieć można, że istnieje czasów naszych doktor GRUENFELD, co umie sobie endoskopem poczynać, ale klucza do tej umiejętności nikomu udzielić nie jest mocen.

Przed 6-oma laty na zjeździe niemieckich lekarzy w Strasburgu zakomunikował NEISSER swoją metodę leczenia, polegającą na tem, że iryguje się kilka razy dziennie całą cewkę słabym roztworem azotanu srebra, mianowicie: 1 : 2,000 do 1 : 3,000, za pomocą kateteru „*filiforme*“, zakończonego maleńką oliwką o średnicy № 6 — 8 CHARRIÈRE'a.

Metoda ta jest, mojem zdaniem, początkiem epoki racjonalniejszego leczenia przewlekłego trypra. Działamy tutaj na całą błonę śluzową cewki, głównie zaś na błonę śluzową *urethrae posterioris*, za pomocą łagodnych roczynów i narzędzia możliwie najmniej drażniącego, ile że oliwka o średnicy № 6 — 8 CHARRIÈRE'a, kończąca elastyczny cewnik, z wielką łatwością forsuje przejście przez *compressor*, a dla swych małych wymiarów i wygodnego kształtu nie drażni cewki zupełnie. NEISSER, oprócz kilkowierszowej wzmianki w protokole strasburskiego zjazdu, nigdzie więcej i szerzej swej myśli nie rozwinął. Ponieważ metoda wydała mi się racjonalną, zacząłem ją stosować przed 6-oma laty i przekonałem się wkrótce, że nie wyszła jeszcze po za koło kardynalnego błędu, mianowicie: zbyt silnego drażnienia, które niweczy działanie dodatnie. Modyfikując ją poniekąd, zacząłem stosować irygacje raz dziennie, a koncentrację roztworów azotanu srebra zmniejszyłem o wiele. Używam więc dziś szprycy GUYON'a, w której tłok nie obraca się na szrubie, ale posuwa, jako w zwykłych szprycach, i kateteru elastycznego „*filiforme*“ z oliwką na końcu.

Technika i metodologija przedstawia się w sposób następujący. Gdy minął już ostry okres rzeźączki, gdy tylko mętnawa kropla ukazuje się u wylotu cewki w odstępach kilkogodzinnych, a mętna porcja moczu wskazuje na *urethritis posterior*, stoimy wtedy wobec amfibolicznego okresu trypra, odznaczającego się wtedy właśnie niezmiernie silną dążnością do przejścia w stan przewlekły, a mimo to dość łatwego do wyleczenia. Bo zaznaczam z góry, że w tej właśnie amfibolicznej fazie o wiele łatwiej jest doszczętnie trypra wyleczyć, aniżeli walczyć z wyraźnie przewlekłą formą choroby, i tej fazy, jako najpodatniejszej do leczenia, nie wolno jest nie wyzyskać.

Postępuję wtedy w ten sposób. Po oddaniu moczu przez chorego, wyżej wspomniany cewnik, połączony z napełnioną szprycą, wprowadzam aż do pęcherza. Przy minimalnej wprawie ręka doskonale odczuwa chwilę, kiedy oliwka cewnika przechodzi przez *compressor, sphincter vesicae ext.*, część prostatyczną cewki i kiedy przenika do samego pęcherza. Dla dokładności jedynie wspominać, że cewnik jest utrzymany aseptycznie [wytarty watą, zmoczoną w roztworze sublimatu 1:500 i osuszony czystą watą hygroskopijną], a przed wprowadzeniem do pęcherza usunięto z niego pęcherzyki powietrza, wsuwając tłok szpryczki, aż do ukazania się płynu u otworu oliwki.

Cofając następnie z wolna kateter, iryguję całą cewkę, używając zwykle na pierwszym posiedzeniu roztworu 1:8000. Dopóki oliwka cewnika znajduje się w błoniastej części cewki, płyn wylewający się z kateteru pozostaje w cewce, jako zatrzymany przez *compressor urethrae*; gdy oliwka przejdzie po za *compressor*, płyn, irygujący przednią część cewki, wypływa z wylotu cewki naokoło kateteru. Cała manipulacja jest najzupełniej bezbolesną. Małeńka oliwka cewnika wywołuje zaledwie słabe uczucie ukłócia, w chwili przejścia przez *compressor* mała ilość roztworu, która się dostaje do pęcherza, dla swej słabej koncentracji nie sprawia absolutnie żadnej sensacji; ta ilość płynu, która zostaje w cewce zatrzymana przez *compressor*, nie wywołuje żadnych tenezmów. Gdy chory oddaje następnie mocz, co mu pozwalam zrobić nie prędzej jak po 2-ch godzinach, doznaje zaledwie słabego uczucia ciepła, a i to tylko po pierwszej irygacji. Wyżej opisany rękoczyn powtarza się codziennie.

Już po kilku dniach leczenia przezroczystość moczu powraca, a wydzielina tryprowa występuje jedynie pod postacią nitek; nitek tych jest z każdym dniem mniej, są to już tylko „*rari nantes in gurgite vasto*“, a wreszcie po 2 — 3 tygodniach leczenia znikają w zupełności. Pod koniec leczenia, irygacji nie robię już codziennie, ale co 2 — 3 dni. Że roztwory azotanu srebra niezmiernie słabej koncentracji działają bardzo skutecznie, że więc ten sposób leczenia jest teoretycznie uprawniony, wykazała ta praca GUYON'a (*Le mèrcredi médical* N. 6. 1891), w której udowodnioną została wysoka antyseptyczna wartość infinitezymalnie słabych roztworów azotanu srebra, słabszych o wiele od używanych przezemnie przy leczeniu trypra.

Rozumie się samo przez się, że opisany tu sposób postępowania nie uwalnia od indywidualizacji. Są chorzy, którym roztwór 1:6000, a nawet 1:8000 zanadto drażni cewkę; są, którzy nie znoszą codziennych irygacji. Czasami pomimo zanikania sprawy w tylnej części cewki minimalne drażnienie, jakie sprawia cieniutki kateter, wywołuje objawy podrażnienia, *respective* podostrawy wyciek z jamistej części cewki; wtedy irygacjom przychodzą w pomoc zwyczajne szprycowania jakimkolwiek łagodnym ściągającym środkiem, które chory wykonywa raz lub dwa razy dziennie. Czasem znowu powrót podostrych objawów zmusza do przerwania już rozpoczętych irygacji i do odłożenia ich na tydzień lub dwa. Zawsze atoli podstawa leczenia zostaje taż sama, t. j.: codzienne irygacje całej cewki roztworem azotanu srebra 1:6000 — 1:10000, za pomocą kateteru „*filiforme*“, zakończonego małeńką oliwką. Chorego uważam

za wyleczonego, kiedy zrana z wylotu cewki wyciska się płyn zupełnie przezroczysty, a ranny mocz zawiera, co najwyżej, kilka drobnych pyłków. Pyłki owe składają się jedynie ze złuszczonej komórki nabłonka i śluzu.

Tak się przedstawia leczenie trypra, obserwowanego od początku ostrego okresu. Jeżeli się ma do czynienia z chorym, który zjawia się z rzeżączką, trwającą już długie miesiące lub nawet lat kilka, naturalnie, że należy przede wszystkim zbadać drożność cewki i ewentualne tkankowe zmiany w jej ścianach, a dopiero po usunięciu tychże drogą mechanicznego rozszerzenia przystąpić do wyżej opisanych irygacyj. Doświadczenie lat kilku nauczyło mnie, że przy bardzo zastarzałych rzeżączkach najlepsze rezultaty osiąga się za pomocą możliwie najslabszych roztworów: najskuteczniejszym bywa zwykle wtedy roztwór 1:10000. Naturalnie, że wyleczenie pleśnią starości okrytego trypra nie może nastąpić w tydzień lub dwa, że się rozciąga na czas jednego, dwóch lub nawet, w uporzeczywych przypadkach, trzech miesięcy, ale nie zapominajmy, że widuje się chorych instylowanych metodą GURON'a nieraz przez rok cały, ale zato bez żadnego skutku.

Nie przytaczam statystyki tryprów, leczonych tym sposobem, ile że metoda jest tak prosta i łatwa, iż każdy wypróbować ją może, tem bardziej, że, jako zupełnie bezbolesna, jest doskonale przez chorych znoszona. Nie taję, że zdarzają się przypadki rzeżączki, które temu sposobowi leczenia nie ustępują. O ile mi się zdaje, jest to następstwem małej odporności tkanek i zmniejszenia ich energii żywotnej; bo tacy chorzy bez żadnego miejscowego leczenia pozbywają się doszczętnie trypra, przebywszy kilka tygodni w kąpielach morskich, w górach, w zakładzie hydropatycznym, lub wprost na wsi w możliwie dobrych warunkach higienicznych i dyjetetycznych. W końcu niech mi będzie wolno zakomunikować Panom sposób leczenia najczęstszej komplikacji trypra, zapalenia przyjądrza, którego to sposobu używam od lat wielu w swoim oddziale szpitalnym.

O ile mi wiadomo, wobec *epididymitis* stosuje się w Warszawie pijawki okłady lodowe, lub okłady z *aqua Goulardi*. Przeciwko pijawkom, stosowanym na mosznę, mogliby, jak sądzę, chirurgowie mieć dużo do zarzucenia. Osobliwszą jest torturą zmuszanie chorego do okładania lodem swej moszny nieraz przez ciąg 3-ch lub 4-ch dni, nie mówiąc o tem, że tak energiczne mrożenie obfitego w nerwy narządu nie jest zupełnie bezpieczne. Wobec wielkiej bolesności chorego przyjądrza, poprzedniej gorączki i prostracyi ogólnej, woda gulardowa używa się chyba *ut aliquid fecisse videatur*. Praktykuje się jeszcze, chyba że w Warszawie tylko, osobliwsza metoda, wprost już niezrozumiała: jest to miejscowe wcieranie szarej maści. Proceder taki bardzo często wywołuje *stomatitis mercurialis*, ale nic więcej zrobić nie jest w stanie.

Sprawa zapalna przy *epididymitis gonorrhoeica* zostaje bardzo szybko powstrzymana u rozwoju za pomocą miejscowej rewulsyi, wywołanej przez maść lapisową w stosunku 1 na 10 tłuszczu. Natychmiast po wystąpieniu objawów *epididymitidis* obwijam ze wszech stron chore jądro kawałkiem płótna, na który dość grubo rozsmarowano powyższą maść, pokrywam następnie grubą warstwą waty i nakładam suspensoryjum. Maść ową chory zatrzymuje przez 24 godzin. Silne z początku uczucie palenia ustępuje po godzinie lub dwóch, a po zdjęciu

opatrunku skóra na mosznach jest częścią zczerniała, częścią czerwona i sącząca. Wtedy jądro, które już jest znacznie mniej bolesne, pokrywa się jedynie suchą watą, po następnych zaś 24-ch godzinach nakładam *lege artis* suspensoryjum LANGLEBERT'a. W ten sposób traktowany chory rzadko kiedy dłużej nad dobę pozostaje w łóżku i już po kilku godzinach jest wolny od silnych bólów, towarzyszących zapaleniu przyjądrza.

II. DWA DALSZE PRZYPADKI CIAŻY ZAMACICZNEJ.

Podał

Władysław Matlakowski,

ordynator szpitala Dzieciątka Jezus.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 1].

Na jednym z posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie pokazywałem w 1890 r. preparat, otrzymany przy laparotomii, dokonanej wskutek rozpoznania ciąży jajowodowej; preparat w czasie operacji włożony został w słój z roztworem sublimatu, a następnie w alkohol, i *in toto* przyniesiony na posiedzenie, gdzie wywołał żywe zainteresowanie się. Prof. Hoyer był łaskaw worek rozciąć w oczach wszystkich obecnych. Gdy w worku prócz skrzepu krwi nie znalazło się nic innego, moje rozpoznanie ciąży spotkało powątpiewanie powszechne, a nawet usłyszałem i docinek w kształcie przysłowia: *parturiunt montes* i t. d.. Chociaż prace naukowe nie budzą w świecie lekarskim u nas ani krytyki *à outrance*, ani obron gruntownych, ani zaciętrzewienia się przeciwników, jak: w Anglii i Francji, mam nadzieję, że choć nieliczne grono naukowych ginekologów zdołam przekonać, iż rozpoznanie moje było trafne, że nie mogło być innem. Przedewszystkiem przedstawiam cały faktyczny materiał.

Spostrzeżenie 2. Krwistek w prawym jajowodzie jako zejście ciąży zamacicznej; wycięcie; wyzdrowienie.

M. N., 30 lat licząca, żona lekarza, przed siedmiu laty porodziła pierwsze, przed dwoma i pół drugie dziecko, które oba żyją. W Lipcu 1889 r. przebyła poronienie w 3 miesiącu ciąży, jajo wyszło w całości i zarodek był przez lekarza odszukany, leżała wtedy przez ostrożność trzy tygodnie w łóżku, lecz nie gorączkowała i czuła się zupełnie dobrze; krwawienie, towarzyszące poronieniu, było znaczne. 13-go Września i 13 Października odbyła miesięczkę niezem nieróżniącą się od zwykłego przebiegu. 14 Listopada w nocy pojawiły się silne bóle w brzuchu i w krzyżu z nieznaczną wydzieloną krwią, poczem nastąpiła przerwa 17-dniowa i znowu pokazało się krwawienie jeszcze obfitsze z boleściami, po czterech dniach obfite krwawienie, trwające kilka dni, podczas których odeszły strzępy błony doczesnej. Że co do tej ostatniej nie mogło być pomyłki, że nie były to skrzepy krwi, za tem przemawia ta okoliczność, iż rzezione błonki mieli w ręku i starannie badali kol. JANOWSKI i SZUBERLA [w Mińsku gub.] wezwani na naradę do chorej. Znaleźli oni nadto powiększenie macicy, rozpalchnienie szyjki i trzonu, rozszerzenie kanału szyi, tak, że ta przepuszczała koniec palca wskaziciela; obok macicy w odległości dwóch palców na prawo od macicy więcej przez sklepienie przednie wyczuwali wymienieni lekarze guz ruchomy, elastyczny, okrągły i gładki, wielkości orzecha włoskiego; sutki były powiększone, z gruczołów mlecznych wycisnąć można było krople wydzieliny. Po badaniu w ciągu trzech dni istniał u chorej stan gorączkowy, dochodzący wieczorami od 38,2^o do 39^o C., poczem silne bóle po lewej stronie miednicy, które ukoily się do

piero po wstrzyknięciu morfiny i po częstych wstrzykiwaniach do pochwy 2% roztworu kwasu karbolowego, ustały po sześciu dniach. W tym stanie rzeczy chora przyjechała do Warszawy, gdzie d. 18 Grudnia 1889 znalazłem stan następujący:

Średniego wzrostu, dobrej budowy z dość grubym pokładem tłuszczu podskórnego, blada, zresztą zdrowo i dobrze czująca się osoba. Sutki powiększone i jędrne, z brodawek wycisnąć można płyn przezroczysty, wodnisty; chora jednak ostrzeża, że zawsze u niej, nawet między dwoma porodami, dawała się wycisnąć wydzielina. Brzuch miękki z próżnymi kiszkami, doskonale daje się macać z powodu podatności ściany brzusznej; poza prawą kością łonową wyczuwa się guzik, który daje się wy badać dobrze przy śledzeniu obu rękami; jest on wielkości orzecha włoskiego, jest napięty, ale nietwardy, nie daje uczucia chelbotania, leży nad prawem sklepieniem pochwy i nieco od tyłu; pomiędzy nim a palcem czuć przez sklepienie silnie tętniącą arteryję; guz jest gładki, cokolwiek bolesny przy naciśku, bardzo ruchomy; odległość od prawego brzegu macicy wynosi 2 palce, prawe *parametrium* miękkie i podatne, część pochwowa powiększona, rozpulchniona, usta otwarte na tyle, że można wprowadzić czubek palca. Macica znajduje się w położeniu lekkiego tyłopochylenia, jest ruchomą, stoi dość nisko; dół DOUGLAS'a wolny, lewe *parametrium* miękkie i podatne. Nie ma żadnych przypadłości w trawieniu lub oddawaniu moczu; nie ma bólów w krzyżu lub prawej nodze. Sen dobry, usposobienie łagodne i nastrój spokojny, mimo że chora wtajemniczona jest w patologię ciąży zamacicznej i jej fatalne zejścia.

Wynik badania potwierdził wezwany na naradę kol. KONDRATOWICZ, a na wspólnej naradzie doszliśmy do przekonania, że możliwą jest wprawdzie ciąża jajowodowa, jednak nie można wykluczyć i takiej ewentualności, iż chora przeżyła ponowne poronienie, a guz jest tylko przypadkowo znalezionym nowotworem jajnika lub torbielą z jajowodu. Dlatego uradziliśmy czekać i chorej poleciliśmy jechać do domu pod dalszą obserwację jej lekarzy.

Po powrocie do domu kilkakrotne badanie wykazywało ciągły przyrost guza, zmniejszanie się macicy i krwawienie maciczne.

D. 28. I. 1890 po powtórny przyjeździe chorej do Warszawy znaleźliśmy, oprócz nieustannego krwawienia z macicy, guz znacznie większy, wielkości jaja gęsięgo lub małej cytryny, mniej wyraźnie wymacalny od strony pochwy; macica zmniejszona, część pochwowa nie tak rozpulchniona, usta maciczne zamknięte; zagłębienie DOUGLAS'a i lewe *parametrium* miękkie, niezajęte. Przy śmielszym stąpieniu chora czuje ból w prawym dole biodrowym. Uważając rozpoznanie ciąży jajowodowej za prawdopodobne, postanowiliśmy operować.

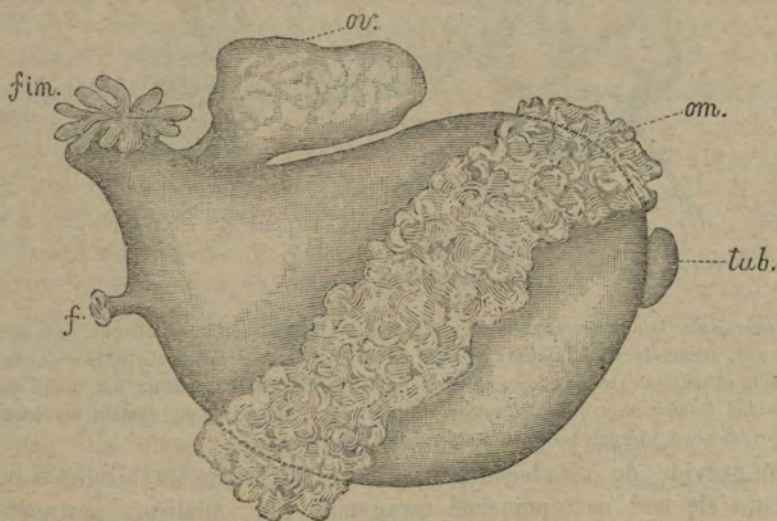
D. 2. II. 1891. Chora została zachloroformowaną i przy pomocy kol. KONDRATOWICZA, JASIŃSKIEGO, CIECHOMSKIEGO i JANOWSKIEGO przystąpiłem do operacji. Po przecięciu ściany brzusznej w smudze na przestrzeni od pępka do spojenia łonowego, natrafiłem na sieć przrosłą w jamie miednicy małej; zorientowanie się w stosunku przedstawiało znaczne trudności z powodu, że napotkałem na kilka guzów, rozmaitej konsystencji i wielkości, a w dodatku, że przy ciągłym naprężaniu się chorej, bardzo źle śpiącej, wślizgiwały się między palce pięłce jelit. Dla ułatwienia sobie manipulowania, za przykładem VERR'a, umieściłem miednicę chorej na poduszce, ażoby zmniejszyć napór jelit do pola operacyjnego, a nadto rozszerzyłem nieco cięcie ku górze i ku dołowi do samego spojenia. Wtedy na wysokości górnego brzegu tego ostatniego, podwiązałem i przeciąłem sieć w poprzek, poczem ponownie wprowadziłem rękę do jamy miednicy, w której wymacałem z prawej strony twarde, nierówny guz, ku tyłowi od niego drugi miękki i mniejszy, a nadto za spojeniem, a zatem nalewo od guza twardego trzeci duży, ale bardzo miękki, podobny z konsystencji do pękniętej i w części opróżnionej torbieli. Wszystkie te guzy były ze sobą sklezione, stanowiąc wspólną masę, a dopiero głęboko w miednicy wyczuwało się dno macicy. Przy usiłowaniu wydostania tworców tych do rany, zauważyłem, iż przy pociąganiu guz twardej z łatwością się odkleja od otaczających części tak, że w pierwszej chwili miałem wrażenie, iż guz ten zupełnie się oberwał; mimo to udało mi się wreszcie wszystkie trzy z rany na zewnątrz wyciągnąć i obejrzeć, a wtedy wyjaśniło się, że 1-o lewy miękki na pół skłapnięty guz jest utworzony przez sieć przrosłą do guza środkowego i zawierającą w sobie płyn krwisto-brudny; przy wyciąganiu ta pseudotorbiel pękła i krew zmieniona wylała się na podłożone gąbki. Tkanka sieci zabarwiona była nacieczonym i zmienionym barwnikiem krwi. 2-o. Główny guz stanowił jajowate rozszerzenie brzusznej połowy prawego jajowodu: jest on twardej, naprężony, wiszący na zadziwiająco swobodnym [obecnie po odklejeniu zrostów] i długim więzie szerokim (*mesosalpinx*).

Część prawego jajowodu niezmienniona między prawym rogiem macicy i guzem wynosi 6 etm.; na obwodowym biegunie guza widać wylot trąbki i strzępki wylotu. Nakoniec z tyłu za zewnętrzną połową guza jajowodowego leży prawy jajnik, torbielowato zmieniony, przyklejony do tylnej i dolnej powierzchni guza, lecz łatwo dający się odeń oddzielić. Po wydobyciu wszystkiego na zewnątrz jamy otrzewnej wyraźnie było widać, patrząc pod światło, że szypułkę guza tworzy od strony macicy jajowód, dalej było widać od zewnątrz grube naczynia i ich sploty, biegnące w grubości więzú szerokiego do jajowodu i jajnika, sam wiąz przedstawiał się jako przeświecająca błona. Każda z tych części została z osobna podwiązana, poczem twory te odcięto ponad podwiązkami [przyczem torbiel w jajniku pękła]; światło jajowodu w przeciętej szypułce przypaliłem przyrządem PAQUELIN'a, a szypułkę wpuściłem do jamy brzusznej. Wprowadziwszy rękę, omacałem macicę i lewy jajnik, w których nienormalnego — przynajmniej dla palców — nie napotkałem. Wydobyciem gąbek i zeszcyciem rany brzusznej zakończyłem operację, która trwała 1½ godziny z powodu złego chloroformowania się chorej; przez cały czas operacji ściana brzuszna była naprężoną do *maximum*, utrudniając wszelkie manipulacje; skoro tylko więcej dodano chloroformu, chora zaczynała oddechać bardzo szybko i powierzchownie, tak, że trzeba było odejmować narkotyk. W czasie operacji kilkakrotnie wystąpiły krztuszenia się i wymioty. Tętno po obudzeniu chorej 64.

Przebieg doskonały; pierwszego dnia z powodu bólów wstrzyknięto morfinę; w nocy były wymioty. D. 3. II. w ciągu dnia boleści w podbrzuszu, w prawej nodze, lecz najmocniejsze w krzyżu; ciepłota 38° C., 4-go stan wyborny, wieczorna ciepłota 38,4° C., przy tętnie 92; 5-go wieczorem 38,7°. Od tej pory stan prawidłowy. *Prima intentio*. W 2 tygodnie po operacji chora wyjechała z Warszawy, w pierwszych dniach Marca odbyła prawidłową miesiączkę, a w roku 1891 zaszła ponownie w ciążę.

O p i s p r e p a r a t u. Preparat przedstawia się jako guz, kształtu nieprawidłowego, jajowatego, którego koniec grubszy zwrócony jest do macicy, cieńszy ryjkowato wydłużony kończy się za pomocą *morsus diaboli*; powierzchnia górna guza mocno wypukła, na spodniej powierzchni spłaszczonej widać listewkę, to odcięta część kręzki jajowodowej. Jajowód wchodzi w grubszy koniec guza, lecz poniżej jego bieguna, bliżej więzú szerokiego; jeśli w myśli przez kanał jajowodu i zarosłe światło in-

Fig. 1.



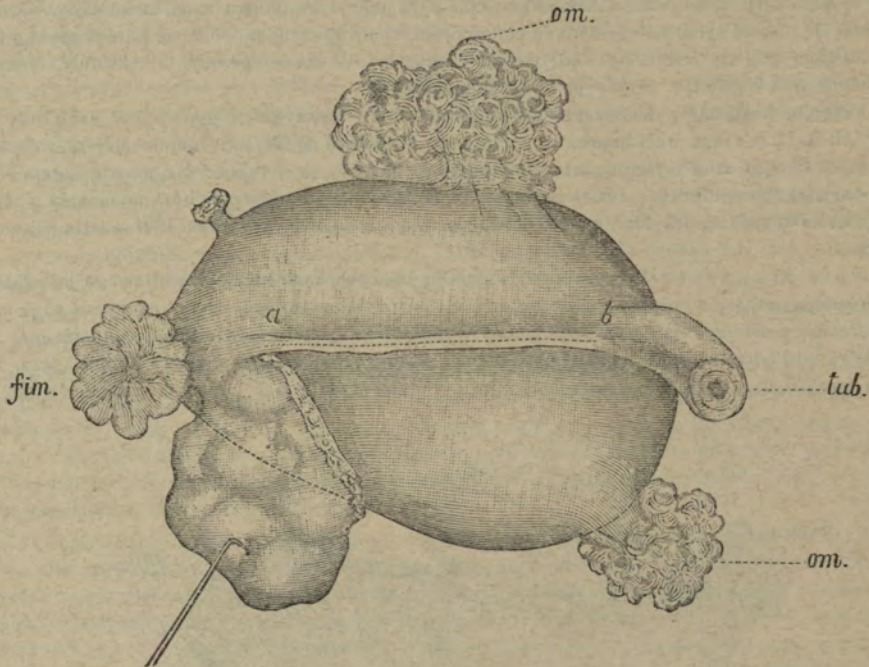
Guz widziany od góry.

fim. = *fimbria*; *ov.* = *ovarium*; *tub.* = *Oviductus*; *om.* = *omentum*.

fundibuli przeprowadzić linię, to prawie cały guz leży ponad tą osią, której długość wynosi 7,7 etm. Jeśli przez tę oś przeprowadzić płaszczyznę frontálną, to tylna część guza większa jest od przedniej.

Przeście jajowodu w guz odbywa się nagle, jak gdyby kto w jabłko wetknął ołówek. Do powierzchni guza przyrosła jest sieć, zmieniona, ciemna, nasiąkła krwią; przyrosła jest spiralnie do przedniej, górnej i tylnej powierzchni łatwo rozrywającymi się zlepami. Między ścianą guza i przyrosłą siecią znajduje się jama wypełniona płynną, zmienioną krwią, której większa część się wylała podczas operacji; krew ta dostała się tu z jamy worka przez szczelinę wielkości dużego łąpka od szpilki w górnej ścianie. Brzegi szczelinki są bardzo cienkie i nierówne. Powierzchnia worka tam, gdzie sieć nie jest przyrosła do niego, jest gładka i ma wygląd błony surowiczej. W odległości 2½ ctm. od brzegu *infundibuli* widać małą, brodawkowatą narośl, przedstawiającą się jako małutka *fimbria*. Obok guza wisi na wieżie szerokim jajnik, na którym nie widać świeżego *corporis lutei*. Obwód guza w równiku 18 ctm.. Średnica wylotu *infundibuli* 2 ctm.

Fig. 2.



Guz widziany od dołu.
ab = mesosalpinx przecięty.

Po przekrajanii ściany worka, okazał się twardy, zbity skrzep krwi, ciemny, jednolity w całej grubości swej, szczelnie wypełniający worek, którego ściana z łatwością daje się oddzielać od skrzepu, poczem okazuje się wewnętrzna powierzchnia worka gładka, równa, jak błona surowicza. Nigdzie nie widać śladów błon jaja płodowego, lub zarodka. Część ściany została wycięta do badania drobnowidzowego, którego łaskawie dokonał kol. KRYSIŃSKI.

Zanim przyjdę do ostatecznego wniosku, upraszam Czytelnika o łaskawe zastanowienie się nad następującymi uwagami. Czy mieliśmy pewność przed operacją co do rozpoznania ciąży jajowodowej? Możliwość rozpoznania ciąży zamacicznej w pewnych tygodniach i miesiącach należy i należeć długo będzie do rzeczy spornych. Gdy OLSHAUSEN ∞) wyraża się że „w większości przypad-

∞) Dyskusyje w Berlińskiem Tow. Lek. 5. II. 1890.—Berlin. klin. Woch. Nr. 8. 1890.

ków rozpoznanie nie przedstawia żadnych większych trudności, nawet w pierwszych miesiącach“ [chyba że bez przerwy przychodząca miesiączka w błąd wprowadzi], MARTIN, który operował 21 razy z powodu ciąży zamacicznej, a zatem któremu nie można odmówić doświadczenia, wyraża się, iż „rozpoznanie ciąży zamacicznej we wczesnych okresach i dziś jeszcze, pomimo ogromnego postępu w badaniu i znajomości klinicznej ciąży zamacicznej, przedstawia wiele rozmaitych wątpliwości; LANDAU na podstawie 24-ch swoich przypadków utrzymuje, iż rozpoznanie stało się w ciągu ostatniego dziesięciolecia łatwiejszem; VEIT powiada że „ciąża jajowodowa jest z a w s z e łatwą do rozpoznania“; CZEMPIN jest wręcz odmiennego zdania i t. d.. Czegóż to dowodzi? Dowodzi to, iż rozpoznanie ciąży zamacicznej we wczesnych okresach nie jest łatwym, i zależy od wielkiej bystrości i od osobistego doświadczenia lekarza, którego to doświadczenia słowami w książkę przelać nie można.

Choć podręczniki, zawierające zwięzłe wiadomości nasze o przedmiocie, są koniecznością, jednakowoż głównie one szerzą szablonowe pojęcia o rzeczy, które rzeczywistość i fakty z trudnością dopiero rozbijać muszą. Weźmy jako przykład *graviditas abdominalis*: istnienie jej podlega ogromnej wątpliwości; wielkie powagi, jak L. TAIT, wprost zaprzeczają jej istnienia, a mimo to nie ma lekarza, któryby nie powtarzał za podręcznikami starej bajki o trzech rodzajach ciąży: jajowodowej, jajnikowej i brzusznej, wyciągając ztąd rozliczne wnioski, co do możliwości całkowitego wycięcia worka płodowego i t. d..

1-o. W naszym przypadku miesiączka nie uległa przerwie, tymczasem według zwyczajnego biegu rzeczy miesiączka przy ciąży zamacicznej, jak i przy macicznej, ustaje, co stanowi objaw pierwszorzędnej wagi. Czy okoliczność ta ma absolutne znaczenie? Wcale nie. Oto MARTIN ▲) przytacza trzy przypadki z własnej praktyki, w których miesiączkowanie nie uległo przerwie. CAMPBELL ○) o miesiączce wyraża się w tych słowach: „W wielu przypadkach ciąży zamacicznej czyszczenie miesięczne jest powstrzymane; w pewnych razach wpływ pojawia się w nieokreślonych okresach czasu; w innych ukazuje się albo zanadto obficie, albo skąpiej niż bywało; lecz często miesiączka ukazuje się najregularniej co miesiąc we wczesnym okresie ciąży“. Znaczenie regularności dla rozpoznania dobrze charakteryzuje E. FRAENKEL ☒) w następującym ustępie: „Ustanie miesiączki, dotychczas prawidłowo się pojawiającej, nie jest tak pewnym objawem, jak przy ciąży macicznej, bądź dlatego, że miesiączka nie miała czasu ustać, ponieważ w terminie pierwszego jej nawrotu, zatem w 4-ry tygodnie już następuje pęknięcie worka i krwotok wewnętrzny śmiertelny, bądź dlatego że przebyte zapalenia narządów miednicy, stanowiące, jak wiadomo, moment usposabiający dla ciąży zamacicznej, oddawna już spowodowały zaburzenia w miesiączkowaniu, bądź wreszcie dlatego, że bardzo wcześnie zjawiające się krwotoki maciczne symulują odpływ miesięczny“.

▲) Berlin. klin. Woch. Nr. 8. 1890.

○) Tait, Lectures on ectopic pregnancy, 1888. str. 66.

☒) Ueber Diagnose u. Behandlung des Extranterinschwangerschaft in den ersten Monaten. 1889. str. 12.

2-o. W przeważającej liczbie przypadków ciąży jajowodowej następuje pęknięcie worka płodowego w dwóch pierwszych miesiącach [według HECKER'a [⋄]) na 45 przypadków w 26 pękł worków w 2 pierwszych miesiącach, 11 razy w 3-cim miesiącu i t. d.]; pod tym względem więc przypadek nasz nie stanowi wyjątku. Pęknięcie może wydarzyć się tak wcześnie, iż nie starczy czasu na przyjscie pierwszej, po zajściu w ciążę, regularności, a mimo to może nastąpić śmiertelny krwotok do jamy otrzewnej; ośmielam się przytoczyć tu następujące przykłady, ilustrujące obraz takich ciąży krótkotrwałych, do jakich i nasz przypadek należy: a) przypadek MARTIN'a [□]): kobieta, która miała ostatnią regularność przed 4-ma tygodniami, przez które czuła się zupełnie dobrze, w dniu spodziewanej miesiączki, gotując zupę dla dzieci, nagle opadła z sił, a wezwany lekarz znalazł *haematocele*; następnego dnia MARTIN zrobił laparotomię na chorej umierającej prawie i znalazł pękniętą ciążę jajowodową, b) przypadek GIBSON-BARTON'a: 30 lat kobieta, od 2-óch miesięcy zamężna, zmarła w 4-ry dni po ostatniej miesiączce; na 3 dni przed śmiercią pierwszy napad omdlenia; po drobnowidzowem zbadaniu skrzepu znajdującego się w jajowodzie i wykazaniu kosmków (*Zotten*) okazała się ciąża jajowodowa.

c) Przypadek BURTON'a: 31 lat kobieta, 5-ro dzieci; 17 — 22 Stycznia ostatnia regularność; 24-go Stycznia *coitus*, poczem *collapsus* i śmierć w 9 godzin; ciąża w prawym jajowodzie.

d) Przypadek OWEN'a: 39 lat kobieta, 4-ry porody; ostatnia miesiączka na początku Grudnia, 7-go Stycznia nieznaczne krwawienie, 8-go ból i omdlenie, a 9-go śmierć; przy sekcji masa krwi płynnej w brzuchu; w prawym jajowodzie pęknięcie; macica powiększona, zarodka nie znaleziono.

e) Przypadek ROMER'a: 24 lat *multipara*, od 5-ciu lat zamężna; w 14 dni po ostatniej regularności zasłabła, a dniem później zmarła; przy sekcji skrępy krwi w jamie brzusznej; w prawej trąbce pęknięcie i jajo [⊕]).

Po tem wszystkim, co cię powiedziało, zdaje się, że usprawiedliwionem było rozpoznanie ciąży zamacicznej, której nawet ściśle terminu oznaczyć niepodobna; choć najprawdopodobniejszem wydaje się, iż w chwili odejścia błon z macicy, t. j. w początku Grudnia, był 6 — 7 tydzień ciąży.

3-o. Dlaczego, mimo że podówczas nastąpiła prawdopodobnie śmierć płodu, guz powiększał się wciąż, aż do chwili operacji? Na pytanie to, choć anatomija patologiczna ciąży zamacicznej w całej rozciągłości jeszcze nie ukończona, odpowiedzieć można z całą pewnością. Guz przy ciąży jajowodowej, dopóki płód jest żywy, odznacza się szczególną, sobie właściwą miękkością, którą VEIT porównywa do miękkości ciężarnej macicy. Objaw ten, na który VEIT pierwszy zwrócił szczególną uwagę, posiada pierwszorzędne znaczenie, i jak z jednej strony w połączeniu z innymi objawami pozwala odróżnić ciążę jajowodową, od guza

[⋄]) BANDL, Die Krankheiten der Tuben, Ligamente i t. p. w Deutsche Chirurgie, red. von BILLROTH & LUCKE.

[□]) Berl. klin. Woch. 1890. Nr. 8.

[⊕]) Przypadki te wyjmuję ze znakomitej pracy VEIT'a. Die Eileiterschwangerschaft. Stuttgart. 1884. str. 36.

jajnika lub *hydrosalpinx*, towarzyszącym ciąży macicznej, tak z drugiej daje rękojmnię do określenia śmierci płodu w worku jajowodowym, który jeszcze nie pękł. Z chwilą, w której z niewiadomej przyczyny następują skurcze jajowodu *resp.* ściany worka płodowego, dochodzi do odłuszczenia błon jaja od ściany worka i następuje śmierć płodu; skoro skurcze zwolnieją, krwotok do wnętrza worka pomiędzy błony jaja i ścianę worka wzmagają się i odłuszcza je od niego coraz bardziej. Jajowód zatem rozsadza i doprowadza do pęknięcia nie zapłodnione nienaruszone jajo, lecz dopiero krwotok na około jaja. Śmierć zatem płodu nie wyklucza krwotoku lub jego dalszego trwania z niebezpieczeństwem dla życia chorej. To jest wzgląd, który przemawia zasadniczo przeciw wszystkim sposobom, mającym na celu zabicie płodu [nakłucia, elektryczność i t. d.], gdyż z chwilą osiągnięcia śmierci płodu nie jest wykluczoną możliwością śmiertelnego krwotoku.

Pod wpływem krwi wylanej pomiędzy jajo i ścianę worka płodowego guz z miękkiego, jaki oznacza ciążę jajowodową z żywym płodem, staje się twardym; i takim właśnie znalazłem go w swoim przypadku przy pierwszym badaniu chorej.

Po pęknięciu worka płodowego, *resp.* jajowodu, krew wylewa się albo między listki więzu szerokiego, tworząc *haematoma*, co jest ewentualnością rzadką, albo, co najczęściej się zdarza, leje się do jamy otrzewnej i oczywiście w najniższy jej ustęp i do dołu DOUGLAS'a, tworząc *haematocele retro-uterina*, którego zależność od ciąży zamacicznej, przewidywana na początku tego stulecia przez BURNS'a ♂), następnie uznana przez BERNUTZ'a, dziś stanowi fakt powszechnie dowiedziony. Jeśli krwotok odbywa się do dołu DOUGLAS'a, gdzie skutkiem dawniejszych zapaleń istnieją zrosty, ograniczające jamę, lub gdy skutkiem obecności zarodków [OLSHAUSEN] w krwi, wylewającej się z pękniętego worka, przychodzi szybko do zrostów, zebrana krew bardzo wczesnie można skonstatować w dole DOUGLAS'a, lub wyżej w kształcie guza; w przeciwnym razie krew wylewa się swobodnie do jamy otrzewnej i między trzewa, gdzie może jej być bardzo wiele, a mimo to niepodobna jej wymacać w sklepieniu tylnym lub podbrzuszu. W jednym przypadku u p. T. z kol. BORYSOWICZEM postawiliśmy rozpoznanie pęknięcia ciąży zamacicznej [nagle omdlenie, objawy krwotoku wewnętrznego i brak tętna, zimny pot, nieprzytomność, oddawanie stolca i moczu pod siebie, powiększenie macicy i rozpulchnienie jej, a z anamnezy dane co do przypuszczenia ciąży], a nie można było ani macaniem, ani opukiwaniem wykazać obecności krwi, było tylko przytłumienie odgłosu bębniwego w podbrzuszu, tymczasem szprycą PRAVAZ'a można było za każdym ułknięciem wyciągnąć krew z jamy otrzewnej.

W moim przypadku nie doszło ani do wytworzenia się krwisteku około macicy, ani do śmierci skutkiem ciągłego a swobodnego wylewania się krwi do jamy otrzewnej, dlatego, że bardzo wczesnie, a może już przed zajściem w ciążę po odbytem poronieniu skutkiem *perimetritidis* nastąpił przyrost sieci do worka płodowego, tak, że po pęknięciu krew wylewała się, miasto do jamy otrze-

♂) Przytoczony w TAIT'a. Lectures l. c. str. 41.

wnej, między listki przyrosłej i pośladowanej odziedzy \pm) (*omentum*), gdzie utworzyła pseudotorbiel większą od samego worka płodowego, takowa torbiel, maskując worek płodowy od góry i tyłu, była powodem, iż po śmierci płodu stale przy badaniu obu rękami stwierdzano powiększanie guza. Tej szczęśliwej okoliczności przypisać należy w pewnej mierze uratowanie chorej od grożącej śmierci, skutkiem krwotoku wewnętrznego; wylewająca się krew znalazła tamę w przyrosłej sieci, która pozwalała na powolne tylko i nieznaczne wylewanie się krwi przez szczelinę w worku płodowym. Jest to okoliczność niezmiernie ciekawa, rzucająca światło na niejasne dla nas sposoby, za pomocą których następuje samozatamowanie się krwi w przypadkach pęknięcia, kończących się wyzdrowieniem, które nie należą do rzadkości \ominus).

Jak długo trwało w naszym przypadku krwawienie, tego ściśle oznaczyć niepodobna; niewątpliwie jednak długo, gdyż skrzepy krwi znalezione w worku płodowym były jeszcze nieodbarwione. Wogóle, nawet w tych przypadkach, gdzie następuje śmierć, rzadko bywa krwotok piorunujący; zazwyczaj między wystąpieniem zapaści (*collapsus*) i śmiercią upływa kilka godzin, a nawet kilka dni, co zależy od wielu okoliczności. Czasami droga krwawienia jest wcale zawilgą. Jeden ciekawy przypadek podaje VEIR (*l. c. s. 26*). 36-o letnia kobieta, zamężna, bezpłodna, miała ostatnią miesiączkę 25 II., — 9 IV., krwotok, który ciągnął się do końca Kwietnia. 9 V. przy badaniu rozpoznano ciążę jajowodową. Do 13 V. guz znacznie urosł. Przy laparotomii okazało się, że przy ciąży jajowodowej nastąpiło pęknięcie między listki *lig. lat.*, śmierć płodu i dalsze wylewanie się krwi, a wreszcie pęknięcie więzów szerokiego i swobodne wylanie się krwi do jamy otrzewnej.

4-o. Godnem uwagi jest silne tętnienie grubej tętnicy, wyczuwane przez sklepienie pochwy na ścianie worka płodowego. Podobny fakt zaznaczyli VEIR (*l. c. s. 43*) i FRAENKEL (*l. c. s. 6*); objaw ten nie ma żadnego znaczenia rozpoznawczego.

Gdy wszelako w worku nie znaleziono ani cząstek jaja płodowego, ani śladów zarodka, które w ciągu siedmiu—do ośmiu tygodni, jakie upłynęły od chwili śmierci płodu do dnia operacji, uleż mogły zniszczeniu wśród skrzepów w worku, lub wypadły przez szczelinę w nim—brak jest w danym razie oczywistego dowodu ciąży jajowodowej. Zobaczmy, czy możliwy tu jest prosty krwistek w trąbce—*haemato-salpinx*? Jeśli odszukamy odpowiednie rozdziały w podręcznikach [KLOB §), BANDL *), SŁAWIAŃSKIJ \sphericalangle)], to znajdziemy tam zgodnie, że wogóle zebranie się krwi w jajowodzie przy normalnie rozwiniętych częściach płciowych wewnętrznych, należy do rzadszych zjawisk chorobowych i „w większości przypadków znajduje się w związku z *graviditas tubaria*“. Krew w jajowodzie napotyka się przy: a) ostrych chorobach zakaźnych [cholera, durzycia, ospa itd., w zakażeniach pęłogowych], b) przy zaburzeniach w krążeniu (*pleuritis, hepatitis,*

\pm) Starożytny wyraz używany w Piśmie Ś-tem Wujka. Leviticus. Roz. III. 4 i dalsze.

\ominus) FRAENKEL opisał podobny przypadek *l. c. przyp. I*, oraz przytoczony przypadek pani S.

§) *Pathologische Anatomie der weiblichen Sexualorgane*. 1864.

*) *Die Krankheiten der Tuben*, s. 791.

\sphericalangle) *Żurnal akuszerstwa i żeńskich bolezniej*, T. VI. str. 142.

wady serca), c) przy otruciach. Krwawienie w tych razach ustępuje na drugi plan wobec pierwotnej choroby, ilość krwi wylanej jest bardzo małą, a klinicznie nie ma żadnego znaczenia. Oprócz tych przypadków w większej ilości czystą krew można napotkać w jajowodzie tylko przy wadach rozwojowych, przy których choroba nabiera znaczenia klinicznego. W tych razach, jeśli zamknięty jest otwór brzuszny jajowodu, krew w okresie dojrzałości płciowej, nie mogąc wylewać się w kształcie miesiączki na zewnątrz, zbiera się w rozmaitych odcinkach kanałów płciowych, i tak:

a) najrzadszy przypadek: prosta *haemato-salpinx*, krew nagromadza się w początkowym jajowodzie przy braku macicy [sposzczenie KIRWISCH'a];

b) przy zamknięciu poniżej, np. w macicy tworzy się *haematometra*, czemu może towarzyszyć *haematosalpinx*; najczęściej zdarza się to przy wadach rozwojowych macicy (*uterus bicornis*);

c) przy *hymen imperforatus* powstaje *haematometra+colpos*, któremu może towarzyszyć i *haematosalpinx*.

W ogóle, mówi BANDL, im wyżej w kanale maciczno-pochwowym znajduje się zarośnięcie, tem snadniej i tem częściej dochodzi do nagromadzenia się krwi w jajowodzie.

Nie potrzebuję się zatrzymywać nad genezą, przebiegiem i zejściami tych ciekawych anomalij rozwojowych; nie należy to do naszego przedmiotu: są one bardzo ciekawe i wcale nie należą do rzadkości. W ostatnim tomie sprawozdań FROMMEL'a §) jest 11 prac, dotyczących *haematosalpinx* [ANNIS, BIDDER, BILLER, FULD, GAWRONSKY, KRUG, LEOPOLD, SINCLAIR, STRAATZ, TURETTA, WOSKRESENSKY], i we wszystkich przypadkach nagromadzenie krwi w jajowodzie było następstwem wad rozwojowych macicy.

W naszym przypadku nawet nie może być mowy o takiej ewentualności, jako przyczynie znalezionego krwisteku.

Nakoniec można przypuścić, iż w czasie miesiączkowania przy zarośnięciu jajowodu i od strony jamy brzusznej i od strony macicy może się zebrać krew już to jednorazowo, już kolejno przez kilka następujących po sobie menstruacyj i wywołać *haematosalpinx*. BANDL (Δ) przyjmuje teoretycznie taką ewentualność, choć nie przytacza na jej potwierdzenie żadnego spostrzeżenia. Przeciwnie przyjęciu jej w naszym przypadku przemawiają takie ważne fakty, jak powiększenie i rozpułchnienie macicy, oraz odejście błony doczesnej.

Wyczerpawszy w ten sposób rozmaite możliwości i dowiódłszy, iż żadna z nich nie mogła być powodem zebrania się krwi w jajowodzie w naszym przypadku, mniemam, iż pochodzenie jej z pękniętego brzemiennego jajowodu dostatecznie zostało uzasadnionem.

§) Jahresbericht über die Fortschritte auf dem Gebiete der Geburtshilfe und Gynaekologie, 1889.

Δ) L. c. S. 950.

III. O STOSOWANIU KOFEINY

W CHOROBACH SERCA I NEREK.

Napisał

Dr Med. J. Pawiński,

ordynator szpitala Ś-go Ducha w Warszawie.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 1].

Spostrzeżenie 2. *Insufficiëntia valvularum aortae. Insufficiëntia v. mitralis. Discompensatio.*

Kw. A., lat 28, służąca, przybyła do oddziału mego 5 Lutego 1890 r. z powodu mocnego kołatania serca, które dokucza jej od kilku dni, głównie wieczorami; zjawia się zaś w postaci napadn, trwającego 1—1½ godziny. Przed 6 tygodniami chora odbyła pierwszy poród szczęśliwie, 9 dnia podniosła się z łóżka. Gościec stawowy przebywała przed 6 laty.

Budowa i odżywianie średnie. Tkanki tłuszczowej niewiele. Tętno 88, nieco twarde, napięte, średniej wielkości.

W dolnej części klatki piersiowej po stronie prawej — stłumienie odgłosu opukowego, dochodzące do kąta łopatki. Oddech tamże nieco osłabiony. W dolnej części lewego płuca nieliczne rzężenia, oddech na całej przestrzeni klatki piersiowej — pęcherzykowy.

Uderzenia wierzchołkowego nie czuć. Tępość serca powiększona głównie w wymiarze poprzecznym: prawa granica znajduje się blisko prawego brzegu mostka, lewa zaś — na 1½ ctm. na lewo od linii sutkowej lewej. Górna granica odpowiada IV żebru.

U wierzchołka słychać wyraźny szmer skurezowy, 2-gi ton głuchy, zaledwie słyszalny. U podstawy serca [z prawej strony mostka], jak również na wysokości, IV żebra na mostku, słychać wyraźny szmer rozkurezowy i słaby skurezowy. 2-gi ton tętnicy płucnej wzmocniony.

Wątroba powiększona, dochodzi dolnym swym brzegiem do pępka. Stolec codziennie. Mocz skąpy, oddziaływa kwaśno, ani białka, ani cukru nie zawiera;

Przebieg wykazuje następująca tablica.

Data.	Częstość tętna.	Dobowa ilość moczu w ctm. sześciennych.	Ciężar właściwy.	Leczenie.	U w a g i.
7. II,	74	400	1030	3×5 gr. <i>Coffeini natro-benz.</i> 4×5 „ „ „ „ 4×5 „ „ „ „ 4×5 „ „ „ „ 4×5 „ „ „ „	Prawa granica serca na środku mostka, napady bicia serca zjawiają się 2—3 razy dziennie i trwają około godziny.
8	72	500	1029		
9	72	800	1027		
10	74	1000	1025		
11	72	1200	1023		
12	80	1000	1024	} Bez lekarstwa. <i>Inf. Sennae compos.</i>	} Duszność większa, niepokój serca i rozdrażnienie, napady bicia serca częstsze, rozszerzenie serca większe. W moczu ślady białka. Kilka wypróżnień.
13	76	900	1024		
14	72	800	1025		
15	72	600	1026		
16	74	800	1026	} <i>Inf. Digitalis ex. gr. xv—</i> <i>5vj. Acid phosphor. 3s. S.</i> Co 2 godz. łyżkę. <i>Repet.</i>	} Czuje się znacznie lepiej, oddech swobodniejszy. Wątroba mniejsza. Chora może już leżeć. Bicia serca nie było.
17	76	900	1025		
18	80	2000	1010		
19	72	3000	1007		
20	60	1500	1015		
21	72	1300	1016		

Dnia 22 wypisała się ze znacznym polepszeniem.

Epicrisis. Z powyższego okazuje się, że kofeina, podawana w ciągu kilku dni w ilości od 15—25 gran. *pro die*, nie wywierała tak pomyślnego wpływu na stan chorej, jak naparstnica. Jakkolwiek ilość moczu zwiększyła się z 400 ctm. sześć. do 1200 ctm. sześć. na dobę pod działaniem kofeiny, jednakże przeciw napadom bicia serca, połączonym z dusznością, ta ostatnia okazała się bezskuteczną. Zdawało się nawet, że napady bicia serca zaczęły częściej występować, a chora stawała się coraz więcej rozdrażnioną. To właśnie było powodem odstawienia leku i zastąpienia go naparem naparstnicy. Już po pierwszej dawce (*Inf. Dig. ex gr. xv—3 v. j.*) chora czuła się znacznie lepiej, oddech stał się swobodniejszym, a po drugiej była w stanie leżeć, czego w czasie poprzednich dni nie mogła uczynić, znaczna bowiem duszność zmuszała ją do pozostawania w pozycji siedzącej. Napady bicia serca ustąpiły także, a jednocześnie z poprawą podmiotową chorej szła i poprawa przedmiotowa: wymiary tępości serca zmniejszyły się znacznie, a wątroba, która w początku dosięgała dolną swą granicą do linii pępkowej, po wyżyciu naparstnicy znajdowała się na 2 palce powyżej pępka.

W końcu dodać winniśmy, że szybką poprawę należy przypisać niezbyt daleko posuniętym zaburzeniom krwioobiegu. Indywiduum było młode, serce, jakkolwiek wyczerpane z powodu ciąży, posiadało jeszcze dużo żywotności, zastój w płucach nieznaczny, nerki niezajęte; oto warunki, które w sprawie wyróżnienia czynności serca ważną odgrywają rolę. Rozszerzenie serca w wymiarze poprzecznym i zastój krwi w wątrobie stanowiły dwa najważniejsze przedmiotowe objawy choroby.

Spostrzeżenie 3. *Insufficiencia valvular. semilunarium aortae. Hydrothorax bilateralis.*

B. M., wyrobnica, lat 60, przybyła do szpitala 30 Maja 1890 r. Uskarża się na silną duszność i bicie serca. Od 9 miesięcy czuje się niezdrową, od tygodnia zaś stan jej tak się pogorszył, że ani dniem, ani nocą leżeć nie może, lecz zmuszoną jest siedzieć na łóżku. Pogorszenie to chora przypisuje przeziębieniu i ciężkiej pracy. Podlega ona często reumatyzmowi mięśniowemu. Miesiączkę utraciła przed 20 laty.

Budowa i odżywianie mierne. Duszność, oddech częsty, około 40 na minutę. Tętno 100—120 szybkie, nieco skaczące.

Z prawej strony klatki piersiowej, od dolnej granicy płuca do kąta dolnego łopatki znajdujemy tępość, która przechodzi i na boczną stronę klatki piersiowej, a górna granica tej tępości dosięga z przodu w linii sutkowej prawej do III żebra. Na przestrzeni tępości oddech osłabiony, natomiast wyraźny bek kozi (*aegophonia*). Powyżej oddech zaostrzony.

Z lewej strony tępość zajmuje mniejszą przestrzeń [na 3 palce], rozprzestrzenia się jednak również na boczną stronę klatki piersiowej, dochodząc swą górną granicą w linii pachowej środkowej do V żebra, łączy się z tępością serca i śledziona tak, że ściśle odgraniczenie narządów tych jest niemożliwe. Przestrzeń półksiężycowa TRAUBE'go również znikła. W linii pachowej słychać wyraźny bek kozi.

Uderzenie wierzchołkowe znajduje się w V międzyżebrze na 1½ ctm. na lewo od *l. m. s.* Górna granica tępości serca znajduje się już na II żebrze. Prawa granica łączy się z tępością prawego płuca. U wierzchołka słychać szmer skurczowy, u podstawy przeważa szmer rozkurezowy. Tętnienie łuku aorty i tętnie szyjowych bardzo wyraźne.

Wątroba powiększona. Język obłożony, stolec codziennie. Obrzęk kończyn dolnych nieznaczny.

Mocz skąpy, zawiera białko w ilości 0,1%. Waleczków nerkowych w osadzie nie znaleziono.

Ze względu, iż chora nie zgadzała się na wypuszczenie płynu z jamy opłucnej, należało uciec się do środków moczopędnych; zacząłem więc od naparstnicy.

Data.	Częstość tętna.	Dobowa ilość moczu w ctm. sześciennych.	Ciepota właściwa.	Leczenie.	U w a g i.
30 V.	124	300	1030		
1 VI.	120	250	1030	<i>Inf. Digitalis ex gr. xv—vvj.</i>	
2	120	300	1029	<i>Cont.</i>	
3	120	350	1028	<i>Inf. Digitalis ex gr. xv—vvj.</i>	
4	116	400	1028	<i>Cont.</i>	Duszność większa, z tego powodu noc bezsenność. Ilość płynu w jamach opłucnej większa.
5	110	300	1030	} Bez lekarstwa	
6	100	250	1030		
7	96	200	1032		
8	110	300	1030	3×3 gr. <i>Coffein. natro-benz.</i>	
9	120	300	1028	6×3 " " " "	W nocy chora spała, lecz w położeniu siedzącym. Duszność mniejsza.
10	100	300	1030	6×3 " " " "	
11	96	350	1029	7×3 " " " "	Sen dobry, oddech swobodniejszy.
12	86	400	1027	7×3 " " " "	
13	84	1200	1018	4×5 " " " "	} Przesięk mniejszy, jak również i duszność. Białka 0,08%.
14	88	1200	1020	4×5 " " " "	
15	84	1000	1022	5×5 " " " "	Chora może już leżeć na prawym boku.
17	88	1200	1020	6×5 " " " "	
18	86	1200	1017	6×5 " " " "	Obrzęk kończyn dolnych znikł.
19	86	1250	1016	6×5 " " " "	
20	84	1300	1017	5×5 " " " "	Ilość białka mniejsza 0,07%.
21	88	1500	1014	5×5 " " " "	
22	86	1200	1018		
23	80	1300	1018	} Bez lekarstwa.	Białka w moczu nie ma.
24	84	1300	1017		
25	82	1500	1015		
26	86	1200	1016		

27. Chora wypisuje się ze szpitala ze znaczną poprawą.

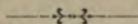
Epicrisis. Wobec ciężkiego stanu, w jakim chora przybyła do szpitala, mało wogóle pokładałem nadziei, aby zabiegi lekarskie uwieńczone zostały pomyslnym rezultatem. Nawet gdyby chora zdecydowała się na przekłócie klatki piersiowej i wypuszczenie płynu z jamy opłucnej, szanse wyleczenia byłyby niewielkie. Obustronne przesięki do jam opłucnej, przy wadzie serca, a zwłaszcza niedomykalności zastawek półksiężycowych aorty, dają wogóle bardzo złe rokowanie. Żywotność naczyń krwionośnych i chłonnych, jak również mięśnia sercowego jest zwykle w takich razach znacznie upośledzoną, wskutek czego i środki moczopędne mało okazują działanie. To też było powodem, że dwie dawki naparu naparstnicy żadnego dodatniego skutku nie wywarły: ani dobową ilość moczu nie zwiększyła się, ani też chora nie doznała podmiotowego polepszenia, a duszność strasznie jej dokuczala, częstość zaś tętna malej tylko uległa zmianie [ze 120 po kilku dniach spadła do 116—110].

Ponieważ i po odstawieniu naparstnicy przez następne 3 dni stan chorej nie poprawił się, a z drugiej strony na działanie strofantu także mało można było li-

czyć, przeszliśmy więc do stosowania kofeiny. I na działanie tego leku organizm w ciągu pierwszych kilku dni mało oddziaływał. Zyskaliśmy tylko poprawę subiektywną: chora mniej skarżyła się na duszność, spała lepiej, choć ciągle eszcze w pozycji siedzącej. Z przedmiotowych zaś objawów zaznaczyć tylko wypada zmniejszenie częstości tętna do 84. Dopiero od 6 — 7 dnia rozpoczyna się poprawa widoczna. Jednocześnie ze znacznym zwiększeniem diurezy, bo z 350—400 ctm. sześć. do 1200 ctm. sześć., można było stwierdzić ubywanie płynu w oplucnej; oddech stał się swobodniejszym, a wyraźnym objawem poprawy była możność spania w pozycji leżącej. Pość białka zmniejszyła się również do 0,07%. Dobowa ilość moczu wahała się pomiędzy 1200—1300 ctm. sześć., a tętno uderzało około 84—86 na minutę. Po odstawieniu leku diureza utrzymywała się mniej więcej na jednakowej wysokości [raz tylko doszła do 1500 ctm. sześć.].

Chora czuła się z każdym dniem lepiej a skoro spostrzegła, iż obrzęk kończyn dolnych znikł, wypisała się ze szpitala. [C. d. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



2. Méry i Pierre Bouilloche. Badanie bakteryjologiczne śliny u dzieci chorych na odrę.

Wtórne zrazikowe zapalenie płuc najczęściej zdarza się przy odrze; jest ono najzwyczajszą przyczyną śmierci tych chorych. Przez długie lata starano się odnaleźć niezwykle, a znamienne cechy tej postaci zapalenia płuc, sądzono bowiem, iż powstanie swoje zawdzięcza ono wpływowi swoistego zarazka odrowego. Jednakże badania bakteryjologiczne dowiodły całej niesłuszności tych zapatrywań; wykazały bowiem, iż zarówno wtórne jak i pierwotne zrazikowe zapalenia płuc zawdzięczają zawsze swe pochodzenie tymże samym czynnikom chorobotwórczym; jedynie w pierwszym przypadku czynniki te wywierają swe działanie na organizm, będący już pod wpływem danego drobnoustroju. Odra, dzięki zmianom, jakie powoduje na błonie śluzowej dróg oddechowych, sprzyja niepomiarowo powstawaniu wtórnego zakażenia i dlatego też ona właśnie najczęściej z pośród wszystkich wysypek wikła się zrazikowem zapaleniem płuc. MOREL i MOSNY dowiedli, że sprawa zapalna rozpoczyna się zawsze w drobnych oskrzelach, w których zawsze można wykazać najliczniejsze bakteryje chorobotwórcze, że następnie dopiero przechodzi na pęcherzyki płucne i naczynia limfatyczne. Zakażenie powstaje przy pośrednictwie dróg oddechowych przez wdechane powietrze lub też *per continuitatem textus*, a przyczyną zakażenia jest prawie wyłącznie *pneumococcus lanceolatus* FRAENKEL'a, lub też *streptococcus pyogenes* [WEICHSELBAUM, NEUMANN, GUARNIERI, NETTER, MOSNY]. Bakteryje te znajdują się często [NETTER, FRAENKEL] w ślinie osób zdrowych, prawie stale spotkać je można w ślinie chorych na zrazikowe zapalenie płuc. BESSER znalazł je w wydzielinie błony śluzowej nosa tych chorych; z chwilą przeto, gdy obecność chorobotwórczych bakteryj wykazaną została u wrót do dróg oddechowych, ich rozprzestrzenienie się aż do małych oskrzelików jest, przy sprzyjających okolicznościach, zarówno łatwem jak i groźnem.

Do tego służą dwie drogi: 1) powietrze i 2) powierzchnia błony śluzowej dróg oddechowych. Jakkolwiek pierwsza droga zdaje się mieć najważniejsze znaczenie, jednakże i druga nie jest tego pozbawioną, przykładem służyć może

rozprzestrzenianie się dyfterytu z gardzieli do krtani, tchawicy i oskrzeli i t. p. ¹⁾ Bakteryje zrazikowego zapalenia płuc znajdują się przeto w jamach, łączących się z drogami oddechowymi, jak niemniej i w samych drogach, gdzie zdają się grozić wciąż ustrojowi, iżby w odpowiednich warunkach, np. podczas odry, nie wywarły swego wpływu swoistego. Rozwojowi ich sprzyjać się zdaje szczególniejszy pobyt w ustach, a to z powodu alkalicznego odczynu śliny i częstych zanieczyszczeń tej jamy. Usta są główną bramą, przez którą wchodzą omawiane przez nas bakteryje, badana przeto ślina, w której one przebywają, mogą dać pewne wyjaśnienia w kwestyi tak częstych zrazikowych zapaleń płuc podczas odry, mianowicie, gdyby udało się podczas odry wykazać zwiększoną ilość chorobotwórczych bakterij w ślinie jamy ustnej.

W tym celu MÉRY i BOULLOCHE badali ślinę 48 dzieci chorych na odrę, poszukując w niej diplokoków. Nie brali przytem pod uwagę wieku chorego, ani też natężenia choroby. Ślinę starano się badać, o ile możności, zaraz po przybyciu chorego do szpitala. U dzieci, nie umiejących spluwać, zbierano ślinę za pomocą wyjaławianych tamponików, które zmywano potem wodą lub buliżonem wyjałowionym. W ten sposób otrzymany płyn rozlewano na agarze; najczęściej wszelako, chcąc wykazać obecność pneumokoków lub streptokoków, szczepiono badany płyn podskórnie myszom. Skoro zwierzę zdechło, badano krew i narządy i robiono też z nich hodowle na agarze. Wogóle w 52% znaleziono w ślinie dzieci chorych na odrę swoiste dla zrazikowego zapalenia płuc mikroorganizmy, podczas gdy w ślinie 20 innych dzieci chorych [lecz nie na choroby dróg oddechowych], znaleziono je 3 razy, t. j. w 15%. Wnioski, jakie autorzy wyprowadzają ze swych badań, są następujące:

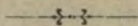
Zarówno pneumokoki jak i streptokoki znajdują się w ślinie dzieci chorych na odrę częściej, niż u dzieci zdrowych.

Zrazikowe zapalenie płuc, wyjąwszy bardzo rzadkie przypadki, rozwija się u dzieci, których ślina zawiera streptokoki lub pneumokoki. Częstsze znajdowanie swoistych dla zrazikowego zapalenia płuc bakterij w ślinie dzieci chorych na odrę zdaje się tłómaczyć dostatecznie tak często spotykane u nich zapalenia zrazikowe płuc. Znieważa to do zalecenia podczas odry jak najskrupulatniejszego antyseptycznego traktowania jamy ustnej.

(*Revue mens. des maladies de l'enfance. IV. 1891.*)

Anders.

Wiadomości terapeutyczne.



6. Leczenie alkoholizmu strychniną. Jeszcze w r. 1869 lekarz włoski GIACOMINI, oraz angielski lekarz w Bombaju, JOYNT, ogłosili, że otrzymują dobre wyniki przy leczeniu alkoholizmu przewlekłego strychniną. W r. 1879 z podobnemi wynikami wystąpił lekarz francuzki LUTON. Najwięcej wszakże w ostatnich kilku latach zajmowano się tą kwestyją w Rosyi: pierwszego tu spotykamy z pochwałami dla strychniny przeciw alkoholizmowi—D-ra JAROSZEWSKIEGO [1885]. Po nim już idzie cały szereg lekarzy przeważnie rosyjskich, potwierdzających skuteczność zastrzykiwań podskórnych strychniny, jak: JERGOLSKIJ, PORTUGAŁOW, prof. MANASSEIN, POPOW i wielu innych.

Kwestyja wzmiankowana zrobiła się w Rosyi tak rozgłośną, że z pism lekarskich przeniosła się aż do dziennika politycznego, urzędowego: do „Prawitielstwienawo Wiestnika.” Pomimo to wszakże większość lekarzy i Towarzystw Lekarskich, tak w Rosyi, jak i zagranicą, z niedowierzaniem przyjmuje rzeczoną metodę leczniczą i nie podziela zapału jej zwolenników.

Największymi rzecznikami skuteczności strychniny przeciw alkoholizmowi są: PORTUGAŁOW i JERGOLSKIJ.

¹⁾ BESSER wykrył bakteryje zapalenia płuc w samych oskrzelach przy lekkich formach zapalenia ich błony śluzowej.

PORTUGAŁOW, zajmujący się od roku 1887 stosowaniem strychniny u nałogowych pijaków, opiera, jak powiada, swoje wnioski na 455 przypadkach i z całym zapałem stanowczo głosi, że w „medycynie zna tylko dwa środki niezawodnie leczące: chininę przy malarii i strychninę przy rozmaitych ormach alkoholizmu.”

W roku zeszłym JERGOLSKIJ podał we „Wraczu“ [1891. 10] dziesięć przypadków alkoholizmu, leczonego podskórnymi wstrzykiwaniami azotanu strychniny. Chorzy jego należeli do najrozmaitszych warstw społecznych. Wyniki, jak utrzymuje, były „zdumiewające.” Osobniki, oddające się nałogowi pijackiemu od lat kilkunastu i więcej, nabierali po leczeniu strychniną wstrętu do napojów wyskokowych i nie mogli więcej znosić alkoholu. Warto, choćby dla przykładu, przytoczyć w krótkim streszczeniu kilka przypadków JERGOLSKIEGO.

Jeden z nałogowych pijaków poddał się leczeniu. Zrobiono mu ośm podskórnych zastrzyknięć azotanu strychniny: z początku po 0,001, następnie po 0,0015, a w końcu po 0,003. Podczas leczenia i jeszcze dwa tygodnie potem nie pijał żadnych trunków alkoholowych. Nareszcie nabrał chęci do wódki, ale po dwóch kieliszkach wystąpiły wymioty i taki ból głowy, że zmuszony był uciec do łóżka. Następne próby tak samo się skończyły. Przewyciężyła jednak nieprzeparta chęć postawienia na swoim i powrócenia do błęgiego nałogu. Zaczął tedy kroplami przyjmować wódkę i w ten sposób powoli na nowo przyzwyczaił się do niej. Dopiął celu: odtąd pił, jak przedtem.

Stolarz, 42 lat mający, w ostatnich latach dziesięciu wypijał codziennie $\frac{1}{2}$ —1 litra wódki. Otóż, tenże chory pod wpływem iniekcji podskórnych strychniny zupełnie został wyleczony: piętnaście miesięcy ubiegło od czasu leczenia, a dotąd ów pacjent nie pija wcale żadnych napojów wyskokowych.

Ośm zastrzyknięć podobno wystarczyło do zupełnego uleczenia jakiegoś rządcy dóbr, który przez 15 lat był nałogowym pijakiem.

Jakiś wojskowy dymisjonowany „niepoprawny opój, który 15 lat przepędził prawie w ciągłym podchmieleniu, bo z rzadkimi przerwami 2—3 dni”, doszedł do smutnego stanu zdrowia: oprócz zwykłych objawów alkoholizmu przewlekłego, trapiła go bezustannie niemożność zatrzymywania moczu. Dziesięć zastrzyknięć strychniny, po 0,003 dziennie [oprócz tego dostawał i wewnętrznie strychninę w pigułkach], wyleczyło owego pijaka. Od 6-ciu miesięcy nie pija alkoholu, katar żołądka i kiszek ustąpił, pęcherz moczowy funkcjonuje prawidłowo.

W dwóch innych przypadkach po pozornym wyleczeniu po pewnym czasie nałóg wrócił, ale chorzy ci już nie poddawali się leczeniu powtórnemu.

Oto, jeśli prawdziwe, to istotnie zadziwiające skutki leczenia alkoholizmu strychniną. Co też wobec tego wiemy z naszej i z zagranicznej literatury lekarskiej? Bardzo niewiele. Jeśli się nie mylą, to w polskiej literaturze nie mamy pod tym względem żadnych wskazówek, a w literaturze niemieckiej znajdujemy: 1) obiektywne sprawozdanie z danej kwestyi BELDAU'a (*Deutsche medic. Woch.* 1891. 25 i 27), oraz 2) bardzo króciutką [w kilku wierszach] wzmiankę (*Deutsche medic. Woch.* 1891. 39), z której się dowiadujemy, że tak zachwalana strychnina nie ma żadnej wartości leczniczej wobec alkoholizmu. W szpitalu miejskim w Görlitz D-r KLEEFELD poddał leczeniu strychniną siedmiu notorycznych pijaków. Zastrzykiwano im codziennie po 0,001 do 0,004 strychnini nitrici. Wynik otrzymano absolutnie ujemny. Ani jednego pijaka nie uwolniono od nałogu: wszyscy po kuracji pijali po dawnemu, a niektórzy z nich nawet podwajali sobie dawniejsze porcje, nie doznając przytem, wbrew twierdzeniu PORTUGAŁOWA i JERGOLSKIEGO, żadnych zaburzeń niezwykłych.

Daną kwestyję starałem się przedstawić zupełnie obiektywnie, ani nie przesadzając wartości metody, ani nie potępiając jej stanowczo jedynie na mocy 7 przypadków KLEEFELD'a, tembardziej że w zbyt króciutkiej notatee przeciwnika metody nie podano żadnych szczegółów i nie wzmiankowano nawet, jak długo leczenie trwało. W niektórych szpitalach naszych znajdzie się zapewne, niestety, dość materyjału do sprostowań; wartoby tedy wobec tak ciężkiego nałogu chorobliwego spróbować, czy też entuzjazm niektórych lekarzy dla strychniny jest choć części usprawiedliwionym.

Leczenie, rozumie się, powinno być systematyczne i dość długie, by sąd o niem mógł być sprawiedliwym.

Według PORTUGAŁOWA, leczyć należy w sposób następujący: Z roztworu strychniny [*Rp. Strychnini nitrici* 0,06=grj. *Aquae destill.* 15,0= $\frac{3}{8}$ ℔. M. D. S. Do zastrzykiwań podskórnych], trzeba codziennie zrobić jedną do dwóch iniekcji z początku po pół szpryczki, t. j. pół grama roztworu, nastę-

pnie po ćwierć strzykawki, t. j. po $\frac{1}{4}$ grama roztworu. Wystarczać ma około 16 iniekcji. Obok tego można pacjentom przepisywać i bromeek sodu.

JERGOLSKIJ zaczyna od mniejszych dawek, bo od 0,001, a następnie dawkę zwiększa, dochodząc do 0,003 i wyżej, a obok tego niektórym pacjentom przepisuje i do wewnątrz strychninę w pigułkach.

Wiktor Grostern.

Wiadomości bieżące.

— W Towarzystwie Lekarskim Warszawskim na posiedzeniu wyborczem, odbytem w d. 5 Stycznia r. b., wybrano na r. 1892: na prezesa kolegę PRZEWOŚKIEGO EDWARDA, na wiceprezesa kolegę MARKIEWICZA STANISŁAWA, a na sekretarza dorocznego SZTEYNERA WŁADYSŁAWA.

— Z rokiem bieżącym liczbę współwłaścicieli „GAZETY LEKARSKIEJ“ zwiększyli koledzy: BIERNACKI EDWARD, CIĄGLIŃSKI ADAM, CIECHOMSKI ANDRZEJ, DMOCHOWSKI ZDZISŁAW, GABSZEWICZ ANTONI, MUTERMILCH JULIUSZ, PRUSZYŃSKI JAN, WRÓBLEWSKI WŁADYSŁAW i ZIELIŃSKI EDWARD.

— Dowiadujemy się z 1-ego N-ru r. b. „Nowin Lekarskich“, że pożyteczne to pismo, o którym wspominaliśmy w N-rze 47 naszej Gazety, będzie nadal wydawane według dotychczasowego programu i zakresu, dzięki poparciu lekarzy prenumeratorów. Cieszymy się bardzo, iż taki pomyślny obrót przyjęły interesy materyjalne pisma, pozwalające na dalsze jego wydawanie z pożytkiem dla piśmiennictwa lekarskiego.

— Z okazji 25-cio letniej uroczystości założenia Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego zostali mianowani członkami honorowymi tegoż Towarzystwa: prof. ŁASKOWSKI z Genewy, prof. GAŁĘZOWSKI z Paryża, profesorowie BARANOWSKI i BRODOWSKI z Warszawy, D-r WICHERKIEWICZ z Poznania i protomedyk D-r MERUNOWICZ ze Lwowa.

— Oberpolicmajster miasta Warszawy zawiadomił za pośrednictwem pism codziennych, iż w celu zapobieżenia rozprzestrzeniania się chorób przez dorożki, wynajmowane zwłaszcza przez biednych mieszkańców do przewożenia chorych z mieszkań do szpitali, nabytą została osobna karetka i naznaczono specjalnego dezynfektora, który, według wskazówek pozostającego przy urzędzie lekarskim lekarza-hygienisty, obowiązany jest dezynfekować mieszkania, gdzie znajdowały się osoby, dotknięte chorobami zakaźnymi. Karetka ta zaczęła funkcjonować od 13-go Stycznia r. b., a wysyłaną będzie bezpłatnie. Znajduje się ona, jak również mieszkanie dezynfektora, w szpitalu zapasowym za rogatką wolską, a zamawiać ją można w biurze każdego cyrkułu policyjnego i w 4-tym oddziale straży ogniowej. Przyklasnąć możemy tylko tej innowacji, która w większych miastach zagranicznych oddawna istnieje. Mamy nadzieję, iż z czasem — gdy zapewne znajdą się ku temu potrzebne fundusze — ilość takich karet będzie powiększoną, tak, aby znajdowała się w każdym cyrkułe, a nawet w każdym szpitalu.

Radzibyśmy wiedzieć: czy funkcyja dezynfekcyj, wspomniana wyżej, jest obowiązkową i bezpłatną?

— Wydaną również została instrukcyja dezynfekcyj mieszkań przez dezynfektora miejskiego, pozostającego pod zwierzchnictwem urzędu lekarskiego. W instrukcyj mowa jest o dezynfekcyj pewnych przedmiotów za pomocą pary, poza obrębem mieszkania, innych przez mycie, wycieranie chlebem i kwasem karbolowym 2% [czy nie za słaby roztwór?]; [do podłogi tylko mydło szare i 5% roztwór kwasu karbolowego]. Dezynfektorowi z pomocą mają pospieszać właściciele i rządcy domu, obowiązani dostarczyć odpowiedniej liczby robotników. Przedewszystkiem pomagać ma dezynfektorowi stróż domu. Dezynfektor ubiera się przy czynności swej w specjalną odzież, zaś o takiejże odzieży dla stróża nie ma mowy w instrukcyj, ani też o ostrożnościach, jakie powinny być przestrzegane, aby stróż domu, mający z konieczności stosunki z lokatorami domu, nie przeniósł po innych mieszkaniach zarazka choroby.

— W Londynie wybuchła epidemija ekemy. Jest to jedyna w swoim rodzaju epidemija. Napada ona głównie starców. Wedle poszukiwań *British medical journal* na 350 przypadków ekemy w 2-eh szpitalach londyńskich 60 było śmiertelnych.

— Departament lekarski w Petersburgu zawiadomił, aby, dla uniknienia omyłek, lekarze używali dla środków lekarskich tylko takich synonimów, które tylko w rosyjskiej farmakopei są pomieszczone, oraz aby recepty pisane były czytelnie.