

GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Cena Gazety Lekarskiej: w Warszawie: rocznie 5 rs., półrocznie 2 rs. 50 kop., na prowincyi, w Cesarstwie i za granicą: rocznie 6 rs., półrocznie 3 rs.

Cena ogłoszeń: Trzy pierwsze po kop. 15 za wiersz drobnem pismem. lub za jego miejsce następne po kop. 10; ogłoszenia zagraniczne po kop. 18 za wiersz drobnem pismem lub jego miejsce.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. Gajkiewicz Władysław. Wydawca: Dr. Kondratowicz Stanisław

Adres Redaktora. Marszałkowska Nr. 115. Adres Wydawcy: Marszałkowska Nr. 119.

Capsulae contra taeniam. Z pomiędzy wielu środków przeciworobaczych *Extractum filicis maris aethereum* jest najstarszym i bez zaprzeczenia najdzielniejszym w skutkach — przytem zasługuje na pierwszeństwo przed innymi, które w większej części drażnią i obciążają przyrządy trawienia.

Korzeń paproci zawiera w sobie olejki eteryczne, żywicę, kwas garbnikowy i kwas filicilowy, od ilości zaś i składowych części zależy skuteczność wyciągu. — Różne obserwacje w tym kierunku robione dowiodły „że cała skuteczność zawisła:“ 1) od warunków klimatycznych paproci (rosnąca na Alpach bogatszą jest w kwas filicilowy) 2) od czasu zbioru korzenia (Wrzesień najodpowiedniejszy) 3) od sposobu przygotowania wyciągu; — dodać jeszcze winniem że świeżość i odpowiednie zabezpieczenie, od wpływu światła i powietrza, najważniejszą odgrywa tu rolę. Wielokrotnie doświadczenia przekonały mnie, że *Exctr. filicis mar.*, wystawiony na działanie powietrza, traci znaczną ilość olejków, jednocześnie mętnieje i osadza kwas filicilowy — gdy tymczasem w naczyniu zabezpieczonem od przystępu powietrza, światła, w chłodnem miejscu i rok może pozostać bez zmiany. Celem uchronienia go od utraty tak cennych części składowych, najodpowiedniejsze są kapsułki gelatinowe; forma ta łączy i drugą niezmiernie ważną dogodność, a tą jest przyjemniejsze użycie tak przykrego lekarstwa.

W ciągu ostatnich lat miałem sposobność sprawdzić rzeczywistą skuteczność Wyciągu z korzenia Alpejskiej paproci w kapsułkach, których sztuk 12 po 10 gran zadawane były dorosłym, a dzieciom w połowie powyższej ilości.

Sposób użycia kapsułek z Wyciągu korzenia paproci Alpejskiej.

Dla dorosłych osób 12 sztuk kapsułek, dla dzieci sztuk 6. Chory dwa dni przed użyciem kapsułek powinien zachować o ile można ścisłą dyjetę, a to celem odkrycia całego ciała solitera.

Rano, na czezo, co kwadrans po 3 kapsułki używać, popijając herbatą z cytryną — chory powinien spokojnie leżeć, a w razie nudności kawałki lodu łykać, lub też trzymać w ustach plasterki cytryny, zwykle w pół godziny po ostatniem użyciu kapsułek, tasiemiec kłębem wychodzi ze stolcem wodnistym, a jeżeli w przeciągu 2 godzin nie pokaże się, należy użyć 2 łyżki oleju rycynowego ażeby wydalic martwego tasiemca.

M. Mutniański.

Właściciel Apteki Nowy-Świat Nr. 18.

PASTYLKI GÉRAUDEL



Z CZYSZCZY SMOŁY NORWEGSKIEJ
Działające przez wdychanie i wciąganie

Przeciwko
**KATAROM, DYCHAWICY, FLUKSYI, ASTMIE,
OCHRYPIENIU, CHOROBYM KRTANI etc.**

o wiele lepsze od Kapsulek i Cukierków, które obciążają żołądek nie działając na drogi oddechowe.

Pastyłki Géraudel są
JEDYNE PASTYLKI SMOŁOWCOWE

wynagrodzone przez międzynarodowy sąd przysięgłych na wystawie powszechnej 1878 r. w Paryżu. Wypróbowane na mocy decyzji ministerjalnej za przedstawieniem Rady Zdrowia armji.

Znajdują się we wszystkich Aptekach

Każde pudełko zawiera 72 pastylek
Jak również przepis dla użycia takich

SPRZEDAŻ HURTOWA:

A. GÉRAUDEL

Pharmacien à SAINTE-MENEHOULD
(France). (Należy wymagać Marki fabrycznej wystawionej.)



Podczas powolnego ssania tych Pastylek powietrze którym się oddecha przejmując się wyciewami Smoły i wprowadza je do siedliska cierpienia. Dzięki tej specjalnej własności działania jakoteż ich składowi Pastyłki te zawdzięczają skuteczną własność, leczenia wszystkich chorób w których smoła bywa zalecana. Są one niezbędne dla palących tytonie, dla osób nadmierających głos i dla tych których zatrutienia wystawiają ich na skutki kurzu i wyziewów rozdrażniających.

Niezmiernie powodzenie tych PASTYLEK we Francji i Zagranicą świadczy o ich wyższości niezawiszonej.

(Należy wymagać Marki fabrycznej wystawionej)

Do nabycia w składach aptecznych J. Mrozowskiego i L. Spiessa i Syna.

D-r Jan Rosner

b. asystent kliniki położn. ginek. Uniw. Jag. i lekarz szpitala powsz. w Krakowie
ordynować będzie podczas sezonu tegorocznego we Francensbadzie (Goldener Stern) 10—10

Blizszych objaśnień o malowniczej miejscowości, posiadającej potrzebne warunki dla założenia

STACJI KLIMATYCZNEJ,

może udzielić **Jakób Sokołowski.**

Zamość gub. Lubelska, poste-restante

3—3

Kurort Ober-Salzbrunn

na Szlązku

Stacja drogi żelaznej (2 godziny od Wrocławia), 407 metrów nad powierzchnią morza łagodny klimat górski, zabieany z powodu obfitości pierwszorzędných źródeł alkalicznych, z powodu zakładu żętycznego (mleko krowie, kozie, owcze, serwatka oraz ośle), z powodu swych pięknych urzędzeń, zakładów kąpielowych, mieszkań etc. Wskazany w cierpieniach gardła, płuc, żołądka, w zółtach, w cierpieniach nerek i pęcherza, hemoroidach, nadto w niedokrwistości i dla rekonwalescentów. Piękny sezon jesienny. Wsytka znanych źródeł u Oberbrunnas za pośrednictwem pp. Furbach i Fstrieboł w Ober-Salzbrunn.

Informacyi eo do mieszkań udziela

Książ. Inspekcja Zdrojowa.

„Kefir“ w książ. zakładzie żętycznym, przygotowywany przez aprobowanego aptekarza pod specjalną kontrolą lekarza zdrojowego.

6—1

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. A. PUŁAWSKI. Przypadek częściowego porażenia splotu ramieniowego. (*Paralysis partialis plexus brachialis. Paralysis radicaire Duchenne-Erb*). — II. CZERNIAŃSKI. Pompa żołądkowa aspiracyjna. — III. T. HERYNG. O chirurgicznym leczeniu suchot krtani i ich wyleczalności (Ciąg dalszy). — Wystawa Hygieniczna. IV. [Dokończenie]. Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.

Z ODDZIAŁU D-RA DUNINA W SZPITALU Dz. JEZUS W WARSZAWIE.

I. PRZYPADEK CZEŚCIOWEGO PORAŻENIA SPLOTU RAMIENIOWEGO.

(*Paralysis partialis plexus brachialis. Paralysis radicaire Duchenne-Erb*).

Podał

A. Puławski.
asystent oddziału.

Porażenia kończyny górnej pochodzenia obwodowego mogą się zdarzać albo w zakresie pojedynczych nerwów [najczęściej promieniowego—*ERB*], albo w zakresie kilku naraz nerwów, przyczem kombinacje mogą być nader rozmaite. Zwichnięcia w stawie ramieniowym (zwłaszcza *luxatio subcoracoidea*), złamania kości ramieniowej, złamania i zwichnięcia w stawie łokciowym, gwałtowne nastawianie zwichnięć [FLAUBERT ¹⁾, LE BRET ²⁾] stanowią częste źródło porażen skombinowanych, nieraz bardzo rozległych, uporczywych, często nieuleczalnych.

Są porażenia skombinowane, powstałe czasem samoistnie [reumatyczne], najczęściej urazowe, w których stale, jeżeli nie wyłącznie, to przeważnie dotknięte są mięśnie: naramienny, dwugłowy, ramieniowy wewnętrzny, wyrotny długi, [a zatem nerwy: pachowy czyli zagięty, mięsno-skórny i część promieniowego. Istota tych porażen polega na tem, że siedliskiem sprawy chorobowej

¹⁾ FLAUBERT [1827] opisuje przypadek zupełnego porażenia lewej kończyny górnej, które nastąpiło u 70-letniej kobiety wskutek dwukrotnego nastawiania zwichnięcia, trwającego 6 tygodni. Sekcja wykazała wyrwanie 4 dolnych korzeni splotu ramieniowego w miejscu ich wyjścia ze rdzenia.

²⁾ LE BRET [1853] opisał podobny przypadek u 22-letniego żołnierza. Tylko uraz był mniejszy i porażając kończynę, nie spowodował śmierci. [KLUMPKKE—patrz „Literatura“].

stają się niektóre z 5-ciu gałęzi składających splot ramieniowy, a będących jakby k o r z e n i a m i dla nerwów kończyny górnej [z tą francuzką nazwą *paralysies radiculaires*). Pierwszym, który spostrzegał tego rodzaju porażenia, był DUCHENNE. Znanie są powszechnie jego p o r a ż e n i a p o r o d o w e (*paralysies obstétricales*, *Entbindungslähmungen*—ERB), powstałe u dzieci, które się rodzą przy pomocy operacji akuszeryjnych: dotknięta kończyna [górną] opada bezwładnie wzdłuż ciała, jest nawróconą na wewnątrz, nie może być podniesioną ani zginaną w przedramieniu, ruchy palców i ręki są zachowane [porażenie mięśni: naramiennego, dwugłowego, ramieniowego wewnętrznego, podgrzebieniowego, obłego małego]. Niewątpliwą przyczyną tych porażen jest ucisk splotu ramieniowego, co zdarzyć się może przy wykonaniu np. t. zw. sposobu pragskiego, przy którym palce operatora, widelkowato na kark założone, uciskają właśnie okolicę splotu ramieniowego. Takie jest objaśnienie ERB'a, gdyż DUCHENNE ograniczył się tylko na dokładnem spostrzeganiu, pozostawiając innym wytłomaczenie samego faktu ¹⁾. Mniej znane, a może zapoznane są spostrzeżenia DUCHENNE'a, robione nad dorosłymi, chociaż w jednym ze swoich 5-iu spostrzeżeń odnoszących się do porażen, o jakich mówimy, DUCHENNE przypuszcza już, że siedlisko porażenia musi istnieć tam, gdzie nerwy biorą początek z r d z e n i a ²⁾. Jeżeli DUCHENNE był pierwszym, który zajmujące nas porażenia spostrzegał, dokładnie opisał i miał niejaki przeczucie o ich pochodzeniu, to dopiero ERB racjonalnie je objaśnił i wskazał drogę do dalszych poszukiwań. Odtąd p o r a ż e n i a DUCHENNE-ERB'a stały się przedmiotem badań ściślejszych. Dość obfita liczba spostrzeżeń klinicznych, wcale pokaźna literatura przedmiotu, nie znalazła, o ile wiemy, echa w naszym piśmiennictwie lekarskiem. Mając po temu sposobność, chciałbym do pewnego stopnia brak ten wypełnić. Zaczynam od spostrzeżenia, którego dokonałem w oddziale i przy pomocy D-ra DUNINA, za co mu niniejszem składam serdeczne podziękowanie.

Dnia 6 Listopada r. z. przybył do oddziału robotnik, pracujący przy kanalizacyi, w wieku lat 33, nazwiskiem Grzegorz Doktorski i opowiedział, że pracując przed 4 tygodniami przy budowie kanału, został uderzonym w lewe ramię kulem, spadającym mniej więcej z wysokości 1-go piętra. Chociaż uderzenie było nader silne i chory upadł, jednak nie stracił przytomności, uczył tylko bardzo silny ból w miejscu uderzenia. Skóra nie została naruszoną, tylko zaczerwieniła się, obrzmiała, ale te objawy wkrótce przeszły, ból również minął, pozostał jednak zupełny bezwład kończyny. Bezwład ten trwając bez żadnej zmiany przez kilka tygodni, zmusił chorego do szukania pomocy lekarskiej u D-ra MATLAKOWSKIEGO, który raczył go odesłać do naszego oddziału. Chory ³⁾ przedstawia się, jako osobni pod każdym względem zdrowy, dobrze odży-

¹⁾ Je laisse à d'autres les soins de rechercher en vertu de quelle raison anatomique les mêmes muscles sont constamment paralysés. (*Electrisation localisée*, III. Ed. p. 357).

²⁾ Une telle lésion ne pouvait être rapportée, qu'à une altération ou des nerfs qui animent les muscles paralysés ou du point de la moelle d'où ces nerfs tirent leur origine. [Ib. obs. XXIII. p. 324].

³⁾ Chory ten był przedstawiony w swoim czasie na posiedzeniu klinicznem w Warszawskiem Towarzystwie Lekarskiem.

wiany, z mięśniami atlety, nigdy przed tem na nic nie chorował, jest żonatym i ma kilkoro drobnych dzieci. Chora kończyna nie nosi na sobie śladów urazu, badanie nie wykazuje złamania ani zwichnięcia. Ręka wisi bezwładnie przybliżona do tułowia (*schlotter Gelenk*—*ERB*), ramię chore cokolwiek uniesione ku górze, przedramię znajduje się w położeniu nawrotnem przymusowem (*pronation forcée*), t. j. wyprowadzone z tego położenia napowrót do niego powraca. Kształt kończyny chorej różni się od zdrowej: nie widać tu, jak na tej ostatniej, wyniosłości właściwych pewnym grupom mięśni na muskularnem ramieniu: mięsień naramienny, pokrywający w kształcie kopuły mięsnej staw barkowy na stronie zdrowej, po stronie chorej jest niezmiernie cienki, wiotki, pozwalający widzieć nieledwie kształty główki kości ramieniowej. Przez skórę łatwo wyczuć się daje wyrostek barkowy łopatki (*proc. acromialis*), na pierwszy zaś rzut oka ukazuje się już na skórze bruzda, idąca w poprzek mięśnia naramiennego i oddzielająca główkę ramienia od powierzchni stawowej łopatki, co zresztą najlepiej widzieć można na załączonym rysunku [Fig. 1].

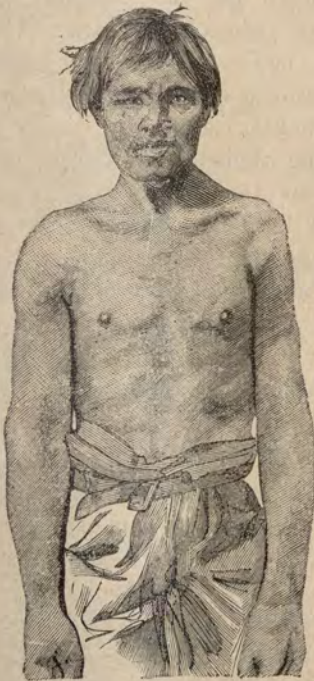


Fig. 1.

Wskutek opuszczenia główki, niepodtrzymywanej przez zwioczały mięsień naramienny, chore ramię (od *proc. acromialis* do *olecranon*) jest dłuższe od zdrowego o 4 ctm. [zdrowe=33 ctm., chore=37 ctm.]. M. dwugłowy potężnie zarysowany na stronie zdrowej, tu nie wyróżnia się prawie od sąsiednich mięśni, nadając kończynie kształt raczej walcowaty niż stożkowaty [obwód środka ramienia na stronie zdrowej=29 ctm., na stronie chorej=24 ctm.]. Ta sama wiotkość, może nieco mniejsza, daje się zauważyć na mięśniach, stanowiących przednią i tylną ścianę dołu pachowego [piersiowe, podłopatkowy, obły większy i najszerszy grzbietu]. Przedramię, lubo także nieco szczuplejsze i wiotkie [największy obwód=24 ctm., a na zdrowej=27 ctm.], wybitnie od zdrowego się nie różni. Dłoń nic szczególnego, prócz bezwładu i lekkiej sinicy, nie przedstawia. Z tyłu widzimy spłaszczenie na miejscu odpowiadającym mięśniowi podgrzebieniowemu, skutkiem czego grzebleń łopatki mocno wystaje.

Łopátka lewa oddalona więcej od kręgosłupa niż prawa, nieco uniesiona ku górze i skrzydlowato odstaje od klatki piersiowej (*scapula alata*), tak, że z łatwością dłoń pod nią podłożyć można. Na szczególną uwagę zasługuje zmiana kształtu dołu nadobojczykowego po stronie chorej. Zmiana ta polega na spłaszczeniu tego dołu w porównaniu ze stroną zdrową i na wydłużeniu przestrzeni od środka mostku do wierzchołka ramienia. Obojczyk zdaje się być więcej wyprostowa-

Brzusec mięśnia mostko-obojezyko sutkowego (*sterno-oleido-mostoideus*) nie zarysowuje się wcale pod skórą, lubo nie jest porażonym, jak się o tem przy ruchach głowy przekonać można.

Barwa i odżywianie skóry nie różni się od strony zdrowej, ciepłota wyraźnie jest niższą.

Okolica nad i pod obojezykowa niebolesną jest na ucisk, chory żadnych bólów prócz mrowienia, a niekiedy kłócia w dłoni nie doświadcza. Ruchy biernie uskutecznić się dają łatwo we wszystkich kierunkach, uczuwamy przy tem zupełny brak oporu i elastyczności: kończyna uniesiona wraca bezwładnie i ociężale do pierwotnego położenia.

Ruchów czynnych chora kończyna na pozór wykonać nie może żadnych, t. j. chory nie jest w stanie używać jej do jakichkolwiek ruchów celowych, posługując się we wszystkim kończyną prawą. Jedyne ruchy, jakiego niekiedy używa, jest zarzucanie ręki chorej na zdrową, przy gwałtownym ruchu wahadłowym w stawie ramieniowym. W tym celu chory kurczy silnie mięśń kapturowy, tym sposobem wprawia kończynę w ruch wahadłowy przyczem palcami chwytą za przedmiot żądany, np. ubranie.

Uważne jednak badanie wykazuje, że bezwład nie jest zupełny, że ruchy pewne, dla chorego co prawda niepożyteczne, są jednak zachowane. Chory nie może podnieść ani oddalić ramienia od bocznej powierzchni tułowia [działalność mięśnia naramiennego], obrócić ramienia na wewnątrz [mięsień podłopatkowy i obły większy] i na zewnątrz [mięsień nad i podgrzebieniowy, obły mniejszy], zbliżyć ramienia do tułowia [mięsień piersiowy wielki] ani ręki do pośladków [mięsień najszerszy grzbietu], nie może wyprostować ramienia [mięsień trójgłowy] ani go zginać [mięsień dwugłowy], nie może wyprostować palców ani całej dłoni [mięśnie wyprostne przedramienia], wreszcie wywrócić kończyny [mięsień wyrotny długi]. Działalność zatem kończyny jest prawie żadną. Z drugiej jednak strony chory może podnosić bark ku górze i przybliżać łopatkę ku linii środkowej, zatem działalność mięśnia kapturowego jest nienaruszoną, może wykonywać choć w części ruch nawrotny (*pronatio*) przedramienia, co zależy od działania mięśni nawrotnego okrągłego i czworobocznego [położenie nawrotne przymusowe — *pronation forcée*—zależy właśnie od tego, że antagonistą tych mięśni mięsień wyrotny długi jest porażony]. Dalej możliwe jest zgięcie całej ręki [mięsień zginacz napięstka promieniowy i łokciowy] i zgięcie palców, [mięsień zginacz palców wspólny wierzchni i głęboki]. Siła zginaczy daleko większą jest po stronie łokciowej aniżeli promieniowej, w ogóle siła zgięcia w rękę nieznacza staję się cokolwiek większą, jeżeli całą dłoń utrzymywać będziemy w położeniu wyprostnem. Pomimo zupełnego porażenia mięśni wyprostnych, chory może wyprostować dwa ostatnie członki palców, co zależy od działalności mięśni glistowatych (*mm. lumbricales*): ażeby ten ruch, mianowicie wyprostowanie 2-ch ostatnich członków uwydatnić, potrzeba pierwszy członek, którego wyprostowanie zależy od mięśnia wyprostnego palców wspólnego [tutaj porażonego], wyprostować biernie.

Oddalanie i przybliżanie palców ku linii środkowej, zależne od działania mięśni międzykostnych wewnętrznych i zewnętrznych, odbywa się zupełnie prawidłowo.

Również prawidłowo działają mięśnie kłębu paluszka (*hypothenar*). Z pomiędzy mięśni kłębu palucha (*thenar*) najlepiej działa mięsień ksobny (*n. ulnaris*), słabiej przeciwstawny i odsiebny (*n. medianus*), a zupełnie nie działa wyprostny (*n. radialis*).

Oprócz zupełnego porażenia wszystkich mięśni barku i ramienia, zauważyć można porażenie kilku następujących mięśni:

1. Porażenie mięśnia podobojczykowego przypuszczam na tej zasadzie, że obojczyk stracił swoje zwykłe napięcie — *tonus* [jeżeli się tak wyrazić można], w jakim go utrzymuje mięśń podobojczykowy: barkowy jego koniec jest obrócony nieco ku przodowi, a odległość od środka mostka do wyrostka barkowego łopatki, na stronie chorej jest o 1 ctm. większa niż na stronie zdrowej [17—18 ctm.], a wydaje się być jeszcze większą. Nigdzie nie spotkałem się z opisem porażenia tego mięśnia [ERB, MOEBIUS i t. d.].

2. Porażenie mięśnia unoszącego kąt łopatki można wykryć przy mocnem (*maximum*) podniesieniu barku [najlepiej z tyłu, jak na załączonej Figurze 2-ej]: łopatka na stronie porażonej nie może być podniesioną do *maximum* przytem nie unosi się pionowo do góry, lecz zarazem przybliży się nieco do kręgosłupa, na szyi zaś nie tworzą się charakterystyczne fałdy, jak na stronie zdrowej. Zniepodobnienie zależne od porażenia mięśnia unoszącego kąt łopatki, tak jak je przedstawia figura [przerysowana z fotografii], zasługuje również na uwagę, dotychczas bowiem nigdzie nie było wzmianki o porażeniu tego mięśnia, ani o zmianie, jaka wynika ztąd w ustawieniu kończyny.

3. Porażenie mięśni skośno-czworobocznych (*rhomboidei*) przy zachowaniu działalności i bez zaniku mięśnia kapturowego daje się z trudnością rozpoznać. Zdaje się jednak, że gdyby nie były porażone, to przy jednoczesnem porażeniu mięśnia zębatego wielkiego przedniego dałyby się wyczuć ich brzusce w dole utworzonym przed odstawianiem łopatki od kręgosłupa.

4. Porażenie mięśnia zębatego wielkiego przedniego (*m. serratus ant. major*): jeżeli ramię podniesione jak

tutaj (biernie) skierujemy ku przodowi, wtedy wewnętrzny brzeg łopatki oddala się od klatki piersiowej, na podobieństwo skrzydła (*scapula alata*) i to w ta-



Fig. 2.

kim stopniu, że się tworzy głęboki dół, w który łatwo można wprowadzić rękę. Przy spokojnem położeniu zniepodobnienie wydaje się mniejszem. Ta właśnie okoliczność przemawia także za jednoczesnem porażeniem mięśni-antagonistów: unoszącego kąt łopatki i skośno-czworobocznych.

Badanie prądem elektrycznym wykazało w porażonych mięśniach i nerwach zmniejszenie pobudliwości tak faradycznej jak i galwanicznej, t. j. dla wywołania minimalnych skurczów okazała się potrzeba silniejszych daleko prądów niż na stronie zdrowej, przyczem faradyczna pobudliwość okazała się zmniejszoną w wyższym daleko stopniu niż galwaniczna ¹⁾. Odczyn na prąd stały jakościowo był niezmienny [t. j. zawsze $KaSZ < AnSZ$], tylko skurcze w porównaniu ze stroną zdrową były opieszale, długo się ciągnące (*träge Zuckungen*). Gdy po upływie kilku tygodni badałem chorego ponownie, znalazłem, *caeteris paribus*, na mięśniach naramiennym i nadgrzebieniowym wyraźną zmianę jakościową w oddziaływaniu na prąd galwaniczny t. j. $KaSZ < AnSZ = 18 E$. gdy na stronie zdrowej było $KaSZ > AnSZ = 12 E$, a zatem mieliśmy odczyn z wyrodnienia (*EaR*).

W przeciwstawieniu do znacznego upadku pobudliwości elektrycznej, pobudliwość mięśni na bodźce mechaniczne nie tylko że jest zachowaną, ale nawet znacznie wzmożoną: przy uderzaniu młotkiem otrzymujemy żywe, długo trwające skurcze włókien mięśniowych.

Odruchy ścięgnięte są zniesione, czucie mięśniowe zachowane.

Czucie [dotyk, ból, ciepło i zimno] na barku zniesionem jest zupełnie, znieczulenie rozciąga się przytem na boczną część szyi. Na ramieniu i przedramieniu czucie jest zniesione w części zewnętrznej i tylnej, na tylnej zewnętrznej połowie dłoni, na tylnej stronie palucha, na pierwszym członku wskaziciela. I tutaj widzimy, że gałązki czuciowe, biorące początek od nerwów pośrodkowego i łokciowego zostały nienaruszone na równi z nerwami skórnymi średnim i środkowym (*cutaneus medius et medialis*). Wewnętrzna część skóry ramienia otrzymuje nerwy czuciowe od 2-go nerwu międzyżebrowego, leżącego po za sferą porażonych w danym przypadku nerwów.

Któreż tedy z nerwów kończyny górnej lewej u naszego chorego ocalały, a które zostały porażone?

¹⁾ *Pect. maj dext.* $KaSZ > AnSZ = 12 E$. [ap. STÖRERA]

„ „ *sin.* $KaSZ > AnSZ = 26 E$.

Deltoid. dext. $KaSZ > AnSZ = 12 E$.

„ „ *sin.* $KaSZ > AnSZ = 16 E$.

Biceps dextr. $KaSZ > AnSZ = 11 E$.

„ „ *sin.* $KaSZ > AnSZ = 13 E$.

Serr. ant. maj dextr. $KaSZ > AnSZ = 12 E$.

„ „ „ *sin.* $KaSZ > AnSZ = 22 E$.

Ext. poll. long. dextr. $KaSZ > AnSZ = 10 E$.

„ „ „ *sin.* $KaSZ > AnSZ = 16 E$.

W aparacie farad. STÖRER'a dla pobudzenia mięśni porażonych potrzeba było cewki oddalac do *maximum*, a i wtedy w *delt.*, *triceps*, *biceps* skurczów nie otrzymywano. Wogóle nie jestem w stanie dać ścisłych i więcej szeregówowych wyników badania elektrycznego z powodu braku dokładnych aparatów, zdających do celów rozpoznawczych.

O c a l a ł y: *nn. cutaneus medius, cutaneus medialis, medianus* [prawie cały], *ulnaris*.

P o r a ż o n e: *Nn. dorsalis scapulae* (*mm. rhomboidei, levator ang. scap.*), *suprascapularis* (*mm. supra et infraspinati*), *axillaris* (*m. deltoideus* i znieczulenie w obrębie tego mięśnia), *subscapulares* (*mm. subscapularis, teres major, latiss. dorsi*), *thoracicus post.* (*m. serrat. ant. maj.*), *thoracici anter.* (*m. pectoralis*), *subclavius* (*m. subclavius*), *musculo-cutaneus* [*mm. coraco-brachialis, biceps brachii, brach. anter.*, znieczulenie przednio-zewnętrznej części ramienia i przedramienia], *radialis* (*mm. triceps, supinator long. et brevis, ulnaris exter., extens. dig. com., ext. ind. et ext. dig. quinti, exten. poll., long. et brevis, abductor poll. long.* i znieczulenie tylnej powierzchni przedramienia i na dłoni, jak wyżej).

Nie potrzebujemy kłaść nacisku na to, że powyższe porażenie jest pochodzenia obwodowego. Wszystko za tem przemawia; etjologija [uraz], brak odruchów ścięgniowych, zaburzenia odżywcze i naczynio-ruchowe [zanik mięśni, sinica, obniżenie ciepłoty], zmiany jakościowe w oddziaływaniu na prąd elektryczny [odczyn zwyrodnienia]. Ani zniszczenie komórek przednich rogów istoty szarej nadržmienia szyjowego ani cierpienie szarej istoty korowej i leżącej pod nią białej [zwykła przyczyna monoplegii pochodzenia ośrodkowego ¹⁾], nie mogą być podejrzywane w naszym przypadku. O porażeniu ołowianem, o porażeniu następczem po złamaniu lub zwichnięciu nie może nawet być mowy wobec nader jasnej etjologii i przebiegu cierpienia.

Siedliska cierpienia musimy szukać tam, gdzie nerwy, ożywiające kończynę górną, leżą blisko siebie na małej przestrzeni, gdzie uraz mógł je razem do sięgnąć, jednym słowem, w s p l o c i e r a m i e n i o w y m.

Na utworzenie splotu ramieniowego, unerwiającego całą kończynę górną, składa się 5 przednich korzeni nerwów rdzeniowych: 4 ostatnie szyjowe [V, VI, VII i VIII] i jeden grzbietowy [I]. V i VI nerw szyjowy, opuściwszy kanał rdzeniowy, idą z początku oddzielnie pomiędzy mięśniami dźwigaczami klatki piersiowej (*mm. scaleni*), oddając im kilka cienkich gałązek, przyczem V nerw szyjowy otrzymuje gałązki od IV-go, dalej stają się powierzchownymi, leżąc pod środkową powięzią szyjową i łączą się w jeden wspólny pień bardzo krótki [HENLE, HIRSCHFELD, HOEDEMAKER]. Najczęściej jeszcze przed połączeniem, między mięśniami dźwigaczami, powstają od tych nerwów gałązki dla mięśni: skośno-czworobocznych, unoszącego kąt łopatki i zębatego wielkiego przedniego, a czasami gałązki dla nerwu przeponowego (*n. phrenicus*) (patrz Fig. 3). W miejscu połączenia 2 korzeni powstaje nerw podobojczykowy [FLOWER]. Po wyjściu z pomiędzy mięśni dźwigaczy aż do miejsca połączenia, korzenie nie dają żadnej gałązki prócz nerwu nadłopatkowego (*n. suprascapularis*), który czasem powstaje z V-go nerwu szyjowego [HIRSCHFELD]. Najczęściej jednak nerw ten powstaje od pnia wspólnego. Ten ostatni łączy się z VII nerwem szyjowym. Z krótkiego pnia wspólnego powstają nerwy piersiowe przednie (*nn. thoracici ant.*) dla mięśnia piersiowego wielkiego. Wkrótce gruby

¹⁾ WŁ. GAJKIEWICZ. Kilka uwag o porażeniu jednej z kończyn ciała (*monoplegia*). *Gazeta Lekarska*. 1883. Nr. 41 i 42.

ten pień dzieli się na 2 poboczne: zewnętrzny daje nerw mięsno-skórny i korzeń zewnętrzny nerwu pośrodkowego, tylny otrzymuje gałązkę poboczną od wspólnego pnia VIII i I i dzieli się na nerw zagięty i promieniowy (*nn. circumflexus v. axillaris, et radialis*). Z nerwu promieniowego przy jego początku powstają



Fig. 3. 1).

3 nerwy podłopatkowe (*nn. subscapulares*), VIII nerw szyjowy i I grzbiet łączą się ze sobą tuż po wyjściu z dziur kręgowych. Następnie dzielą się na 2 gałęzie: widzieliśmy, że gałąź górna dąży do pnia wspólnego nerwów zagiętego i promieniowego, dolna tworzy wewnętrzny korzeń nerwu pośrodkowego (*n. medianus*) i daje gałązki dla mięśni piersiowych, dalej nerw przydatkowy dla nerwu skórno-wewnętrznego (*u. accessorius* dla *brach. cut. inter. s. cut. medialis* [HENLE]), nerw ramieniowy skórny wewnętrzny (*n. brachialis cut. intern. s. n. cut. medius* HENLE) i nerw łokciowy (*n. ulnaris*). To zachowanie się korzeni splotu ramieniowego ustanowionem jest przeważnie na podstawie szematu FLOWER'a ²⁾. Schemat ten może ulegać licznym zmianom, jak nas przekonywają o tem anatomiczne

1) **Objaśnienie fig. 3.** *Plexus brachialis* [podług atlasu HIRSCHFELD'a]. Nerwy porażone są zacieniowane: V, VI, VII, VIII. *n. cervicales*. I. *n. dorsalis*. M. — *n. medianus*. R. *n. radialis*. U. *n. ulnaris*. 1. *n. subclavius*. 2. *n. thoracicus post.* [HENLE], *s. respir. int.* [BELL], *s. serr. ant. maj.* [HIRSCHFELD]. 3. *n. circumflexus s. axillaris*. 4. *n. cutaneus lateralis s. musculo-cutaneus s. perforans Casserii*. 5. *n. subscapulares (r. superiores CRUVEILLER)* 6. *n. thoracici anteriores*. 7. *n. subscapulares (r. inferiores CRUV.)* 8. *n. supra-scapularis*. 9. *n. dorsalis scapulae* [HENLE], *s. branches des muscles angulaire et rhomboide* [CRUV]. 10. *n. thoracico-dorsalis* [KRAUZE], *s. latissimi dorsi* [HIRSCHFELD] 11. *n. subscapularis medius s. teretis majoris* [HIRSCH] 12. *n. cutaneus medialis* [HENLE]. *s. accessorius cut. int.* [CRUV], *s. n. Wrisbergii*. 13. *n. cutaneus medius* [HENLE], *s. cutaneus internus* [MECKEL]. 5. 7. 10 i 11 HENLE nazywa *nn. subscapulares* [str. 529]. (7. jako porażony powinien być zacieniowanym).

2) Cytowany przez SECRÉTAN'a [patrz literatura].

badania FÉRÉ'go ¹⁾ i anatomiczny opis splotu ramieniowego nie zawsze pozwala nam rozwiązać kwestyję przebiegu gałązek czuciowych i mięśniowych w korzeniach. Nie mniej jednak prosty przegląd tego szematu pokazuje nam, że nerwy grzbietowy łopatki i nadłopatkowy (*nn. dorsalis scapulae et suprascapularis*) powstają jedynie z VI VI nerwu szyjowego, że nerw mięśnieo-skórny (*n. musculo-cutaneus*) nie otrzymuje ani jednej gałązki od 2 korzeni dolnych [VIII szyjowy i I grzbietowy]. Nerwy promieniowy i pośrodkowy (*nn. radialis et medianus*) mogą [ale nie zawsze otrzymują — FÉRÉ] gałązki od wszystkich korzeni. Nerwy łokciowy, skórny średni i środkowy (*nn. ulnaris, cutaneus medius et medialis*) otrzymują gałązki tylko od korzeni dolnych [VIII szyjowy i I grzbietowy].

[C. d. n.].

II. POMPA ŻOŁĄDKOWA ASPIRACYJNA.

Podał

D-r Czerniański

sekundaryjusz szpitala powszechnego w Wiedniu.

Lekarz specjalista, zajmujący się leczeniem chorób żołądka, potrzebuje do użytku codziennego wygodnego sposobu otrzymywania miazgi żołądkowej dla celów rozpoznawczych. Potrzebuje on też, a równo z nim lekarz praktyczny, czynny na prowincyi wygodnego przyrządu do przemywania żołądka dla celów leczniczych.

Dotychczas używano w tym ostatnim celu przyrządów, polegających albo na zasadzie pompy ssącej albo też na zasadzie lewara.

Lecz pierwsza z tych zasad jest błędną. bo niebezpieczną, druga zaś niedostateczną, szczególnie tam gdzie zależy nam na tem, aby zawartość żołądka otrzymać bez rozcieńczenia do badania i tam, gdzie chodzi o to, aby żołądek po przemyciu dokładnie opróżnić z wody, co zwłaszcza przy rozszerzeniu żołądka jest konieczne. Dlatego polecam tem śmieiej mój przyrząd aspiracyjny, który omija niedogodności obu tych zasad mechanicznych, który też okazał się i mnie i innym praktycznym, i zyskał uznanie zarówno przy przedstawieniu go w tutejszem Towarzystwie Lekarskiem, jak w codziennem używaniu na klinice prof. BAMBERGER'a.

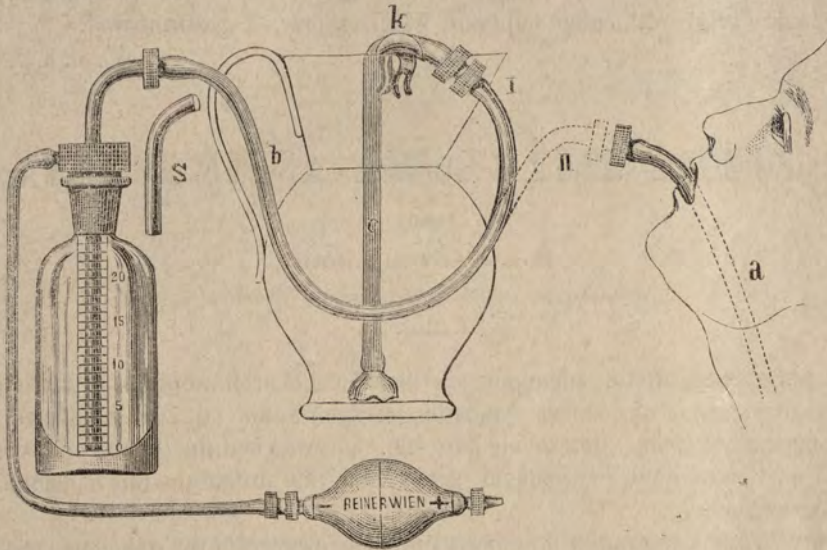
Pierwszy przyrząd aspiracyjny żołądkowy podał JAWORSKI. Jego urządzenie opiszę pokrótce: butla szklana, stojąca wysoko, ma u dołu otwór zatykany korkiem z rurą szklaną kolankowo zagiętą. Założona na tę rurkę rura gumowa sięga aż do podłogi izby i zwisa do postawionego naczynia. Szyjka górna butli połączona jest za pomocą rury gumowej z szyjką flaszki aspiracyjnej właściwej, służącej zarazem za odbieralnik na zawartość żołądkową.

¹⁾ FÉRÉ. Etude anatomique et critique sur les plexus des nerfs spinaux [Arch. de Neurologie 1883 mars. n. 15] patrz KLUMPFKE [literatura].

Tym sposobem ciśnienie ujemne, wytworzone w butli przez stopniowe zniżanie się poziomu wody w tejże butli, udziela się powietrzu zawartemu w flaszcze i działa ssąco na zawartość żołądka.

Całe to urządzenie jest bardzo zmyślne i użyteczne, ale przyrząd zajmuje zbyt wiele miejsca i trudno go przenosić z miejsca na miejsce.

W przyrządzie przedstawionym dość wiernie w załączonej rycinie, dostarcza siły ssącej, a niemniej także tłoczącej, balonik z dwoma zastawkami stożkowymi.



Można go dowolnie zastosowywać raz ujemnym [—], drugi raz dodatnim końcem [+], i w miarę tego wytwarzać ujemne albo dodatnie ciśnienie we flaszcze aspiracyjnej.

Syfonowe urządzenie, t. j. ta okoliczność, że rurka odpływowa sięga aż do dna flaszki sprawia, że się ona wypróżnia przy ciśnieniu dodatnim.

Zresztą rysunek tak dokładnie poucza o składzie i użyciu przyrządu, że mało mam już do nadmienienia.

Cewnik żołądkowy *a* ma znaczek przy 45 centimetrach i nisko umieszczone okienko. Dla łatwego połączenia z rurką łączną *b*, ma on na górnym końcu skówkę z twardego kauczuku, której odpowiada zatyczka na rurce łącznej. Rurka łączna *b* połączona jest drugim swym końcem z aspiratorem. Do wnętrza dzbana, służącego za zbiornik na wodę, zwisa rurka pomocnicza *c*, ustalona u brzegu dzbana klubką odpowiednią *k*. W miarę połączenia rury łącznej *b* z cewnikiem lub rurką od dzbana [I, II], komunikuje aspirator, względnie syfon, raz z żołądkiem drugi raz z dzbanem.

Cała więc czynność manipulującego z przyrządem polega na zmienianiu połączeń I, II i przekładaniu balonika — +.

Opróżnia się flaszkę z zawartości wypompowanej z żołądka po prostu przez zdjęcie zatyczki i oddalenie do naczynia stojącego gdzieś na boku. Rurkę *s* [osobno narysowaną] zakłada się wtedy na miejsce rurki do dna sięgającej, gdy opróżniając dokładnie żołądek chcemy kontrolować wypływ.

Podziałka na flaszcze umieszczona wygodną jest dla dokładniejszych badań, wklęsłe zaś dno flaszki pozwala całą jej zawartość bez pozostałości wpędzić do żołądka.

Przyrząd mój da się także, i to bardzo wygodnie, użyć do wyjęcia żołądka powietrzem dla oznaczenia granic jego przez oglądanie i opukiwanie. Również można wydostać z żołądka gazy do rozbioru chemicznego. Także do sztucznego lub przymusowego odżywienia nadaje się mój przyrząd, przewycięża bowiem *l a g o d n i e* ewentualne ciśnienie wewnątrzżołądkowe.

Podsuwano mi również myśl użycia go na większych oddziałach położniczych dla odbierania i zbierania pokarmu u położnic, potrzeba by tylko przystosować odpowiednią czapkę na brodawkę sutkową i połączyć ją z rurą łączną *b*.

Może nareszcie dałby się on użyć do przekłucia klatki piersiowej [zamiast przyrządu DIEULAFOIS, który dla swojej powikłanej budowy jest uciążliwy w użyciu — albo przynajmniej zużytkować do tego celu zasadę mojego przyrządu.

III. O CHIRURGICZNEM LECZENIU SUCHOT KRTANI I ICH WYLECZALNOŚCI.

Skreślił

Dr Teodor Heryng,
ordynator szpitala Ś-go Rocha.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 30].

Co do wyników leczenia owrzodzeń gruzliczych błony śluzowej nosa, której spostrzegałem dotąd 9 przypadków, szczegółowy ich opis odkładam do innego miejsca. Ograniczę się tylko do wzmianki, że gruzlicę nosa dotąd widziałem w formie owrzodzeń nader charakterystycznych, występujących zawsze prawie w tem samym miejscu, t. j. na błoniastej części przegrody nosa, w dolnym jej odcinku, rzadziej na muszlach dolnych. Kilkakrotnie owrzodzenia przechodziły z błony śluzowej i na skórę nosdrzy, niszcząc ją i sprowadzając utraty substancyi. Niekiedy przedstawiały się one jako powierzchowne soczewicowate owrzodzenia, szare, nieczyste, w 2 przypadkach doprowadziły nawet do przedziurawienia przegrody chrzęstnej, przyczem otwór miał formę wąskiej szczeliny, trudnej do zobaczenia, gdyż przykrytej bujną ziarniną. Kilka razy widziałem przy formach głębokich, żrących, zapalne obrzmienie i zgrubienie skóry nosdrzy niekiedy bardzo wydatne. W wydzielinie surowiczno-ropnej znalazłem 3 razy laseczniki Koch'a.

Postaci guzowatej gruźlicy, jaką opisują TORNWALDT, E. FRAENKEL, SCHAEFER, którzy ją spostrzegali głównie na muszlach dolnych lub na przegrodzie, nie widziałem dotąd ani razu. Owrzodzenia gruźlicze nosa odznaczają się zwykle wielką bolesnością, często krwawią, mają jednak wielką skłonność do zablźnienia. W 4 przypadkach nastąpiło takowe przy stosowaniu kwasu mlecznego, w jednym przypadku [Sposrzczenie 31] uzyskałem je po energicznem kilkakrotnem łyżeczkowaniu owrzodzeń. Powroty prawie zawsze były spowodowane wystąpieniem ostrego ropnego nieżyty, z obfitą wydzieliną, poczem znowu powstawały owrzodzenia, najczęściej w miejscu obok blizny, czasami sama blizna ulegała rozpadowi. Co do powstawania tych owrzodzeń, zauważyłem je kilka razy u osób dotkniętych suchotami płuc, niechlujnych, którzy mieli wstrętny zwyczaj płuć na rękę i plwocinę swą oglądać na dłoni [przeważnie żydzi]. Jest rzeczą prawdopodobną, że przez dłubanie w nosie zanieczyszczonemi plwociną palcami mogło nastąpić u tych chorych miejscowe zranienie *resp.* zakażenie błony śluzowej.

Wracając do owrzodzeń krtani leczonych za pomocą łyżeczkowania, następujące uzyskałem wyniki:

Zablźnienie nastąpiło w 9 przypadkach, a mianowicie u chorych oznaczonych Nr. 11, 21, 22, 23, 24, 26, 27, 28, 30.

Chorzy oznaczeni Nr. 2 i 25 zmarli z suchot po pewnym czasie. W sposrzczeniu Nr. 2 [Gajewski] zablźnienie owrzodzeń trwało 3 miesiące, w sposrzczeniu Nr. 25, po wydaleniu zmartwiałej chrząstki nalewkowej i bujającej ziarniny, zdołałem uniknąć grożącej choremu tracheotomii.

W obserwacji pozostają chorzy oznaczeni Nr. 11, 21, 24, 28, 29, 30. Co do chorych opisanych w sposrzczeniach 22 i 23 od dość dawna nie mam od nich wiadomości, w przypadku zaś zanotowanym pod Nr. 29 zbyt krótki czas ubiegły od chwili łyżeczkowania nie pozwala na postawienie wniosków pewniejszych. Uzupełniam te dane wzmianką co do płci opisanych powyżej chorych, z których 8 było mężczyzn, 4 kobiety. Te ostatnie znosiły łyżeczkowanie doskonale, t. j. z godną podziwu cierpliwością i odwagą.

Zablźnienie owrzodzeń trwa u tych chorych:

W 11 przypadku	18	miesiący
„ 26	7	„
„ 24	5	„
„ 27	4	„
„ 28	3	„
„ 30	2	„
„ 21	1	„

Blizszy rozbiór opisanych przypadków wykazuje, że łyżeczkowanie stosowanem być może zarówno przy owrzodzeniach przerostowych, przynasięku gruźliczym, nie uległym jeszcze rozpadowi, jakoteż przy połączeniu obu tych stanów.

Najlepsze wyniki otrzymałem przy owrzodzeniach przerostowych tylnej ścianki krtani i wewnętrznej powierzchni chrząstek nalewkowych. Również dobre wy-

niki dały owrzodzenia i nasięki strun fałszywych, przedstawiające się w formie guzowatego ich nacieczenia. Stosowałem je również i przy wyrastaniu ziarniny na górnej powierzchni strun prawdziwych, w kieszonce lub na brzegach torebek MORGAGNI'ego, najtrudniej jednak wykonać je na nagłośni, z powodu podatności tego narządu.

Za pomocą łyżeczkowania uzyskałem w odpowiednich przypadkach w bardzo krótkim czasie wyniki pomyślne i to wtedy, gdy inne środki próbowane wielokrotnie, okazały się bezskutecznymi [kwas chromny, kwas mleczny i t. p.]. Główną zaletą tej metody jest doszczętne zniszczenie złogów i spraw gruźliczych nawet głęboko w tkankach położonych, niewielki odczyn zapalny po operacji i szybkie zmniejszenie trudności przełykania, przez uzyskanie zabliznienia owrzodzeń. Jakkolwiek łyżeczkowanie wymaga często posiłkowania się innymi metodami leczniczymi, nie stanowi jednakże jak to sądzi KRAUZE, uzupełnienia jego metody, gdyż nieraz wystarcza ono zupełnie i bez następnego stosowania kwasu mlecznego, który przy owrzodzeniach przerostowych albo nie działa wcale, albo bardzo długiego wymaga czasu zanim pomyślny wynik uzyskać zdołamy.

W szeregu spostrzeżeń podanych powyżej znajduje się kilka przypadków (Nr. 26, 27, 28) przewlekłych owrzodzeń, które okazywały wyraźną dążność do samowolnego zabliznienia. Były to we wszystkich 3 przypadkach owrzodzenia strun prawdziwych, o których wiadomo, że zablizniają się najłatwiej, czasem bez stosowania żadnego leczenia miejscowego, a więc tem bardziej przy użyciu miejscowych środków. Pomaga w takich razach i wdmuchiwanie taniny, zarówno jak jodol, jodoform, kwas borny i wzięwania wszelkiego rodzaju. Ta forma owrzodzeń nie może więc stanowić kryterjum co do skuteczności omawianych tu środków leczniczych, gdyż zabliznienie i bez ich pomocy uzyskać można, skoro tylko uda się nam poprawić siły i odżywianie chorego. Przy pomocy kuracji mlecznej, częściej jeszcze przez zastosowanie kuracji klimatycznej, można w takich razach uzyskać wynik pomyślny.

Doświadczenie własne przekonało mnie, że czas do tego potrzebny, w porównaniu z metodą tu omawianą jest 2—3 razy dłuższy, pomijając już ten wzgląd, że większość chorych dla braku środków do miejsc klimatycznych udawać się nie może. Jest to moment, który na baczność zasługuje uwagę. Przy porównaniu działania pewnych leków lub metod leczniczych musimy porównywać przypadki analogiczne, t. j. zbliżone do siebie rozwojem cierpienia w płucach, występujące u osób mniej więcej w jednym wieku będących, przyczem należy jeszcze uwzględnić warunki ich bytu, zajęcie, moment dziedziczności, możliwość leczenia się, a przede wszystkim stopień i rozległość cierpienia krtani.

Myli się więc LUBLIŃSKI gdy w ostatniej swej broszurce o leczeniu suchót krtani ¹⁾ porównywa przypadki zabliznień owrzodzeń strun, uzyskane pod wpływem jodolu, z wynikami leczenia kwasem mlecznym, któremu jakkolwiek niechętnie, przyznaje jednak pomyślny wpływ na sprawę zabliznienia gruźliczych owrzodzeń krtani.

¹⁾ Deutsche Medicinal Zeitung. N. 53—55.

Nie można nikomu wziąć za złe że większe ma zaufanie do metody która przez niego obmyślana, w jego rękach okazała się też najlepszą. Mamy jednak prawo żądać, aby autor piszący o wartości pewnych leczniczych metod, podawał przede wszystkim dokładną kazuistykę i do porównania posługiwał się przypadkami analogicznymi.

Okazało się jednak że i metoda chirurgicznego leczenia w wielu razach nie daje wyników pożądaných lub też takowe są przechodnie. Zależy to przede wszystkim od stanu odżywiania chorego i natężenia i rozległości sprawy gruźliczej płuc, od braku lub obecności gorączki, stanu lanknienia t. j. okoliczności pierwszorzędnego znaczenia. Ponieważ jednym z głównych powodów przyspieszających zgon chorego jest utrudnione połykanie i idący wślad za niem upadek odżywiania, dążeniem więc leczenia suchot krtani powinno być szukanie środków i metod zdolnych powstrzymać rozpad powstałych już gruźliczych nasięków i doprowadzenie ich do rezorbcyi i zaniku, bez wytworzenia owrzodzeń. Wychoząc z tej zasady podaję poniżej opis mych usiłowań i prób dokonanych w tym kierunku i wyniki jakie na tej drodze dotąd uzyskać zdołałem.

Leczenie nasięków gruźliczych krtani za pomocą wstrzykiwań miąższowych.

W rozdziale traktującym o anatomiji patologicznej suchot krtani wspomniałem już, że stosownie do głębokości w jakiej odkładają się złogi gruźlicze w błonie śluzowej, następuje szybszy lub późniejszy ich rozpad. Drugim punktem mającym pod tym względem ważne znaczenie jest siedlisko sprawy. W ogóle, rozpad nasięku następuje tem szybciej, im gruźelki leżą powierzchowniej, im bardziej tkanki dotknięte gruźlicą wystawione są na momenta ucisku i drażnienia, bądź mechanicznego, bądź będącego następstwem wpływów termicznych. Pomijając tu i inne powody grające pewną rolę w sprawie powstawania owrzodzeń, t. j. charakter anatomiczny tkanki, zwróciłem już uwagę na niezwykłą częstość pojawiania się nasięków gruźliczych na nagłośni i więzach nagłośni-nalewkowych, jak również na błonie śluzowej ściany tylnej krtani. Te ostatnie mogą dłuższy czas pozostać *in statu quo* nie przechodząc w rozpad i przedstawiają się wtedy w formie opisanych w innem miejscu grzybiastych narośli. Stosownie do tego czy leżą one nad strunami głosowemi, czy też pomiędzy niemi, głos jest mniej lub więcej zmieniony, również od mniejszego lub większego nadużycia głosu zależy długość okresu, zanim narosł taka przejdzie w rozpad i owrzodzenia. Owe grzybiaste wzniesienie tylnej ściany przez długi czas uważane było przez wielu lekarzy jako nietykalne, a wszelkie usiłowania aby je usunąć, zostały przez szkołę wiedeńską stanowczo potępiane. Po czyjej stronie była słusność, rozstrzygnęły stanowczo badania drobnowidzowe wyciętych części, które wykazały w nich gruźelki głęboko położone, i jak to wynika z moich preparatów, zawierające liczne komórki olbrzymie, z wyraźnymi

lasecznikami. Wychodząc z zasady zupełnie racjonalnej, że wszelkie odosobnione złoże gruczlicze tkanek należy usuwać, dla tego że mogą być i są zapewne punktem wyjścia następnych zakażeń, powtóre że nasięki te wcześniej lub później ulegają rozpadowi, wreszcie, że w wielu razach są przyczyną silnej chrypki, bezgłosu i częstych paraestezii, zgodnie z VOLTOLINIM i SCHECHEM starałem się wbrew zdaniu STOERK'a, wytwory te na drodze operacyjnej usuwać i bardzo z tego leczenia dotąd jestem zadowolony. U osób trwożliwych, u których pomimo istnienia tych wyrosli objawów przykrych nie było, i przelykanie odbywało się zupełnie swobodnie, starałem się usunąć owe nasięki za pomocą metody wstrzykiwań miąższowych. Takowa również była wskazaną w przypadkach świeżych nasięków gruczliczych jednego lub obydwóch więzów nagłośnio-nalewkowych lub świeżych rozlanych nasięków nagłośni.

Pierwsze próby dokonane w tym kierunku z roztworami kwasu mlecznego, nie dały mi jednak zadawalniającego wyniku. Rozpocząłem je w Maju 1886 r. w oddziale moim w Szpitalu Śt. Rocha. Za pomocą opisanej powyżej szprycki wstrzykiwałem pod błonę śluzową nagłośni 30% roztwór kwasu mlecznego, w ilości 3—5 kropeł. Zbyt silny odczyn zapalny, pojawienie się bólu trwającego nieraz kilka godzin, pomimo znieczulenia kokainą, zraziły mnie nieco do tej metody, jak się później przekonałem zbyt prędko, gdyż niepomyślny wynik zależnym był po części od zbyt silnego stężenia kwasu, powtóre od zbyt krótkiego okresu obserwacji. W kilku przypadkach uzyskałem jednak zmniejszenie obrzęków po 10—15 dniach dosyć wydatne, tak że o próbach tych wspominałem Dr. KRAUZE w Berlinie, który je również na klinice swojej stosował, wyniku ich dotąd jednak nie ogłosił.

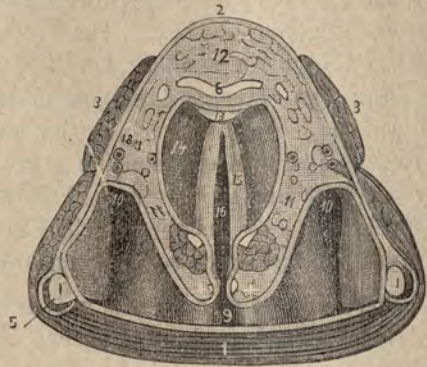
Z początku stosowałem wstrzykiwania przy nasiękach gruczliczych częściowo przechodzących w rozpad, wtedy głównie gdy dłuższy czas robione wcierania kwasu mlecznego nie dawały dość pomyślnego wyniku, później próbowałem ich również przy nasiękach świeżych, nie uległych jeszcze owrzodzeniu, przyczem brałem roztwory kwasu mlecznego znacznie słabsze bo 10%, a to aby nie powiększać bolesności przy przelykaniu, szczególnie gdy takowa była jeszcze nie zbyt znaczną.

I te próby jednak nie dały mi wyników zadawalniających a raczej były one niepewne, czasami pomyślne, w innych razach okres odczynu zapalnego trwał zbyt długo i chorych zarówno jak i mnie zniechęcał. Przekonałem się wkrótce że wynik iniekcji zależał nie tylko od okresu cierpienia, od obecności powikłań zapalnych, ale i od samej techniki wykonania, od ilości płynu wstrzykniętego, a także od miejsca w którym wstrzyknięcie zostało wykonanem. Ile razy wstrzyknąłem płyn w chrząstkę nagłośni, w chrząstki WRISBERG'a lub SANTORINI'ego, następował bardzo silny zapalny odczyn, trwający nieraz do 10 dni, bóle przy przelykaniu znacznie się powiększały, co wymagało oprócz częstszego stosowania kokainy, głębokich nacięć w części obrzmiąle, skaryfikacji, słowem całego szeregu chirurgicznych powyżej opisanych rękoczynów. Dla łatwiejszego zorientowania się co do położenia chrząstek, naczyń, nerwów i gruczołów śluzowych krtani, podaję tu rysunek jej przecięcia poziomego, przeprowadzonego w pła-

szczyźnie skośnej, przechodzącej przez *ostium pharyngeum laryngis*, t. j. nagłośnię, obydwą więzy nagłośnio nalewkowe, chrząstki WRISBERG'a i SANTORINI'ego ¹⁾.

Objaśnienie rysunku.

6. Chrząstka nagłośni.
7. Chrząstka WRISBERG'a otoczona gruczołami śluzowemi.
8. Chrząstka SANTORINI'ego.
10. *Recessus pharyngo laryngeus*.
11. *Plica ary-epiglottica*.
13. *Tuberculum epiglotticum*.
14. Struny fałszywe.
15. Struny prawdziwe.
17. *Nervus laryngeus superior*.
18. *Vasa laryngea superiora*.



Ponieważ wstrzykiwania i nacięcia zwykle stosować wypada w górny odcinek nagłośni (*pars suprahioidea*) lub w same więzy nagłośnio-nalewkowe, łatwo się z rysunku przekonać, że o zranieniu naczyń i nerwów z boku nagłośni leżących mowy być nie może. Chcąc zaś uniknąć wstrzykiwania płynów w chrząstki nagłośni, wypada je robić pod błonę śluzową, pamiętając przytem, że chrząstka leży bliżej krtani, t. j., że pokład tkanki podśluzowej i gruczołów, jest grubszy na stronie językowej nagłośni, cieńszy na jej powierzchni zwróconej do krtani. Co do chrząstek SANTORINI'ego i WRISBERG'a, te jak widzimy [patrz rysunek] leżą tuż pod wewnętrznym listkiem błony śluzowej więzów nagłośnio-nalewkowych, najlepiej więc robić wstrzykiwania bliżej zewnętrznegu ich brzegu i ku tyłowi *lig. ary. epiglot.* w pobliżu chrząstki SANTORINI'ego która nie posiada tak bogatego pokładu gruczołów śluzowych jak chrząstka WRISBERG'a.

Z sześciu chorych leczonych za pomocą iniekcji kwasu mlecznego u jednego tylko uzyskałem wynik pomyślny. Oto jego historia choroby.

Spostrzeżenie 32.

Piotr Herr, stolarz, lat 35 liczący, badany d. 27 Marca 1886 r. opowiada że od Stycznia kaszle, chudnie, traci głos i siły, od niedawna zaś dołączył się ból przy polykaniu pokarmów. Łaknienie liche, siły bardzo wątłe, obfita ropna płwocina zawierała łaseczniki Koch'a. Badanie płuc wykazało nasięk w wierzchołku lewym; *bronchitis suspecta in apice dextro*. W krtani znalazłem owrzodzenia, głównie na brzegach strun prawdziwych i w przestrzeni międzynałwkowej. Brzegi ich były pokryte bujającą ziarniną. Wiąz nagłośnio nalewkowy lewy, zgrubiał.

Chory miał zalecony roztwór FOWLERA, wdechania z balsamu peruwijańskiego, później z kwasu mlecznego od 1—2%. Z powodu obrzmienia ściany tyl-

¹⁾ Rysunek wzięty z dzieła LUSCHKI: der Kehlkopf.

nej wykonałem kilkakrotne jej nacięcia. Owrzodzenia zagoiły się w Lipcu, obrzmienie tylnej ściany zmniejszyło się, ból przy połykaniu zupełnie ustąpił, głos jednak pozostał stłumionym i nieczystym.

Stan ogólny i stan płuc poprawiły się znacznie, chory utył, nie kaszlał wcale, mało odpluwał. Poprawa trwała do 26.VII 1886 r. Znalazłem wtedy lekkie zamiętnienie i obrzmienie *in rimula*, lecz bez owrzodzeń. Chory od czasu do czasu zgłaszał się do mnie, szanował się, dobrze się odżywił, wreszcie powrócił do swych zajęć. Zgłosił się znowu w Lutym t. r. z powodu bólu przy przelykaniu.

Na górnej powierzchni wolnego brzegu nagłośni znalazłem okrągławe owrzodzenie, o szarem dnie, połączone z bardzo nie wielkiem obrzmieniem nagłośni. Pacjent chudnie, miewa wieczorem dreszczyki, sprawa w płucach również się rozszerzyła. Stosowałem z początku wcierania kwasu mlecznego w nagłośnię, później [d. 12.II 1887] robiłem dwukrotne wstrzykiwanie kwasu mlecznego [10%] w dno owrzodzenia. Ból i odczyn był nieznaczne.

D. 10.V 1887. Ogólny stan znacznie lepszy, równie i stan płuc, mało kaszle, łaknienie i siły ma dobre. Owrzodzenia nagłośni zagojone z wytworzeniem wydatnej blizny. *In parte arytaenoidea* powierzchowne owrzodzenie z lewej strony przy *pr. vocalis*. W płucach *st. ul. m.* Po kilkakrotnych pędzlowaniach kwasem mlecznym owrzodzenia ściany tylnej zablizniły się i chory w czerwcu t. r. ze znaczną poprawą stanu ogólnego Warszawę opuścił. Pacjenta wspólnie ze mną przez cały czas kuracyi widzieli koledzy WRÓBLEWSKI i OŁTUSZEWSKI.

Pomyślniejsze odemnie wyniki przy stosowaniu tej metody ogłosił w Grudniu z. r. Dr. GEO MAYOR z MONTREAL ¹⁾. Widział on ją w roku zeszłym stosowaną na klinice Dr. KRAUZEGO w Berlinie, któremu takową polecałem do sprawdzenia.

Zapoznawszy się z tym rękoczynem, robił MAYOR za pomocą mojej szpryki w *Montreal General Hospital*, dalsze próby wstrzykiwań w kilku przypadkach nacieczenia gruzliczego krtani. Wprowadzał na jednym posiedzeniu 5—10 kropel 20—80% roztworu kwasu mlecznego w głąb tkanek nacieczonych, głównie w początkowych okresach nasięku i przy obrzmieniu chrząstek nalewkowych. Wstrzykiwania robił co 2-gi dzień, później co 3 dzień, u jednego pacjenta, którego szczegółową historję choroby podaje, wykonał ich 18, uzyskał zupełne zabliznienie owrzodzeń i rezorbcyję nasięków.

Chorzy z początku skarżyli się na bóle krótkotrwałe, które się przy dalszych wstrzykiwaniach zmniejszały. Skoro po takowych wytworzył się strup biały, MAYOR czekał aż do jego odpadnięcia, ograniczając się do stosowania sprayu ze słabych roztworów kwasu mlecznego. Roztwór do wstrzykiwań użyty był zwykle 20%, nakłucia robił głębokie aby uniknąć rozlewania się płynu, zwykle w sam szczyt guzowatych nasięków. Zdaniem MAYORA leczenie za pomocą wstrzykiwań podśluzowych, nie wyklucza bynajmniej stosowania jednocześnie i innych środków miejscowych.

Zwracając uwagę na konieczność ogólnego leczenia gruzlicy krtani, autor ten zaznacza, że metoda przezemnie podana, wstrzymuje cierpienia gruzlicze krtani w każdym okresie i zapobiega wytworzeniu nadżar i owrzo-

¹⁾ The treatment of laryngeal Tuberculosis by submucous injection of Lactic acid. The Canada Medical et surgical journal. Streszczenie tej pracy podane zostało w *Medycynie* 1887.

zeń. Żadna z dotychczasowych metod nie daje, jego zdaniem, podobnych wyników i na tem ma polegać jej wartość.

Po przeczytaniu przekładu tej pracy, którą autor mi w oryginale nadesłał, rozpocząłem nowe próby wstrzykiwań mięszszowych z kwasu mlecznego. Z pracy jego przekonałem się bowiem, że metodę tę stosował on z większą odemnie wytrwałością i energią, gdyż dochodził do cyfry 18 wstrzykiwań, podczas gdy ja więcej jak 3 dotąd u jednego chorego nie robiłem.

Nie mając żadnego powodu niedowierzania słowom autora, którego naukowe prace były mi znane, musiałem przyznać że wyniki moje nie zbyt pomyslnie, zapewne były zależne albo od zbyt krótkiego stosowania tej metody lub nieodpowiedniego materiału. Zraziłem się do niej za wcześnie, może dla tego, że dla kilku chorych, pomimo stosowania kokainy, była ona zbyt bolesną i zbyt silny wywołała odczyn.

Staralem się jednak znaleźć inne środki nie posiadające tej wady i przede wszystkim zwróciłem się do zachwalanego od dawna przy gruźlicy jodoformu.

Wiadomo kolegom, że działanie jego zostało w ostatnich czasach podane w wątpliwość, głównie na podstawie pracy dwóch duńskich lekarzy, t. j. HEYNA i ROVSINGA ogłoszonej na początku bieżącego roku ¹⁾.

Na podstawie doświadczeń robionych na rozmaitych rodzajach pleśni, na mikrokokach ropnych, na gatunku *staphylococcus pyog. aureus*, *pneumococcus* i *bacillus subtilis*, odmówili oni jodoformowi wszelkich własności antyseptycznych. Używali go do doświadczeń w proszku, w zawiesinie, w rozpuszczeniu lub jako gazę jodoformową, wykonali także kilka doświadczeń na zwierzętach. Wymienione rodzaje bakteryj posypywali proszkiem jodoformowym lub też kultury mieszały z emulsją albo roztworem jodoformu, następnie zaś w ten sposób otrzymaną mieszaninę przenosili na rozmaite sterylizowane pożywki.

Wynik doświadczenia był tego rodzaju, że po pewnym czasie rozwijały się bujnie odpowiednie rodzaje bakteryj. Przy doświadczeniach z gazą jodoformową przekonali się również, że takowa zarówno jak i jodoform, zawiera w sobie rozmaite mikroorganizmy i że mieszanina jodoformu z kulturą *staphylococcus aureus*, wstrzyknięta królikowi w kolano, zawsze wywoływała ropienie

Na podstawie tych doświadczeń HEYN i ROVSING wysnuli wnioski że:

- 1) Jodoform nie ma wcale własności antyseptycznych.
- 2) Jest środkiem niebezpiecznym, gdyż wraz z nim wprowadza się najrozmaitsze rodzaje bakteryj, obdarzone jeszcze zupełną energią życia.
- 3) Wyników dodatnich, jakimi chirurgowie używający jodoformu się szczylicili, nie należy przypisywać jodoformowi, lecz równocześnie używanym płynom antyseptycznym.

Doświadczenia te, wykonane z pewną ścisłością i pozornie zupełnie logicznie wysnute, zdawały się podawać w wątpliwość dotychczas używany i skuteczny sposób leczenia ran. Niedługo potem jeden z wymienionych lekarzy, a mianowicie ROVSING ²⁾, zabrał się z równą energią do zbadania przeciw-

¹⁾ Fortschritte der Medicin Nr. 2. 1887 r.

²⁾ Fortschritte der Medicin Nr. 9. 1887 r.

gruźliczego działania jodoformu, słusznie zachwalanego przez MOSETIG-MORHOFA, BILLROTHA, MIKULICZA, VERNEUILA, BRUNSA i wielu innych wytrawnych i sumiennych obserwatorów.

Badania swe wykonał w pracowni docenta SALOMONSENA w Kopenhadze i posługiwał się przytem metodą szczepienia gruźlicy w przednią komorę oka, t. j. metodą COHNHEIMA. Pomijam opis doświadczeń wykonanych z wszelką ostrożnością i nadmieniam tylko, że świeże gruzelki wzięte z królika, któremu takowe zaszczepiono sztucznie, mieszał starannie z jodoformem i wprowadzał do *camera anterior* oka zdrowych królików. Wyniki doświadczeń były tego rodzaju, że powstawała gruźlica miejscowa oka, później gruźlica ogólna; a nawet w 2 przypadkach, gdzie dla porównania w jedno oko zaszczepiono gruzelkę czystą, w drugie gruzelkę zmieszany z jodoformem, na tem ostatniem gruźlica wcześniej się pojawiła. Z tych doświadczeń wprowadza autor 2 wnioski:

1) Jodoform nie jest środkiem przeciwgruźliczym, nawet w obec dostępu światła, które mogło ułatwiać wydzielanie się czystego jodu.

2) Zdaje się on drażnić tkanki, co może ułatwić wystąpienie gruźlicy. Kończy ROVSING uwagą, że jeżeli gruzelkę zmieszany dokładnie z jodoformem, może po zaszczepieniu w przednią komorę oka wywołać gruźlicę, to środek ten na tkanki gruźliczo zwyrodnione, mniejsze jeszcze będzie wywierał działanie.

Do obozu badaczy odmawiających jodoformowi własności przeciwgruźliczych przyłączył się wkrótce KUNZE ¹⁾, który z pracy swej dokonanej pod kierunkiem BAUMGARTENA, wyprowadza swe wnioski w wielką jednak ostrożnością i przypuszcza, że jakkolwiek jodoform nie niszczy wprost laseczników KOCHA, może jednak, jak tego dowodzi MARCHAND, powstrzymywać rozwój komórek olbrzymich. Do liczby przeciwników jodoformu, dodać jeszcze musimy TILANUSA, który opierając się na szczepieniach dokonanych z *Micrococcus putridus* i nad pleśniami, przekonał się że jodoform rozwojowi tych grzybków zapobiedz nie był w stanie ²⁾.

Do takich samych wniosków dochodzi również i LUEBBERT ³⁾ który na podstawie 45 doświadczeń, wykonanych na zwierzętach z kulturami *Staphylococcus pyogenus*, orzeka, że jodoform nie wstrzymuje rozwoju tego grzybka. LUEBBERT był właściwie pierwszym, który stwierdził ujemne działanie jodoformu na bakteryjach znalezionych przy *Osteomyelitis*.

A teraz poznawszy akt oskarżenia, pozwolą czytelnicy, że i obrońcom jodoformu prawa głosu nie odmówię, gdyż jakkolwiek przedmiot ten przechodzi zakres mej pracy, jednakże ze względu na jego znaczenie przy leczeniu gruźlicy i dodatnią, opinię jaką sobie w tym kierunku od dawna wyrobił, zasługuje na obszerniejsze omówienie.

Jodoform został jak wiadomo odkryty w 1822 r. przez SERULLAS'a, lecz dopiero w 1862 r. RHIGINI polecił go jako środek przeciwnilny. Dzięki pracom

¹⁾ Berliner klin. Wochenschrift 1887.

²⁾ Ist Jodoform ein Antisepticum. Münchener med. Wochenschrift 1887. Referowane w Allg. med. Centr. Zeitung. Nr. 47. 1886.

³⁾ Ueber das Verhalten von Staphylococcus pyogenus anrens gegen Jodoform. Fortschritte der Medicin 1887., 11.

BINZ'a i HÖRGYES'a przyjmowano dotąd, że działanie jego polega na wydzieleniu jodu, który powstaje przez zetknięcie się jodoformu z białkiem, przyczem tworzą się albuminaty, ulegające po części wchłonięciu, w części zaś ponownemu rozkładowi. Przekonano się również że przy stosowaniu jodoformu jod przechodzi do moczu, pojawia nawet w ślinie i że w razie dłuższego pozostawiania tego preparatu w ranie, ślady jodu dadzą się wykazać w moczu w ciągu dwóch tygodni. Niedługo później BINZ przekonał się, że jodoform wstrzymuje przenikanie białych ciałek z naczyń, że zatem zmniejsza ropienie, uczeń zaś jego MARCHAND dowodził na mocy pracy doświadczalnej, że środek ten przeszkadza tworzeniu się t. z. komórek olbrzymich. Wkrótce po ogłoszeniu pracy HEYN'a i ROVSING'a, z protestem przeciwko niej wystąpił prof. BINZ ¹⁾ i powołując się na swe dawniej wykonane doświadczenia farmakologiczne, zwracał uwagę duńskich lekarzy, że robiąc swe doświadczenia zapomnieli widocznie o owych 76,7 częściach jodu, jakie jodoform zawiera, które pod wpływem światła i żywej tkanki zostają wchłonięte przez alkalia i białko. Wnioski H. i R. uważa BINZ za fałszywe, nie przecząc jednak wynikiem uzyskanym przez nich na drodze farmakologicznego doświadczenia.

Ze strony chirurgów wystąpili również KOENIG i POTEN. Ten ostatni, (*Therapeut. Monatshefte. April*) uważa jodoform za środek przeciwnilny w tem znaczeniu, że rany osusza, przyczem kładzie nacisk na fakt, tysiące razy stwierdzony klinicznie, a mianowicie, że przy stosowaniu jodoformu nie przychodzi do zakażenia ran. Niedługo później gdy na kongresie w Berlinie postawiono tę kwestyję na porządku dziennym, de RUYTER zakomunikował wyniki swych badań doświadczalnych nad tym środkiem. Przekonał się, że jodoform nie powstrzymuje wprawdzie rozwoju grzybków hodowanych w epruwetkach, działa jednak silnie w roztworach alkoholowo-eterycznych.

Do doświadczeń używał de RUYTER laseczników czarnej krosty, zakażał nimi rany u myszy, później zaś stosował jodoform. Zwierzęta zdychały wprawdzie, ale później od myszy, którym po szczepieniu nie nasypano jodoformu, rany zaś zainfekowane pozostały pod jodoformem suche. RUYTER przekonał się również, że jodoform rany dezinfekuje, gdyż nitki zawierające zarodniki laseczników czarnej krosty wyjąławia w przeciągu 1—3 min. najsilniej zaś działa w bardzo drobnym proszku albo w roztworze wysokowo-eterycznym. Wnioski tu podane potwierdził również i SENER, który wykonał blisko 300 doświadczeń z jodoformem, przyczem do doświadczeń używał także laseczników czarnej krosty. Takowe pod wpływem jodoformu ulegały zmianom, które S. nazywa zwyrodnieniem protoplazmatycznym laseczników. Zdaniem SENER'a jodoform jest środkiem przeciwnilnym, działa jednak powolnie i miejscowo. Działanie rozpoczyna się w 15—30 minut po zastosowaniu na rany. Należy więc jego zdaniem ranę najprzód szybko działającym środkiem zdezinfekować, potem dopiero stosować jodoform.

W ostatnich czasach pojawiło się, oprócz powyżej przytoczonych poszukiwań, kilka nowych prac, które ciekawe bardzo przyniosły nam dane. Podług badań

¹⁾ *Therapeutische Monatshefte. Mai 1887.*

BEHRING'a ¹⁾, jodoform działa wtedy tylko antyseptycznie, gdy się rozkłada, co jednakże dobrowolnie nie następuje, lecz odbywa się pod wpływem światła dziennego, łatwiej jeszcze przy działaniu promieni słonecznych, lub gdy znajduje się w obecności ciał rozkładających. B. przypuszcza, że jodoform przechodzi wtedy w acetylen, ma to miejsce gdy jest wystawiony na działanie wodoru *in statu nascendi*. Wszystkie ptomainy wywołujące ropienie [z wyjątkiem ich soli] tworzą z jodoformem związki chemiczne, które wstrzymują dalsze wydzielanie się ropy. Jodoform nie działa więc na mikrokokki, te ostatnie jednak lub ich ptomainy wywołują jego rozkład.

Nie mniej ciekawe fakta znajdujemy w pracy BUCHNER'a ²⁾ co do zachowania się jodoformu wobec laseczników cholery. Rozwój ich pod jego wpływem zostaje powstrzymanym. Podczas gdy próby z parami jodu dały wynik ujemny, pary jodoformu rozpuszczają się w wodzie i z łatwością podlegają dyfuzji. W ten sposób BUCHNER tłómaczy sobie silne działanie jodoformu w głąb tkanek, odmawia jednak jodoformowi wielkiego działania na rany nieczyste.

Czerwcowy zeszyt *Fortschritte d. Medicin*, t. r. przynosi również pracę o wartości antyseptycznej jodoformu i jodolu, opartą na bardzo znacznej ilości doświadczeń wykonanych przez SATTLER'a z Pragi. Podług niego jodoform może powstrzymać lub zwalniać rozwój mikro-organizmów. One to właśnie wywołują jego rozkład, a więc ułatwiają mu działanie, przyczem wytworzonym ptomainom odbiera ich trujące własności. Wbrew zdaniu BUCHNER'a, SATTLER nie przyjmuje, aby jodoform działał jeszcze i w pewnej odległości na bakteryje (*Fernwirkung*); przeciwnie przypuszcza, że działa tylko na te mikroorganizmy, które znajdują się w bezpośrednim z nim sąsiedztwie.

Do podobnych wyników doszedł KRONACHER ³⁾ na podstawie doświadczeń wykonanych z mikroorganizmami róży, karbunkułu i nosacizny. Jego zdaniem jodoform nie jest środkiem ściśle antyseptycznym, lecz jednym z najlepszych środków leczniczych, wpływa bowiem na tkanki w sposób sprzyjający zagojeniu. Zgadza się więc w zasadzie z BINZEM i przypuszcza, że jodoform bakteryjom powoli rozwijającym się w ranach odejmuje materiały odżywcze.

Fakta powyżej przytoczone są po większej części zgodne z wynikami chirurgicznego leczenia, uzyskanemi przez MIKULICZA, BILROTH'a, MOSETIG-MORHOF'a, BRUNS'a, VERNEUIL'a, którzy wstrzykując do ropni zimnych [gruźliczych] bądź emulsyję jodoformową, bądź roztwory eteryczne jodoformu, świetne uzyskali wyniki. Zatem przemawiają również i histologiczne poszukiwania NAUWERK'a robione na wyciętych ze ściauy ropni gruźliczych kawałkach tkanek. N. przekonał się, że laseczniki zawarte w tkance ginęły pod jego wpływem, bujanie ziarniny ustawało, wreszcie wytwarzała się prawidłowa blizna.

Również na uwagę zasługują badania doświadczalne GOSELLIN'a ogłoszone w zbiorowej pracy nad gruźlicą dokonanej pod kierunkiem prof. VERNEUIL'a ⁴⁾.

¹⁾ Jodoform und Acetylen. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 20. 1887.

²⁾ Einwirkung der Jodoformdämpfe auf den Cholera-vibrio. Münchener med. Wochenschr. Nr. 25. 1887.

³⁾ Münchener med. Wochenschr. Nr. 29. 1887 r.

⁴⁾ Tytuł jej podałem na wstępie.

W rozdziale zatytułowanym: „*Attenuation du virus de la tuberculose*“, GOSSELIN starał się zbadać, jakimi środkami ustrój można uczynić odpornym na zarazek gruźlicy. Sole rtęciowe nie doprowadziły do celu, zwrócił się więc do jodoformu, opierając się na doświadczeniach wykonanych na królikach i świnkach morskich.

Wzięto do doświadczenia 6 królików. Trzem z nich wstrzykiwano codziennie, w ciągu 2 miesięcy, pod skórę 3 krople roztworu jodoformu w eterze [100 części eteru, 10 jodoformu]. Po pewnym czasie zwierzęta zaczęły źle znosić jodoform. Wystąpił brak łaknienia, zwierzę smutne wciska się w kąt klatki, ruchy jego ciężkie, pojawia się rozwolnienie. Wszystkie te objawy zniknęły po zaprzestaniu wstrzykiwań. GOSSELIN ponowił je wtedy dopiero, kiedy stan zdrowia królika na to pozwalał. przyczem przekonał się, że wciągu kilku dni różne ciecze, a nawet tkanki ustrojowe zawierały ślady jodu.

Po 2 miesiącach takiego postępowania zaszczepił gruźlicę wszystkim 6 królikom. Trzy z nich którym jodoform nie był wstrzykiwany zdechły na gruźlicę pomiędzy 30 a 48 dniem. Pozostałe trzy w 7 tygodni po zaszczepieniu nie zdradzały żadnych objawów choroby i zdechły dopiero pomiędzy 70 a 95 dniem od chwili szczepienia. Doświadczenie to było powtarzane 3 razy z jednym i tym samym wynikiem.

GOSSELIN zbadał następnie działanie jodoformu stosowanego po zaszczepieniu gruźlicy. Zaraz po zaszczepieniu produktów gruźliczych, wstrzykiwano królikom i świnkom codziennie 2 do 3 kropel jodoformu w eterze, z przestankami wrażliwości na objawy zatrucia. Przez 20 dni ograniczano się do jednej kropli, słowem starano się nasycić narządy jodoformem do możliwego *maximum*. Ilość jodoformu, potrzebna do tego, bywała bardzo różną, nie tylko dla każdego gatunku zwierząt, ale i dla każdego zwierzęcia z jednego i tego samego gatunku. Gdy 95 dni od chwili szczepiania zabito 3 króliki i 2 świnki, nie znaleziono jeszcze żadnych śladów gruźlicy przy sekcji.

Autor ze swej pracy następujące wyprowadza wnioski:

I. Jeżeli wstrzykujemy królikowi codziennie jodoform, aż do chwili zaszczepienia gruźlicy, to ta ostatnia rozwija się jak zwykle, może nieco wolniej. Dla zatrzymania rozwoju laseczników, trzeba żeby tkanki były nim do pewnego stopnia nasycone. Jodoform wydziela się bardzo szybko, w kilka dni po zaprzestaniu jego użycia nie znajdujemy nawet śladów.

II. Jeżeli zacząć stosować jodoform po zaszczepieniu gruźlicy, zatrzymuje się rozwój laseczników, które odzyskują żywotność po zaprzestaniu leczenia.

III. To samo bywa jeżeli stosujemy jodoform w okresie mało posuniętym, gdy gruzelki są jeszcze w stanie wzrostu, później wpływu już żadnego nie wywiera.

Jakkolwiek prawie wszystkie podane powyżej badania są świeżej daty i wymagają potwierdzenia, przytoczyłem je dla tego, aby wykazać, że i na podstawie poszukiwań ściśle naukowych jodoform zatrzymuje i nadal swe właściwości lecznicze i pomimo prac zaprzeczających HEYN'a i ROVSING'a, z farmakologii wykreślonym nie zostanie. Fakt ten wymaga jednak pewnego wyjaśnienia i nasuwa mi kilka uwag, które mimowoli cisną się pod pióro.

Wiadomą i znaną wszystkim jest fałszywość zasady logicznej: *post hoc ergo propter hoc*. Istotnie, w medycynie wewnętrznej była ona nieraz powodem grubych pomyłek, szczególnie gdy na niej opierano własności działania lekarstw, nie dość jeszcze naukowo obrobionych. Pisali o tem i przestrzegali nietylko ci, którzy przyczyniają się do postępu wiedzy przez ścisłą pracę naukową, jak i ci, co nie pracując wiele, zadawalniają się zwykle krytyką innych, krytyką często apriorystyczną, nieraz namiętną, nie opartą na faktach lub na sprawdzeniu metod i prac, lecz na tak zwanem wewnętrznem przekonaniu, pewnego rodzaju natchnieniu proroczem, które im pozwala, z tytułu pracy, lub z pobieżnego przetrzucenia kilku kartek, wyrokować stanowczo o wartości mozolnych poszukiwań naukowych ¹⁾.

Znajomość jednak zasad logiki zarówno w życiu, jak i w nauce, od błędnego wnioskowania nie chroni, ścisłości badań naukowych nie warunkuje. Można znać wybornie prawidła logicznego myślenia, pamiętać o nich ciągle, a nie umieć wykonać najprostszego fizjologicznego doświadczenia. Prace HEYNA i ROVSINGA są pouczającym przykładem, że nawet roboty wykonane z pewną ścisłością, co i przez następnych badaczy potwierdzonem zostało, tracą całe swe znaczenie i dyskredytują autorów, gdy ci ostatni zapominając o mylności zasady powyżej wymienionej, wyprowadzają wnioski przedwczesne, zbyt ogólne i wyniki poszukiwań epruwetkowych przenoszą wprost do biologii człowieka, bez wypróbowania ich w tym kierunku, bez szeregu pewnych klinicznie potwierdzonych faktów.

Próby ze wstrzykiwaniami mięszszowemi jodoformu przy nasiękach gruczołowych, rozpocząłem w Czerwcu 1886 r. Nie będąc tak zapalonym jego zwolennikiem jak SCHNITZLER lub MASSEI, nie lekceważyłem jednak jego wpływu na owrzodzenia gruczołowe i szukałem ciągle środków lepszych, t. j. pozabawionych woni i nie wpływających ujemnie na ląknienie.

Przedewszystkiem zmieniłem sposób jego stosowania, t. j. wdmuchiwanie do krtani, gdyż przekonałem się, że proszki szybko bardzo zostają z krtani wydalone przy kaszlu lub charkaniu, dłuższego więc działania wywrzeć nie są w stanie.

Idąc za przykładem Prof. MASSEI w Neapolu, zacząłem używać do pędzlowania roztworu jodoformu w eterze, gdy jednak takowy z powodu palenia w gardle nie zawsze bywał znoszonym, do pędzlowania posługiwałem się emulsyją przyrządzoną w taki sposób, że 2,0 jodoformu strąconego z wysokoku bezwodnego, mieszałem z gliceryną i dwu procentowym roztworem kwasu karbowego (*au po 3j*).

Mieszanka ta miała jedną wadę, że zatykała kaniulę szpryc, gdyż jodoform już w nich krystalizował, zanim po wstrzyknięciu zdołałem przemyć kaniulę eterem. Z tego powodu pierwsze próby wstrzykiwań mięszszowych jodoformu robiłem z roztworem jego eterycznym, nasyconym, wkrótce jednak zarzuciłem je, gdyż były zbyt bolesne, wywoływały ropnie i rozpad tkanki, który wymagał dłuższego czasu do oczyszczenia.

¹⁾ Momsen. Wider das „post hoc ergo propter hoc“. 1885.—Krytyków takich posiada każde społeczeństwo. I u nas jest znajdują.

Dzięki uprzejmości właściciela apteki p. MUTNIAŃSKIEGO, dostałem wreszcie emulsję jodoformową tak przyrządzoną, że przechodziła przez cienkie kaniule szprycki PRAVATZA, nie krystalizowała w nich i była przytem aseptyczną. Przepis tej kompozycji jest następujący:

Jodoform absolutnie czysty, uciera się w równych ilościach z krystalicznym siarczanem potażu w moździerzu porcelanowym przez parę godzin, dopóki wyjęta próbka subtelną się nie okaże. Następnie lewiguje się takowy z wodą sublimatową 1 : 1000, zlewając do oddzielnego naczynia płynu porywające drobniejsze cząsteczki jodoformu, takowe zbiera na filtrze dokładnie, oplukuje powtórnie [odczyn z barytą] wodą sublimatową, ostatecznie suszy nad kwasem siarczanym.

Do 1 części jodoformu w taki sposób otrzymanego, dodaje się 9 części chemicznie czystej gliceryny i klóci silnie przed użyciem. Ponieważ szprycka moja mieści w sobie 10% emulsji 0.248 t. j. około 4 gran, jedna zatem podziałka zawiera około $\frac{1}{10}$ grana. Wstrzykuję na raz 2—3 podziałek płynu, robię kilka wstrzyknięć, tak że nieraz ilość czystego jodoformu wynosi 1—1½ gr. na dobę. Wstrzykiwania te są zwykle zupełnie niebolesne, czasem poprzedzam je znieczuleniem za pomocą kokainy. Nie wywołują one prawie nigdy drażnienia tkanek, jeżeli szprycka jest ostra, dobrze zdezynfekowana 5% kwasem karbolowym i wstrzykiwania wykonane starannie, t. j. na $\frac{1}{2}$ ctm. głęboko w tkanę. W razie istnienia rozlanych, zapalnych obrzęków, łatwo powiększających się przy pędzlowaniu, metoda ta jest przeciwwskazaną, póki za pomocą śmiałych nacięć nie zmniejszymy obrzęku. Po wstrzyknięciu emulsji potrzeba szpryckę przemyć eterem, potem 5% roztworem karbolu i starannie osuszyć kaniulkę, założywszy do środka drucik srebrny, aby zapobiedz rdzewieniu. Wyniki jakie otrzymałem przy stosowaniu wstrzykiwań miększych emulsji jodoformowej, najlepiej ilustruje podana tu kazuistyka.

Spostrzeżenie 33.

Jadachowski Józef, lat 55, przyjęty do Szpitala d. 15.I 1887 r.

Szczupły, wychudzony, źle odżywiany, od dawna kaszle, gorączkuje; narzeka na bole przy łykaniu od 2 miesięcy. W krtani znalazłem rozlany nasięknagłośni i obu chrząstek SANTORINI'ego, bez owrzodzenia, głos względnie czysty, kaszel nie wielki. Plwocina zawierała laseczniki.

W lewym wierzchołku oddech oskrzelowy, w prawym oddech nieokreślony. Rozedma brzeżna, katar rozlany oskrzeli. Po kilku nacięciach nagłośni, wstrzyknąłem w nią kilka razy w różnych miejscach emulsję jodoformową i uzyskałem szybką poprawę, zarówno co do zmniejszenia nasięknagłośni, jako też i zupełne zniesienie dysphagii. Chory po 2 tygodniach szpital opuścił.

Spostrzeżenie 34.

P. B . . . , urzędnik telegrafu, lat 33 liczący, zgłosił się do mnie dnia 11 Stycznia 1887 r., z powodu kaszlu i trudności jakiej doznaje przy połykaniu pokarmów i płynów.

Chory opowiada, że od pół roku chudnie, gorączkuje, traci siły, kaszle dużo i dużo odpluwa. Pochodzi z rodziców zdrowych, [siostra jedna obecnie dotknięta jest suchotami płuc], krwią płuł przed 6 laty, przed półrokiem przebywał zapalenie płuc. Od 3 tygodni chrypi, mowa go męczy. Apetyt miał za-

wsze lichy i do katarów żołądka był skłonny. Pacjent jest średniego wzrostu, szczupły, mięśnie słabo rozwinięte, tkanki tłuszczowej bardzo mało.

Badanie płuc wykazuje pod lewym obojczykiem dość rozległe zgęszczenie. Oddech nieokreślony, z tyłu nad łopatką zbliżony do oskrzelowego, dużo świstów i rzeżeń. W prawem płucu *bronchitis valde suspecta*. Płucocina zawiera laseczniki KOCHA, w dosyć znacznej ilości, prócz tego włókna sprężyste nieliczne, lecz w dosyć dużych drobnowidzowych strzępkach. [MAYZEL].

Zmiany w krtani ograniczały się prawie wyłącznie do strony lewej i to jedynie do więzu nagłośnio-nalewkowego. Takowy przedstawiał się w całości obrzękły, jako 1 cm. gruby, blade żółty, jednolity wałek. Lewa chrząstka SAN-TORINI'ego silnie obrzmiała. Obie struny prawdziwe czerwone, bez owrzodzeń, tylna ściana prawie niezmieniona, cokolwiek obrzmiała. Nagłośnia z lewej strony nieco zgrubiała. Leczenie ogólne polegało na poprawie odżywiania i sił, [arszenik, mleko i t. d.]. Miejscowo stosowałem kokainę i kwas mleczny. Później nie widząc dobrego wyniku, trzykrotnie wstrzykiwałem w obrzmiałą więz nagłośnio-nalewkowy emulsyję jodoformową, raz jeden roztwór jodoformu w eterze. Wynik był dobry, gdyż obrzmienie więzu znacznie się zmniejszyło, uwydatniły się obrysy chrząstki WRISBERG'a. W początku Lutego, z powodu świeżego nasięku przy *lig. glosso-epiglotticum laterale sinistr.*, znowu wstrzyknąłem 5 kropeł emulsi jodoformowej w miejsce nasiękiem zajęte. Odczyn był żaden, ból się zmniejszył, chory przeżywał swobodniej.

Przez następne 2 miesiące stan ogólny chorego i siły poprawiły się znacznie. Przybyło mu na wadze około 2 funtów: Bóle od czasu do czasu skutkiem obrzmienia *lig. glosso epiglotticum later. sinistr.* nasilały się, zmniejszały jednak po wstrzykiwaniach emulsi jodoformowej. Struna fałszywa lewa w Lutym t. r. była nieco zgrubiała [nasięk niewielki]. Pędzlowaną była *acido lactico*, i raz jeden wyłyzczkowana, gdy się pojawiło soczewicowate owrzodzenie na wewnętrznej powierzchni chrząstki nalewkowej. Chorego w Czerwcu t. r. widział D-r WRÓBLEWSKI i stwierdził zupełne ustąpienie nasięku więzu nagłośniowego i zabliznienie owrzodzenia na chrząstce nalewkowej lewej.

Spostrzeżenie 35.

F. Goldschall, lat 48, [rodzona siostra Gebera, którego historycję choroby podałem pod N. 7], leczona była w ambulansie szpitalnym od Lutego 1886 roku, z powodu owrzodzeń gruczliczych krtani. Oddawna kaszle, zwykle zimą, w lecie stan jej się poprawia.

Pluła krwią dwukrotnie, pierwszy raz w 1884, drugi raz w 1886 roku.

Odżywianie niezłe, stan bezgorączkowy. Głos prawie czysty, natomiast silne bóle przy polykaniu, często odczuwane w uszach, bóle piersi, silny kaszel, podkopywały odżywianie. Rodzice jej zdrowi, również mąż i syn. Siostra jej cierpi na suchoty płuc i krtani.

Przy pierwszym badaniu krtani D-r WRÓBLEWSKI znalazł nasięk gruczliczy nagłośni i obrzęk obu chrząstek nalewkowych bardzo wydatny. W płucach słycać oddech oskrzelowy pod prawym obojczykiem i pod kątem dolnym lewej łopatki.

Chora pozostawała pod opieką D-ra WRÓBLEWSKIEGO, który stosował u niej wielokrotnie kwas mleczny, przyczem uzyskano znaczną poprawę wyglądu owrzodzeń nagłośni. Pomimo tego, w Listopadzie z. r. pojawiły się owrzodzenia na górnej i bocznej powierzchni chrząstki nalewkowej lewej, jak również na *lig. ary. epiglottic sinistr.* Pomimo miejscowego leczenia, w końcu Listopada struna fałszywa lewa zaczęła na skutek nasięku gruczliczego grubieć, jednocześnie w okolicy więzu języko-nagłośniowego lewego wytworzyło się głębokie owrzodzenie kraterowe, o wyglądzie atonicznym, które dochodziło do przedniego końca torebki MORGAGNI'ego.

Dnia 9. XI. ostrą łyżeczką wyskrobałem opisane powyżej owrzodzenie, niedługo później, bo w Grudniu, dwukrotnie przypalałem owrzodzenie to kwasem chromnym, a nie uzyskawszy dostatecznej poprawy, raz jeden w początku Lutego t. r. użyłem do przypalenia chlorku cynku, natopionego na srebrny zgłębnik.

Ból pomimo stosowania kokainy był bardzo silny, strup powstał biały, gruby, mięsisty, który odpadł po tygodniu i wtedy dopiero owrzodzenie szybko zaczęło się podgajać. Stan ogólny również się poprawił, bóle przy łykaniu ustąpiły. Obecnie stosujemy jeszcze od czasu do czasu pędzlowania z kwasu mlecznego.

Dnia 7. V. stan w krtani był następujący: w okolicy lewej połowy nagłośni przy *lig. ary. epigl. later. sin.* guzowatość nierówna, wyrosła mi półokrągłemi pokryta, wielkości grochu. Nasięk ten połączony z przerostem zapalnym struny fałszywej lewej, przykrywa strunę prawdziwą. Nacieczenie *Cart. Santor.* niewielkie. Stan ogólny płuc i sił lepszy, niegorączkuje. Łyka bez bólu, głos dość silny. Dnia 20 Czerwca zrobiłem 3 wstrzykiwania emulsji jodoformowej, po 3 krople w wiąz i lewą strunę fałszywą. Odczyn niewielki. Powtórzyłem je d. 1. VII. tego roku

W trzy tygodnie później obrzmienie struny fałszywej zaczęło się zmniejszać, brzeg struny prawdziwej lewej pokazuje się już przy fonacji, ziarnina zanikła, część jej zamieniła się w bliznową czerwoną tkankę, twardą przy dotykaniu zgłębnikiem, słowem sprawa zabliznienia coraz staje się wydajniejszą. Chora przełyka bez bólu, nie kaszle, wygląd jej coraz lepszy.

Spostrzeżenie 36.

Pan P. z Wołynia, lat 35 liczący, oddawna cierpi na uporeczywy kaszel, na przeszkodę w gardle i częste chrypki. Od paru miesięcy przyłączyły się bóle przy przełykaniu, głos stał się silniej ochryplym, chory zaczął chudnąć, tracił siły, łaknienie i odpluwać spore ilości płwociny, zawierającej, jak to wykazało badanie D-ra MAZYLA, dosyć liczne laseczniki i obfitą domieszkę włókien sprężystych. Wkrótce dołączyła się gorączka i wieczorne dreszcze, poty nad ranem, silna zgaga i odbijanie. Towarzyszyła im zupełna utrata łaknienia, spowodowana nadużyciem wyskoku, któremu chory peryjodycznie się oddawał. W krtani znalazłem niewielki nasięk gruźliczy tylnej ściany i bardzo znaczny obrzęk więzu nagłośnio nalewkowego prawego. W płucu lewym od przodu i tyłu znaki nasięku u wierzchołka (*Respir. bronchialis*).

Podczas 6-tygodniowego pobytu w Warszawie, stosowałem miejscowo liczne nacięcia obrzmiałego więzu, potem zrobiłem w ciągu tygodnia 4 wstrzykiwania emulsji jodoformowej w wiąz zgrubiały. Odczyn, t. j. bóle były dość silne, wytworzyło się owrzodzenie na szczycie chrząstki SANTORINI'ego, które zagoiło się po 3 tygodniach. W początku Kwietnia przebył chory lekkie zapalenie opłucnej po stronie lewej, potem Warszawę opuścił.

Widziałem go w dwa miesiące później z kolegą SOMEREM. Wyglądał mizernie, trochę wieczorami gorączkował, siły miał słabe, apetyt jednak był lepszy, łykał prawie bez bólu, głos silny, choć ochryply. Badanie krtani przekonało, że nasięk *lig. ary. epiglotici* zupełnie ustąpił, *in rimula* powierzchowne nadżarcie, także na wewnętrznej powierzchni *lig. ary. epiglot.* W lewym płucu nasięk znacznie się rozszerzył, wystąpiły znaki rozpadu. W prawym wierzchołku początki takiejże sprawy.

Wyjechał na wieś dla prowadzenia dalszego leczenia.

[D. n.]

WYSTAWA HYGIENICZNA.

IV.

Sekcja szpitalna.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 30].

Pan JODŁOWSKI wystawił stół operacyjny, według modelu przywiezionego przez kol. NEUGEBAUERA [syna] z Berlina. Stół cały z żelaza pokryty wyksątnowym materacem; rama żelazna pod głowę da się poruszać i pozwala do woli skracać stół. Część nogowa stołu może być podnoszona lub opuszczona; na nogi wstawia się pantofle. Stół wykonany bardzo dobrze, zarzut jaki mu zrobić można odnosi się w ogóle do stołów żelaznych, które posiadają liczne zagłębienia i szczeliny w których kurz gromadzić się może, dla tego też stół pomysłu kolegi MATLAKOWSKIEGO jest o wiele lepszy w sensie antyseptyki. W każdym razie po stole kol. MATLAKOWSKIEGO, stół p. J. jest jednym z najlepszych na wystawie, a prawdopodobnie i w Warszawie. Pokazuje się więc, że rzeczy tych sprowadzać z zagranicy już wcale nie potrzebujemy. Oprócz tego pan JODŁOWSKI wystawił rozmaite instrumenty chirurgiczne. Wyroby p. J. pod tym względem nie mogą konkurować z francuzkami lub angielskimi, w każdym razie p. J. jest jedynym z nielicznych w Warszawie nożowników, któremu powierzyć można naprawę narzędzia.

Bardzo pięknie na wystawie wogóle wystąpił pan GOSTYŃSKI, który prócz pięknych stołów pomysłu kol. MATLAKOWSKIEGO dał najpierw wielki wybór materaców drucianych, tanich i bardzo praktycznych, zasługujących na jaknajszersze rozpowszechnienie zarówno w szpitalach jak i domach prywatnych, a nadto wystawił bardzo piękne łóżko dla ciężko chorych, pozwalające zmieniać pościel bez podnoszenia chorego. W tym celu pod chorego na pościel podkłada się kilka pasów płóciennych, umocowanych do brzegu łóżka; później za pomocą stosownego urządzenia materac druciany wraz z pościelą opuszcza się ku dołowi, a chory zostaje zawieszony na pasach. Do łóżka daje się nadto zastosować przyrząd wyciągowy. Szkoda że wysoka cena [około 80 rs.] nie pozwoli na rozpowszechnienie się tego pięknego łóżka. Natomiast szezlong, mogący być zamieniony na fotel do badania kobiet, nie wydaje mi się praktycznym. Druciany fotel dla chorych bardzo jest piękny ale dla szpitala nie praktyczny.

Pan CHRZANOWSKI wystawił także bardzo dobre materace druciane, ładne nosze żelazne dla dzieci składane, dające się użyć jako łóżko, oraz mały model łóżka żelaznego z materacem drucianym, które to łóżko da się zamienić na fotel, na łóżko poprzeczne dla rodzących, posiada przyrządy wyciągowe, drabinki boczne dla ciężko chorych. Model ten dowcipnie pomyślany, zbyt jest skomplikowany aby się mógł rozpowszechnić, czemu zresztą dość wysoka cena [40 rs.] stanie na przeszkodzie. W ogóle radzilibyśmy panom fabrykantom, aby starali się o jaknajwiększą prostotę swych wyrobów i o wzory lekarzy szpitalnych prosili, którzy jak najchętniej zawsze ich udzieliliby; co do łóżka tego, to powiemy tylko, że szpitale nie potrzebują łóżek do 10 użytkowników.

Bardzo piękną lektykę do przewożenia chorych wystawił p. RENTEL. Dotychczas w Warszawie przeniesienie chorego z mieszkania do mieszkania lub szpitala było bardzo kłopotliwe; lektyki jakie znajdujemy w szpitalach, jakich wzory widzimy też na wystawie, są to mniej lub więcej wygodne nosze, które dla chorego są o wiele przykrzejsze aniżeli przewożenie powozem. Pan RENTEL połączył, na wzór francuzkich lektyk, w jedno, nosze z kołami. Mamy tu więc bardzo eleganckie nosze, których siedzenie podzielone jest na 4 części i da się do rozmaitych pozycji ciała ułożyć; nosze dają się wnieść do pokoju do łóżka chorego. Kiedy chcemy chorego przewieźć, wtedy nosze stawiamy na 2 kołach, opatrzonych wygodnymi resorami. Tym sposobem chory jedzie i unika przy-

krych wstrząsnięć, nie dających się usunąć przy niesieniu noszy. Nad wszystkim, w razie deszczu, daje się ustawić rodzaj budki płóciennej. Byłoby do życzenia, aby cyrkuły lub szpitale, a w ostatnim razie jakiś kantor prywatny, zaopatrzyły się w takie lektyki i takowe wynajmowały na miasto.

Stół pana ULASIEWICZA, drewniany na jednej grubej nodze, z blatem dającym się wykręcać to nad łóżko to nad pokój, nadaje się do domów prywatnych lecz nie do szpitali.

Łóżko z urządzeniem antyseptycznem do porodu, wystawione przez kol. KUNIEWICZA, jest bardzo ponczające dla publiczności, lekarz wszakże nie znajdzie tu nic nowego.

Pomijamy przyrządy chirurgiczne p. ERLICHA, wystawę p. PIKA, wystawy dentystyczne i zakładów zdrojowych, dalej wystawę pana WIERZBICKIEGO oraz KUKSZA i LUEDTKEGO, którzy wystawili rzeczy znane, a nadto nie własnego wyrobu.

Dr. St. BARTKIEWICZ z Łodzi oraz pp. TRZCINSKI i URBANOWICZ wystawili znaczny zapas środków opatrunkowych, które, o ile wiemy, są dobre i wyrugowały od nas prawie zupełnie podobne wyroby zagraniczne co im za wielką zasługę poczytać należy; oby tylko, zyskawszy wzięcie, nie zaczęły się cofać wstecz, co się niestety tak często u nas zdarza.

Pan DĄBROWSKI przedstawił bardzo duży i piękny zbiór wyrobów żelatynowych do użytku lekarskiego. Mamy tu kapsułki, czopki, świeczki (*bougies*) itp. Byłoby tylko do życzenia, aby p. D. rzeczy te wyrabiał jedynie według wskazówek lekarzy, a nie fabrykował np. pastylek ergotynowych zabezpieczających od krwotoku.

O parniach kol. MALCZA nic powiedzieć bez ich wypróbowania nie możemy. O przyrządach kol. VORSTAEDTERA osobiście także nic powiedzieć nie mogę, od kompetentnych jednak kolegów słyszałem, że gdyby wykonanie instrumentów było dobre, mogłyby one wejść w powszechne użycie, pomysły ich bowiem są bardzo praktyczne i dobre. Nic też powiedzieć nie mogę o „aparacie elektrycznym kontrolującym śmierć pozorną“ p. OSINSKIEGO, oraz przyrządzie do niszczenia bakteryj w powietrzu p. PRZEMYSKIEGO.

Baraki szpitalne pp. CHUDZYŃSKIEGO, SZOKAŁSKIEGO i ŻARSKIEGO mają właściwie znaczenie jedynie dla higieny polowej. Odznaczają one się tem, że łatwo mogą być rozbierane, składane i przewożone i dla armii byłyby bardzo wygodne, o zachowaniu jednak w nich właściwych wymagań higieny, jakich wymagamy od szpitali trwałych, mowy być nie może.

W dziale szpitalnym znajdujemy nadto wiele planów szpitali [w Łomży, Łodzi, Kutnie, S. tego Łazarza w Krakowie] których opisu nawet najpobieżniejszego dawać nie możemy. Toż samo odnosi się do tablic śmiertelności z rozmaitych chorób, zebranych z wielkim nakładem pracy przez kol. SZUMLANSKIEGO, BIEGAŃSKIEGO i SOKOŁOWSKIEGO [każdego osobno], tem bardziej że tablice te stanowią właściwie dopiero materiał statystyczny. Na wyróżnienie wszakże zasługuje mapa Królestwa polskiego, z oznaczeniem miejscowości w których się znajdują szpitale, wykonana przez panią doktorową LUBELSKĄ. Na polu szpitalnictwa wiejskiego dotychczas nic u nas nie zrobiono; nle tylko że szpitale na prowincyi prawie że wcale nie posiadamy [w większości gubernij zaledwie po 4 szpitale], ale nawet nie wiemy wiele ich jest. wiele mają łózek, jakimi rozporządzają funduszami. Mapa pani LUBELSKIEJ stanowi bardzo pożądaną krok w tej sprawie; wdzięczność nasza byłaby tem większa, gdyby Szanowna autorka zechciała pracę swą dopełnić innymi wiadomościami statystycznymi.

Wreszcie wspomniemy o wystawie p. BERENTA i PLEWIŃSKIEGO, która, aczkolwiek figuruje w sekcji fizyko-chemicznej, tu jednak odniesiona być winna. Pomijamy termostaty, które ocenione będą w sekcji pasorzytniczej, i zatrzymamy się nad przyrządami elektrycznymi. Pan BERENT zaczął od wyrobu

maszyn o prądzie stałym i przerywanym zupełnie podobnych do STÖEREROWSKICH; wkrótce jednak wprowadził rozmaite bardzo korzystne modyfikacje. z których wspomniemy tylko o kommutatorze o wiele lepszym od dotychczas używanych, ulepszenia sprężyny przy maszynie indukcyjnej. Pan B. wyrabia nadto przyrządy galwanokaustyczne, sanki DUBOIS-RAYMOND'a do badań fizyologicznych i t. p., a wszystko to odznacza się wybornem wykończeniem.

Teodor Dunin.

Wiadomości bieżące.

Warszawa. Nareszcie więc sprawa obsadzenia kliniki chirurgicznej w Krakowie została załatwiona i na szczęście zgodnie z życzeniem ogółu. Bo jeżeli nie ulega wątpliwości, że pomiędzy przedstawionymi kandydatami znaleźliby się i inni którzyby również dobrze podolali stanowisku profesora, to jednak sprawiedliwość wyznać nakazuje, że ze względu na długoletnią pracę i warunki jej towarzyszące kol. RYDYGIER pierwsze do tego miejsca miał prawo. Przypominamy tylko, że kol. RYDYGIER, zamiast starać się o karyerę na obczyźnie, jak to niestety tak wielu robi, a do czego i on miał wszelkie warunki, zawsze miał oczę zwrócone do kraju i dla niego wytrwale i usilnie pracował nie zrażając się niepowodzeniami.

Życzymy też z całego serca nowomianowanemu profesorowi, aby na tem stanowisku zjednał sobie taki szacunek i sympatyję kolegów i słuchaczy, oraz powodzenie u publiczności, jakimi się cieszył jego poprzednik prof. MIKULICZ. Dla informacyi czytelników dodajemy że prof. RYDYGIER kształcił się w Greifswaldzie, był asystentem prof. HUETER'a, a następnie docentem w Jenie. Pracował głównie w zakresie chirurgii brzucha, oraz wydaje po polsku znakomity podręcznik chirurgii.

Wydawca D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny D-r Wl. Gajkiewicz.

Ogłoszenia.

ZAKŁAD HYDROPATYCZNY STEINERHOF *

pod Kapfenbergiem w Styryi (w Austryi)
(Zakład otwarty przez cały rok).

Środki pomocnicze: Elektroterapia, masaże (mięsień) Kąpiele elektryczne i igliwowe. Odległość od Wiednia 4 godz. jazdy koleją. W miejscu stacya kolejowa, pocztowa i telegraficzna.

Adres: Curort Steinerhof bei Kapfenberg in Steiermark, (Oesterreich).

Właściciel zakładu A. W. Gostkowski

Dr. Mikołaj Winnicki.

*) Odróżnić od obok położonego zakładu Fürstenhof.

10—10

TARASP

Engadin. 1185 met. nad płaszczyzną Szwajcaryi.

Otwarcie Hotelu Zakładu Tarasp 1 Czerwca.

Znakomite źródła zawierające sól glauberską, przechodzące składem i zawartością kwasu węglanego Karlsbad, Marienbad, Kissingen i Vichy. Różnego rodzaju szezawy żelaziste i kąpiele mineralne.

Piękny wzmacniający i orzeźwiający klimat alpejski.

Skład wód mineralnych: w Berlinie: J. F. Heyl & Co., Dr. M. Lehman, w Wrocławiu: Stracka, Fongler; Ecke; Giesser, w Petersburgu: Stoll i Schmidt.

12—12

APTEKA J. RUTKOWSKIEGO

dawniej E. Wernera w Warszawie, Długa № 16

poleca

Ekstrakt słodowy do Zupy Liebiga dla dzieci

Łyżeczka kawiana tego ekstraktu rozpuszczona w filiżance ciepłego niezbieranego mleka stanowi t. zw. **Zupę Liebiga** — znakomity środek odżywczy, przewyższający swojami własnościami inne znane sztuczne pokarmy, zalecany przez wielu lekarzy jako pokarm dla *niemowląt i dzieci osłabionych* długotrwałą chorobą.

Wina lecznicze — Nowe środki lekarskie.

Barwniki D-ra G. Grüblera z Lipska oraz wszelkie chemikalja używane przy badaniach mikroskopowych. 0—15

Dr. St. Bulikowski

8—7

ordynuje w tym roku podczas sezonu tak jak lat minionych w **Gleichenbergu**.**Dr. Z. Dobieszewski**

12—6

praktykuje

w **Marienbadzie**w **Meranie**

od 1 Maja do 1 Października Villa Dobieszewski. | od 15 Paźdz. do 1 Maja Habsburgerstrass. 48

BUSKO. Dr. Majkowski

lekarz zakładowy ordynuje od 19 Maja z rana w gabinecie lekarskim zakładu kąpielowego, po południu w domu własnym w miasteczku. 12—1

D-r Tomasz Zaremba

b. lekarz szpitala powszechnego w Krakowie ordynować będzie podczas sezonu kąpielowego

w **SZCZAWNICY**

Dom W-go Rady D-ra Trembeckiego.

10—10

EMSKIE ŹRÓDŁO SODOWO-LITOWE

(Wilhelmsquelle)

Ewyróżnia się, jak wykazuje analiza Prof. D-ra R. Fresenius'a z Wiesbaden, pomiędzy innymi wodami sodowo-litowemi ilością stałych części składowych. Źródło Obersalzbrunnen Kronenquelle posiada 0,01140 dwuwęglanu litu (zawierającego wodę), gdy tymczasem źródło Wilhelmsquelle zawiera go 0,011528; pierwsze źródło zawiera 0,87264 dwuwęglanu sodu (zawierającego wodę), drugie zaś 2,191659. Wysyłka odbywa się w butelkach szklanych $\frac{3}{4}$ litrowych za pośrednictwem wszystkich składów wód mineralnych i aptek, oraz bezpośrednio przez dyrekcję źródła:

König Wilhelm's Felsenquellen w Bad-Ems.

0—8