

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.

Pilulae ferri oxydulati. Pilulae ferri oxydulati cum chinino sulphurico.

Liczne poszukiwania tak dawniejszych jako i współczesnych klinicystów oraz farmakologów wykazały, iż nie wszystkie przetwory żelaza zarówno są skuteczne, i że pomimo podawania jednakowych ilości tego pierwiastku zawartego w rozmaitych związkach, rezultaty lecznicze bywają jednakże różne (BLAUD, NIEMEYER, VALLET, HUSEMANN, BINZ i wielu innych). Przyczyny tego faktu szukać należy w tem, że nie wszystkie przetwory żelaza z równą łatwością są przez organizm przyswajane, oraz że gdy jedno nawet w znaczniejszych ilościach mogą być zadawane, inne drażnią przewód pokarmowy i już w niedługim czasie muszą być zaniechane. Ze wszystkich dotąd wypróbowanych przetworów najbardziej odpowiada celowi *wodan tlenku żelaza*, gdyż najłatwiej ulega przyswojeniu i wybornie nawet słabe żołądki go znoszą. W obec tych jego szacownych własności, przygotowanie wszelkich form farmaceutycznych z powyższego przetworu ma, jak sądzę, wszelką racyję bytu i pierwszeństwo przed innymi. Mając to na uwadze, już od dawna zająłem się wyrobem pigułek zawierających już to czysty *per se* przetwór o którym mowa jako: *pilulae ferri oxydulati*, już też z dodatkiem chininy jako *pilulae ferri oxydulati cum chinino sulphurico*. Każda pigułka zawiera około pół grana bezwodnego tlenku żelaza (ściśle biorąc nieco więcej bo 0,6 grana). Ilość chininy (w pigułkach drugiego rodzaju) wynosi 1/2 grana na sztukę.

Kilkakrotne badania nad działaniem powyższych pigułek, dokonane z najlepszym skutkiem w warszawskich szpitalach, jak o tem przekonywają wydane mi przez powagi lekarskie świadectwa, pedantyczna dokładność w przygotowaniu, tak nieodbitnie potrzebna jak wiadomo, aby dany przetwór nie ulegał rozkładowi, a wreszcie, dostępność ceny: dają mi jak miemam zupełne prawo do konkurencji z podobnemi wyrobami zagranicznymi, które zawierając przetwory niezawsze wytrzymujące krytykę ze stanowiska farmakologicznego, oraz będąc w stosunku do swej rzeczywistej wartości nieproporcjonalnie drogiemi, daleko stoją niżej od swojskiego, krajowego wyrobu.

M. Mutniański.

o 4 wiorsty od stacyi
Kolei Nadwiślańskiej

Zakład Wodoleczniczy NAŁĘCZÓW

Apteka, poczta,
telegraf na miejscu

Cały rok otwarty, w sezonie zimowym od 1 Października do 1 Maja, ceny znacznie niższe.

Dyrektor stały lekarz zakładu

D-r Konrad Chmielewski.

6—5

POTRZEBNY JEST LEKARZ

do miasta Łabunina, pow. Zasławskiego na Wołyniu.

Szczegółów udzieli D-r Malinowski w Warszawie, Marszałkowska 120.

4—2

KEFIR

naszego wyrobu, nagrodzony listem pochwalnym I klasy na tegorocznej wystawie higienicznej dostać można w następujących aptekach:

Biehlera ul. Nałewki
Borowskiego ul. Przejazd
D-r Heinricha plac Teatralny
Karpińskiego ul. Elektoralna
Kucharzewskiego ul. Miodowa

Lilpopa ul. Nowy-Świat
Rutkowskiego ul. Długa
Sobolewskiego ul. Dzika
Turskiego ul. Karmelicka
Ziemsńskiego ul. Marszałkowska

BIERTÜMPFEL i GESSNER

Właściciele Apteki, Jerozolimska 27.

12—4

FRANCISZA JÓZEFA

WODA GORZKA,

Najlepszy środek przeczyszczający—składy wszędzie.

Dyrekcja w Buda - Peszcie.

5—3

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—11

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. WŁ. WRÓBLEWSKI. Gruźlica gardzieli [Ciąg dalszy]. — II. S. S. ZALESKI. O wpływie pokarmu na skład i pożywność mleka kobiecego. — III. W. MATLAKOWSKI. Zestawienie 25 przypadków otwarcia jamy otrzewnej przy chorobach narządów rodzajnych kobiecych niezapalnego pochodzenia [Ciąg dalszy]. — IV. J. DRZEWIECKI. O chlorku amonu jako środka do wdechów w cierpieniach dróg oddechowych. Opis aparatu do wdechów chlorku amonu in statu nascenti. — *Dział sprawozdawczy.* 31. Prof. PIEL [z Amsterdamu]. Tętniaki zatorowe (*Aneurysmata embolica*). — Dodatek. — Ogłoszenia.

Z ODDZIAŁU D-RA HEERYNGA W SZPITALU Ś-GO ROCHA W WARSZAWIE.

I. GRUŻLICA GARDZIELI.

Napisał

Władysław Wróblewski,
b. asystent oddziału.

[Ciąg dalszy — Patrz. Nr. 43].

Do pewnego stopnia dokładnie można przeprowadzić rozpoznanie różniczkowe z wyglądu makroskopowego. Owrzodzenia w gardzieli bywają najczęściej dwójakiego pochodzenia: gruźlicze lub przymiotowe¹⁾. Pierwsze z nich rzadko kiedy bywają głębokie, za to szybko rozszerzają się po powierzchni w kierunku poprzecznym do osi ciała, brzegi ich wyszarpane, nierówne, na około nich drobne szare guziczki; wygląd tych owrzodzeń bywa atoniczny, dno ziarniste, pokryte szaro-białą wydzieliną, tkanki otaczające owrzodzenia są również zwyrodnione, nie ma tu granicy jasnej pomiędzy tkankami zdrowymi i patologicznymi. Owrzodzenia przymiotowe przeciwnie drążą włąb, rozszerzają się wzdłuż, brzegi ścięte, dosyć równe, pokryte wydzieliną żółtawą, przejście do tkanek zdrowych jasne. Wreszcie badanie stanu ogólnego łatwo może pomódz do rozstrzygnięcia wątpliwości. Mogą być wreszcie kombinacje gruźlicy z przymiotem; spotykałem takowe kilkakrotnie w krtani, w gardzieli jednak nie miałem sposobności tego spostrzegać.

Przebieg gruźlicy gardzieli bywa nadzwyczaj szybki, tak, że od chwili pierwszych objawów choroby do zejścia śmiertelnego upływa od 2—8 miesięcy.

¹⁾ Pomijam tu wszystkie inne owrzodzenia gardzieli [np. żółzowe, nieżytowe i t. d.], gdyż jednych sam nie spostrzegałem, inne znowu nie przedstawiają żadnych rozpoznawczych trudności.

Zdarzają się jednak przypadki, w których choroba trwa dłużej, np. w przypadku SOERI'ego chory jakoby chorował lat 6 ¹⁾. Z naszych przypadków znanym mi jest dokładnie czas trwania choroby i data zejścia w czterech. W jednym choroba gardzieli trwała 3½ miesiąca, w drugim 5 miesięcy, w trzecim 7, a w czwartym 2½ miesiąca.

Rokowanie przy tem cierpieniu należy postawić zawsze jaknajgorsze. Znanych jest jednak kilka przypadków w literaturze, w których owrzodzenia gruczołowe w gardzieli uległy całkowicie lub częściowo zabliznieniu i stan chorych poprawiał się na czas pewien. W wyżej cytowanej pracy HERYNGA spotykamy 5 takich przypadków: 2 razy na migdałkach, 2 razy na tylnej ścianie gardzieli i raz na języku. Trzy ostatnie przypadki obsarwowałem wspólnie z D-rem HERYNGIEM. Bardzo ogólnikowo wspomina też o tem ANGELOT ²⁾, że owrzodzenia te mogą się zablizniać, co niejednokrotnie widział. Jeden przypadek opisuje UCHERMANN ³⁾, gdzie przy pierwotnej gruźlicy gardzieli, usadowionej na podniebieniu miękkim, otrzymał wyleczenie na czas dłuższy, przy pomocy jodoformu. W przypadku tym żadnych zmian chorobowych nie znaleziono w płucach, ani w krtani. W guziczkach wyciętych z podniebienia znaleziono laseczniki KOCH'a. Zresztą i ISAMBERT wspomina o przypadkach z więcej przewlekłym przebiegiem, gdzie stan chorego poprawiał się na czas dłuższy lub krótszy. Wszystko to są jednak wyjątki raczej, wogóle cierpienie to gdy raz wybuchnie, bądź pierwotnie, t. j. gdy przy pomocy naszych metod badania wykryć go możemy tylko w gardzieli; bądź gdy się przyłączy do ostatnich okresów dawno istniejącej sprawy w płucach, zawsze szybko prowadzi do śmierci przy objawach strasznego wyniszczenia. Pomimo to wszystko nie mamy prawa do zaniedbywania leczenia i takich chorych, choćby tylko w celu przyniesienia im pewnej ulgi.

Wszyscy autorowie załatwiają się bardzo krótko z kwestyją miejscowego leczenia gruźlicy gardzieli, powtarzając za B. FRAENKEL'em, że w chorobie tej więcej honoru odnosi dyjagnosta niż terapeuta i przytaczając szablonowo po kilka środków łagodzących, np. morfinę z gliceryną, a najnowsi kokainę. Zapewne, że w chorobie groźnej trudno oczekiwać jakichś nadzwyczajnych wyników od leczenia, jednak pominąwszy już kwestyję zupełnego prawie usuwania bólu przy polykaniu, otrzymywaliśmy na oddziale D-ra HERYNGA względnie bardzo pomyślne wyniki. W niejednym przypadku ograniczonej gruźlicy gardzieli, leczenie nasze doprowadziło do zupełnego zagojenia, t. j. zabliznienia owrzodzeń gruźliczych, których tożsamość stwierdził drobnowidz. Przytoczę w krótkości sposób naszego postępowania przy miejscowem leczeniu gruźlicy gardzieli. Trzem wskazaniom usiłowaliśmy zadość uczynić. Znieść bolesność, niszczyć zarazek, usuwać ogniska nagromadzonego zarazka.

Kokaina w roczynach 10% i 20%, pod postacią pędzlowań i miąższowych wstrzykiwań, stosowana raz lub 2 razy dziennie, nigdy prawie nie zawodziła

¹⁾ L. c. str. 110.

²⁾ E. ANGELOT. De la maladie d'ISAMBERT Thèse de Paris. 1887 r. str. 28.

³⁾ SCHMIDT's Jahrbücher. 1885. Str. 246.

nas, t. j. znosiła ból i pozwalała na dokonywanie rękoczynów, które bez niej były by prawie niemożliwe do zrobienia. W celu zniszczenia zarazka, w który obfituje wydzielina owrzodzeń gruźliczych, stosowaliśmy obficie środki dezynfekujące, np. sublimat 1 na 1000, najczęściej jednak kwas karbolowy 2,5% do 5%. Po dokładnem oczyszczeniu owrzodzeń, wcieraliśmy bardzo silnie kwas mleczny, tak, aby zaraz po wtarciu powstał biały charakterystyczny strup, który pewniej i dłużej zabezpieczał chorego od bólu przy polykaniu, niż same środki znieczulające. Ogniska cierpienia zawsze usuwano na drodze operacyjnej, ilekroć znajdowały się w odpowiednich miejscach. A zatem ucinano języczek, usuwano migdał zajęty gruźlicą; ranę powstałą ztąd traktowaliśmy na zasadach wyżej opisanych. Szerokie zastosowanie znajdowała też skrobaczka (*curette*), rzadziej nóż. Ostatnie dwa narzędzia stosowano szczególnie przy ograniczonej [guzowatej] gruźlicy tylnej ściany gardzieli. Po każdym wyskrobaniu wcierano kwas mleczny.

Postępowanie takie w kilku przypadkach doprowadziło do usunięcia cierpienia miejscowego, w kilku innych do częściowego zabliznienia owrzodzeń, we wszystkich przynosiło chorym znakomitą ulgę, dając im możność bezbolesnego polykania. Rzecz inna ze stanem ogólnym; ten zazwyczaj z dniem każdym pogorszał się i prowadził w nader krótkim czasie do ostatecznego wyczerpania sił i do śmierci.

Przechodzę teraz do kazuistyki. Szczegółowo opisałem tu 9 spostrzeżeń, z których 7 ostatnich miałem możność obserwować przez cały ciąg choroby, dwa zaś pierwsze zawdzięczam wyłącznie notatom D-ra HERYNGA. Spostrzeżenia te ułożyłem w postaci tablicy, zaznaczając w niej tylko rzeczy najważniejsze. Tablica druga zawiera 5 przypadków gruźlicy gardzieli z praktyki prywatnej D-ra HERYNGA opisanych w skróceniu. Pomieszczam je dlatego, aby dać możność czytelnikowi zapoznać się z większą liczbą spostrzeżeń tej stosunkowo rzadkiej choroby.

Spostrzeżenie I. Miniarski Jan, krawiec, lat 52 przybył do szpitala Św. Rocha 20 Kwietnia 1882 r..

Do 50 roku życia zawsze zdrow. Nałogowy pijak. Od lat 2 ból w lewym boku, kaszel i krwioplucie. Od 3 miesięcy ból przy polykaniu i chrypka.

Wysoce wyniszczony. Łaknienie małe. Język suchy, obłożony. Tętno 120. Skarży się na duszność i trudne przelykanie pokarmów stałych i płynnych, ból gardła i chrypkę.

W obu płucach bardzo rozległe nasięki od przodu i od tyłu. W górnych płatach płuc wszędzie oddech oskrzelowy. Śledziona i wątroba znacznie powiększone.

Błona śluzowa podniebienia biała, przy nasadzie języczka rozlane zaczerwienienie i obrzmienie podniebienia miękkiego. Na niem z prawej strony kilka białych guziczków wielkości ziarnka piasku, które ku języczkowi są coraz większe i liczniejsze, tak, że od postawy pokrywają cały języczek, czyniąc go podobnym do sopła wyglądu maliny, długości około 2 ctm.. Na łukach drobne, powierzchowne owrzodzenia, powstałe z rozpadu guziczków. Tylne ściana gardzieli pokryta bardzo bladą błoną śluzową, zresztą zdrowa. Dokonano wycięcia języczka. W krtani owrzodzenia dziwnego wyglądu, jakby modzelowate, powierzchowne, suche, różowej barwy, zniszczyły one zupełnie lewą stronę głosową, na prawej stronie owrzodzenia powierzchowne.

W dalszym przebiegu guziczki na podniebieniu miękkim zwały się w jedną białą masę. Na łukach zjawily się powierzchowne, szaro-czerwone owrzodzenia powiększające się dość szybko. W pobliżu owrzodzeń białe, drobne guziczki. Stan ogólny coraz gorszy, wyniszczenie postępuje bardzo szybko, rana jednak po odciętych języczku pokrywa się ziarniną, w końcu zabliznia się.

Chory zmarł w końcu maja 1882 r., przy objawach zupełnego upadku sił.

Spostrzeżenie II. Gromadzki Szymon, lat 34, rolnik, przybył do szpitala 3 Listopada 1884 r.. Chrypka i ból przy polykaniu od 2 miesięcy. Od tego czasu chory znacznie wychudł. Kaszle dużo; płwocina ropna, trudno odrywająca się. Wszystkie gruczoly chłonne powiększone, szczególnie z obu stron szyi i lokeiowe. Niemożność łykania trwa od początku choroby.

Rozlane nasięki obu płuc.

Gardziel. Całe podniebienie nacieczone; języczek u nasady twardy, pokryty sadłowatym nalotem. Tylne łuki zgrubiałe, nasiękłe, owrzodzone. Na ścianie gardzieli kilka głębokich, lejkowatych owrzodzeń, wielkości soczewicy, na prawym łuku głębokie, szare, w postaci szpary owrzodzenie. Całe podniebienie czerwone, niepodatne, gdzieniegdzie rozrzucone są na niem białe guziczki. Takież owrzodzenie na tylnej powierzchni języczka i w jamie nosogardzielowej.

Krtani. Bardzo silny obrzęk i nasięk nagłośni i tylnej ściany. Owrzodzenia obu strun fałszywych. Wygląd owrzodzeń gardzieli robił wrażenie przymiotu; chory jednak przeczył aby przymiot przechodził. Rozpoznanie na korzyść gruźlicy przechylił drobnowidz: znaleziono wiele laseczników w wydzielinie owrzodzeń i w odciętych języczku. W celu ułatwienia przelykania zrobiono choremu głębokie nacięcia nagłośni i tylnej ściany krtani, poczem obrzęki zmniejszyły się znacznie. W dalszym przebiegu zjawilo się przedziurawienie błony bębenkowej lewej i ropny wypływ. Owrzodzenia gruźlicze na końcu języka nader bolesne. Owrzodzenia te, jak również i w gardzieli, szybko rozszerzały się po powierzchni. Wyniszczenie bardzo znaczne. Chory zmarł dnia 15 Grudnia 1884 r..

Sekcyjja dokonana d. 16. XII. 1884 r. przez pros. D-ra PRZEWOSKIEGO: Ciało męzczyzny sredniego wzrostu, mocno wyniszczone. Skóra blada, tkanki podskórnej tłuszczowej bardzo malo, mięśnie dość dobrze rozwinięte, blade.

Czaszka miernej wielkości (*mesocephalia*), kości cienkie, blade. Opona twarda miernej grubości, blada. W zatoce podłużnej górnej nieco płynnej krwi. Opona miękka dość blada, na wypukłej części mózgu nieco obrzękła. Naczynia na powierzchni mózgu i mózg na rozkroju nie przedstawiają nic szczególnego. Płuca słabo opadają. Lewe płuco powiększone o $\frac{1}{3}$ część objętości, przyrośnięte u wierzchołka i od tyłu słabemi zrostami. Powierzchnia gładka, blada, w głębi płuc wyczuwa się wszędzie wiele guzikowatych, ograniczonych stwardnień od ziarnka prosa do konopnego. Najwięcej stwardnień w zrazie górnym przy wierzchołku. Na rozkroju płuco blade, w stanie ogólnej rozedmy, stwardnienia te są bladoszare, marmurkowe, składają się ze zbitej zawierającej barwnik tkanki łącznej, w której spotyka się mniejszą lub większą ilość dość miękkiej, serowatej, szarozółtej masy (*pneumonia lobularis caseoidea chronica*). W tętnicy płucnej zmian nie ma. Błona śluzowa oskrzeli czerwona, zgrubiała, spulchniona, pokryta znaczną ilością ciągnącego się śluzu.

Prawe płuco także znacznie powiększone, blade, rozdęte. W miąższu mnóstwo drobnych gruzelków, które są u szczytu najobfitsze. Na rozkroju płuco blade, guziczki są także jak w płucu lewym. Błona śluzowa oskrzeli czerwona, pokryta śluzem.

Gruczoly chłonne szyjowe twarde, liczne, znacznie powiększone, blade na przekroju, nie zserowaciałe.

Język, gardziel, krtań i jama nosogardzielowa przedstawiają rozległe owrzodzenia gruźlicze.

Serce zwykłej wielkości, mięśnie blade, otwór żylny prawy i lewy nie zwężone. Zastawki dwu i trójdzielną nie zmienione. W tętnicy płucnej i głównej zmian żadnych nie ma. Śledziona bez zmian, wątroba również. Nerki zwykłej wielkości. Powłoka ich łatwo się oddziela. Lekkie mięsiste zmętnienie.

Narządy płciowe nie szczególnie nie przedstawiają.

Błona śluzowa kiszek cienkich biała, bez owrzodzeń; to samo i w grubych. Gruczoły krętkowe nie powiększone; blade.

Zołądek nie przedstawia nic szczególnego ¹⁾.

Spostrzeżenie III. Kaliński Hersz, lat 24, przybył do szpitala 10 Maja 1885 roku.

Chory średniego wzrostu, szczupły, wychudzony z podkładem mięsnym i tłuszczowym zanikłym, skarży się na ból gardła i chrypkę.

Do 20 roku życia był zupełnie zdrow; w tymże roku bez widocznego powodu obfity krwotok płucny, z gorączką, która po kilku dniach ustąpiła, poczem rozwinął się uporczywy kaszel, silniejszy zwykle latem. Głos chory stracił przed dwoma tygodniami, w następstwie lekkiej chrypki, trwającej miesiąc przedtem. Od 4 miesięcy chudnie, poci się w nocy i stale kaszle. Ból w gardzieli przy jedzeniu trwa od 15 tygodni. Pokarmy wracają się nosem. Bóle strzelające w obu uszach. Kaszel z płwociną obfitą, śluzoropną, pianistą, ciągnącą się w długie strzępy, z osadem ropnym na dnie naczyń. Tętno 108 na minutę, miękkie, drobne. W jamie nosa niezbyt przewlekły, z zacerwienieniem błony śluzowej, szczególnie na przegrodzie, na której widać ku przodowi drobne białawe nasięki, nie wystające nad poziom nieco zmętnionej błony śluzowej. Muszla dolna lewa średniej wielkości, miękka, puszysta, pokryta błoną śluzową szaro-bladej barwy.

Gardziel. Błona podniebienia miękkiego obrzmała, marmurkowo-przekrwiona. W pobliżu języczka czerwoność żywsza. Języczek zgrubiał, obrzękły; na przedniej powierzchni 2 guziczki prosówkowe. Obrzęk od języczka rozciąga się na łuki, z których tylne są zgrubiałe, zacerwienione, pokryte łuszczącym się nabłonkiem. Na prawym tylnym łuku widać konglomeraty kilkunastu białych guziczków od wielkości soczewicy do wielkości maku. Guziczki te nie zlewają się, nie wystają nad błonę śluzową, bez obwódki czerwonej. Na łuku tylnym lewym, tuż przy migdale, znajduje się owrzodzenie, pokryte szarą wydzieliną, o brzegach wydatnych, nieregularne, wielkości ziarna pieprzu, głębokie na 2—3 mm.. Owrzodzenie na *lig. glosso-pharyngeum sinistrum* ma dno sadłowate, brzegi wyżarte, także owrzodzenie znajduje się na migdale lewym, ukryte za łukami, wielkości piątki.

Na tylnej ścianie gardzieli, nieco obrzękłej, bladej, widać pojedyncze, drobne nasięki wielkości ziarnka piasku.

Lusterko wykazuje po obu stronach *lig. glossoepiglottici medii in valleculis* kilka nieregularnych głębokich owrzodzeń. Nagłośnia w dwójnasób zgrubiała nieruchoma, na przedniej i górnej swej powierzchni pokryta nalotem białawym, na przestrzeni około 1 ctm.. Obrzęk przechodzi na *lig. aryepiglottica* i tylną ścianę krtań, pokrytą owrzodzeniem o brzegach nierównych przerosłych, z tylnej ściany przeszły one na struny fałszywe i część struny prawdziwej prawej.

Klatka piersiowa wązka, długa, wymiar przednio-tylny mały. Doły pod i nadobojczykowe mocno zapadłe. Pojemność klatki niewielka. Granice płuc obniżone wszędzie o jeden palec. Od tyłu stępienie *in fossa suprascapulari dextra*;

¹⁾ Pierwszych dwóch przypadków sam nie widziałem, podaję je tylko z łaskawie mi udzielonych notat D-ra HERYNGA.

tamże *resp. indeterminata, ronchi sibilantes. et crepitantes*. W dolnych płatach płuc *bronchitis diffusa*. Od przodu w obu szczytach objawy nacieczenia na 3—4 palce szerokiego, któremu odpowiada oddech oskrzelowy. Granice serca zwykle, tony czyste. Sledziona powiększona, wyczuwalna.

G r u c z o ł y s z y j o w e podszczękowe, zwłaszcza lewe, wielkości orzecha włoskiego, nie bolesne na ucisk, zlewają się w jeden guz.

P r z e b i e g d 13. VI. nacieki w gardzieli i na łukach zaczęły się powiększać, zlewać ze sobą; niektóre stały się punktem wyjścia owrzodzeń, pokrytych szarą wydzieliną, o brzegach wyniosłych; dnia 15. VI. po dwukrotnem pędzlowaniu kwasem karbolowym 3%, wytworzyły się rozlane, białe zmętnienia i naloty, złuszczenie nabłonka po dniach czterech oddzieliło się. Owrzodzenie na lewym łuku i migdale pokryte białym nalotem.

Dnia 21. VI. na prawym przednim łuku pojawiają się znowu małe, gdzie-niegdzie zlewające się ze sobą, białe guziczki. Błona śluzowa przekrwiona, mało nacieczona, gładka; na linii środkowej języczka prosówkowe guziczki; na lewej stronie języczka nalot do 4 mm. długi, jednolity. Owrzodzenie na łuku tylnym lewym jeszcze nie oczyszcza się, pokryte strupem po przypaleniu kwasem chromnym.

W dniu 24. VI, 1885 roku chory na własne żądanie opuszcza szpital, przy ciepłocie rannej 37,7° C., wieczornej 38,4° C.. Przełykanie bolesne, stan sił cokolwiek lepszy, język czysty. W gardzieli nacieki na prawym łuku i języczku zupełnie zginęły, owrzodzenia na lewym łuku tylnym zmniejszone. Na podstawie języka, *in valleculis* owrzodzenia *in statu quo*, niektóre rozpadające się. W krtani cała nagłośnia nacieczona, owrzodzona; owrzodzenia przechodzą na stronę tylną, obejmują obie struny fałszywe. Struna prawdziwa lewa biała, zanikła, prawa zaś owrzodzona.

Badanie płwociny i cząsteczek wziętych z owrzodzeń, wykonane przez d-ra BUJWIDA, wykazało wszędzie bardzo wiele laseczników gruźliczych KOCH'a.

[C. d. n.].

II. O WPLÝWIE POKARMU NA SKŁAD I POŻYWNÓŚĆ MLEKA KOBIECEGO.

Podał

D-r med. Stanisław Szczepan Zaleski

docent Instytutu Weterynaryjnego i asystent Instytutu Farmakologicznego przy Uniwersytecie w Dorpacie.

„Ob Bäder, schmale Kost, viel Brühen und Wasser wirklich bei einer Stillenden mit übermäßigem Fettgehalt in der Milch die Erzeugung einer dünneren, fettärmeren Milch herbeiführen können, ist mit den jetzigen Hilfsmitteln noch nicht untersucht, jedenfalls aber des Versuches werth“.

Ph. BIEDERT. Die Kinderernährung im Säuglingsalter. Stuttgart. 1881. p. 174 und 175.

Wiadomo jest powszechnie wszystkim rolnikom i hodowcom bydła, że przez złe i nieodpowiednie pożywienie mleko krów wodnistem i w tłuszcz uboższem się staje, podczas gdy pod wpływem dobrego i dostatecznego pokarmu zyskuje i na gęstości i na obfitości tłuszczu. Nadto PARMENTIĘR i DÉYEUX uczynili już

dawno spostrzeżenie, że przez nagłą zmianę sposobu utrzymywania i karmienia krów znaczna i obfita aż dotąd wydzielina mleka, wskutek zmienionych czynności ustroju, może być niekiedy nawet bardzo znacznie zmniejszoną.

Zdanie to, ogólnie przyjęte przez rolników, starano się stwierdzić na drodze doświadczalnej i przedsięwzięto w tym celu cały szereg badań, ażeby ściślej wykazać wpływ paszy na produkcję i skład mleka u krów. Przekonano się jednak, że nawet znaczne różnice w rodzaju pokarmu tych zwierząt nie wywarły bądź żadnego, bądź tylko bardzo ograniczony wpływ na wzajemny stosunek pojedynczych części składowych ich mleka i że tylko koncentracja tegoż zarówno jak i ogólna jego ilość uległa zmianie; inaczej mówiąc, przy posilnym pokarmie otrzymywano więcej mleka, o cokolwiek zwiększonej ilości części stałych, kiedy przy niedostatecznym i nieodpowiednim pokarmie ilość mleka znacznie była mniejsza, a samo mleko wodniste. Co do ilości tłuszczu, nie osiągnięto żadnych pozytywnych danych. Do wniosków tego rodzaju upoważniają bezpośrednio doświadczenia dawniejszych badaczy, a mianowicie BOUSSINGAULT'a i LE BEL'a, PLAYEAIR'a, PAYEN'a i GASPARIN'a, KNOBLOCH'a i PÉLIGOT'a, z których tylko badania ostatniego uczynione zostały na osłicy, a wszystkich innych na krowach.

Ażeby wyświetlić tę pozorną sprzeczność pomiędzy doświadczeniem codziennego życia rolników, a wynikami naukowych badań, zwłaszcza, że u innych gatunków zwierząt, o czem poniżej będzie mowa, inne poczyniono spostrzeżenia, aniżeli na krowach, przystąpił G. KUEHN z licznym zastępem uczniów swoich do całego szeregu doświadczeń również na krowach, przyczem postawił sobie za zadanie zwrócić szczególniejszą uwagę na możliwie dokładne rozbiory mleka, zarówno jak na należycie długi czas trwania doświadczeń i wszelkie możliwe zmiany i kombinacje w paszy i pokarmie. Wszystkie te badania, wykonane stopniowo w ciągu ostatnich lat dwudziestu, względnie co do ilości przyjmowanej paszy wykazały w ogóle, że przy niedostatecznym pokarmie ogólna ilość otrzymywanego mleka znacznemu ulega zmniejszeniu, przyczem się jednak nie daje zauważyć wyraźny wpływ na zmianę ilości procentowych pojedynczych składników. Przy obfitszym dowozie pokarmu zwiększa się także odpowiednio i ogólna ilość wytwarzanego mleka, bez widocznych zmian w koncentracji tegoż. Spotykane przy tych doświadczeniach niekiedy wahania, co do zawartości procentowej białka i masła, uważać należy za zmiany prawidłowe, objęte indywidualnymi warunkami ustroju zwierzęcia i niechronne, nawet przy jednostajnym jego karmieniu jedną i tą samą paszą.

Co się tyczy jakości pożywienia, to przedewszystkiem dowiedzionem zostało przez KUEHN'a i FLEISCHER'a, że nie tylko przy uszczuplonem, lecz nawet przy umiarkowanem karmieniu krów, podawanie krochmalu, oleju, mąki rzepakowej i bobowej razowej (*Rapsmehl*, *Bohnsenschrot*) nie wpływa bynajmniej w należytych stopniu na podniesienie się ilości pojedynczych, ważniejszych części składowych w mleku. Późniejsze badania wykazały, że przy zwiększonym dowozie białka w pokarmie i ilości wytwarzanego mleka zawsze większemi się stają wraz ze wzmoczeniem się jego koncentracji, przyczem jednakże nie wszystkie części składowe ulegają jednostajnemu i regularnemu powiększeniu, a wykryte różnice są

w ogóle bardzo nieznaczne. Zdarza się wszakże u niektórych osobników, że ręka w rękę z przyrostem białka w pokarmie idzie jednostronne powiększenie się procentowych ilości tłuszczu w mleku, co jednak ma tylko miejsce przy podawaniu mąki palmowej (*Palmkernmehl*), gdy tymczasem inny, niemniej w białka obfity pokarm, jak słód, mąka rzepakowa, siemię lniane i t. p., pozostaje bez skutku. Za dodaniem żytnich otrąb do paszy zauważyć się daje zaledwie bardzo nieznaczny przyrost tłuszczu w mleku.

Doświadczenia powyższe zgodne są, lecz tylko do pewnego stopnia, z późniejszymi spostrzeżeniami M. SCHRODT'a, PH. DU ROI i H. v. PETER'a, którzy również u krów wykazali, że jeżeli zamiast otrąb karmić je wyłącznie mąką ryżową i makuchami rzepakowymi, produkcja mleka, zarówno jak i zawartość w niem masła, obniża się i że przeciwnie przy karmieniu umiarkowanymi ilościami mąki ryżowej, za dodaniem otrąb i makuch rzepakowych, produkcja mleka się wzmacnia, produkcja tłuszczu jednak nie ulega zmianie.

Wreszcie w odpowiedzi na pytanie, jaki jest wpływ rodzaju paszy i sposobu karmienia na wzajemny stosunek oddzielnych części składowych mleka, wykazaniem zostało przez КУЕНН'a i jego uczniów, że zwiększenie się produkcji mleka zależnem jest bezpośrednio tylko od białka i tłuszczu pokarmu, w żadnym razie jednak od krochmalu, dalej że przyrostowi białka w pokarmie towarzyszy powiększenie się ilości suchej istoty w mleku, a w niej kazeiny i tłuszczu, gdy jednocześnie ilości albuminy i cukru są niższe, wreszcie, że przy obniżeniu się ilości białka w pokarmie powstają wręcz odmienne stosunki, mianowicie zwiększenie się ilości cukru w mleku i obniżenie kazeiny przy zmiennem i niejednostajnem obniżaniu się ilości tłuszczu. Wspomniany wpływ pokarmu wielce jest zależny od indywidualności zwierzęcia, a zwłaszcza od indywidualnego rozwoju wymienia i od czasu trwania laktacyi. Tylko w pojedynczych przypadkach i u pojedynczych osobników, wpływ ten staje się bardzo widocznym i namacalnym.

SCHRODT i PETER karmili krowy t. zw. amerykańską mąką mięsną, ażeby w ten sposób zbadać bliżej wpływ pokarmu na mleko. Okazało się, że przy umiarkowanych dawkach mąki mięsnej tylko produkcja mleka się wzmacniała, przy większych jednak następował także wzrost procentowych ilości suchej istoty w mleku; wszelako procentowe ilości tłuszczu pozostawały zawsze jedne i te same, tak, że tylko absolutna produkcja tłuszczu się wzmacniała.

W szeregu badań przedsięwziętych, poczynawszy od r. 1880, aż do ostatnich czasów, stwierdzonem zostało na nowo przez FLEISCHMANN'a, że nie tylko ilości wyprodukowanego mleka, ale także i zawartość w niem suchej istoty, wzmacnia się u krów pod wpływem polepszenia paszy. Przy przejściu bydła od karmienia w oborze na pastwisko, zwiększa się nie tylko zawartość tłuszczu w mleku, lecz zarazem i obfitość samego mleka. Zależnem to jest z jednej strony od więcej korzystnego pokarmu, z drugiej od ciągłego i swobodnego przebywania zwierząt, nieskrępowanych w swych ruchach na świeżem powietrzu, co nie jest bez zbawionego wpływu na czynności oddechania i stan ich ogólny. Wnioski powyższe stwierdzone zostały przez liczne spostrzeżenia SCHRODT'a, który przy pu-

szczaniu była na pastwisko wykrył większe ilości tłuszczu w mleku, aniżeli przy karmieniu w oborze, zauważywszy nadto, o czym i poprzednio z badań BOEDCKER'a i STRUCKMANN'a wiadano, że wieczorne mleko cokolwiek więcej jest w masło obfite, aniżeli ranne. Tym sposobem zarówno spostrzeżenia FLEISCHMANN'a jak i spostrzeżenia SCHRODT'a zgodne są w zupełności z dawniejszemi spostrzeżeniami J. LEHMANN'a, który wykazał, że ilości tłuszczu w mleku krów jednej i tej samej rasy [Shorthorn i Holenderska] cokolwiek są znaczniejsze [o 0,04% 0,16%] przy letniej paszy, aniżeli przy zimowej.

Wyżej wspomniany SCHRODT również stwierdził, że przy karmieniu krów kiszonymi obierzynami z rzezy ilość suchej istoty w ich mleku pozostawała zawsze na jednej i tej samej wysokości co i poprzednio, przyczem jednak zawartość tłuszczu znacznemu obniżeniu uległa. Tenże sam SCHRODT, wraz z HAUSEN'em, zwraca wreszcie uwagę na fakt wielce interesujący ze stanowiska fizjologicznego, mianowicie że pod wpływem pokarmu, obfitującego w związki amidowe [słód, buraki] następuje zaledwie bardzo nieznaczne obniżenie ilości części stałych i specjalnie tłuszczu w mleku. Obaj autorowie czują się upoważnieni wyprowadzić ztąd wniosek, że bez wszelkich zmian ważniejszych zarówno co do jakości jak i ilości mleka, istoty białkowe paszy mogą być do pewnego stopnia zastąpione przez związki azotu, nie będące białkami.

Jako odosobnione uważać należy na cyfrach oparte spostrzeżenia SCHNORNPFEIL'a, który twierdzi, że obniżenie ilości wody w paszy, zarówno jak jej zwiększenie pozostaje bez wszelkiego rozstrzygającego wpływu na wytwarzanie się i wydzielinę mleka. Tyle o wpływie pokarmu na własności mleka u krów. Otrzymane przytem wyniki zdają się wykazywać niewątpliwie, że dobra, posilna i odpowiednia pasza czyni także i mleko lepszem, jednakże dające się wtedy zauważyć różnice, odnoszące się do procentowych ilości oddzielnych składników, są po większej części nieznaczne, a w niektórych przypadkach leżą nawet w granicach t. zw. błędów ze spostrzeżeń. Daleko większe natomiast różnice są do zaznaczenia co do stopnia koncentracji mleka, największe jednak odnoszą się do jego ogólnej produkcji, która u dobrze i umiejętnie karmionych zwierząt może niekiedy bardzo znacznie się zwiększyć. Co się tyczy specjalnie tłuszczu przy dobrej i złej paszy, to i tu różnice nie są zbyt wybitne, tak, że sam KUEHN nawet, na podstawie swoich licznych, zmuudnych i sumiennych doświadczeń, czuje się upoważnionym do twierdzenia, iż „krowa o kazeinie nie może być przez paszę zamieniona na krowę o tłuszczu“, (*eine Casein-Kuh kann nicht durch den Futter in eine Fett-Kuh verwandelt werden*).

Zupełnie inne, nierównie więcej uderzające i przekonujące różnice, wyrażone niekiedy w kilku jednostkach procentowych oddzielnych składników mleka, otrzymano przy doświadczeniach nad karmieniem innych zwierząt, aniżeli krowy. Z liczby tych ostatnich przytoczyć przedewszystkiem należy spostrzeżenia STOHMANN'a, który po zadaniu oleju do pokarmu znalazł u kóz znaczne i jednostronne zwiększenie się ilości tłuszczu w mleku. Następstwem zmniejszenia ilości białka w pokarmie tych zwierząt było równocześnie zmniejszenie się ilości tłuszczu w mleku. Również ten sam skutek miało i ograniczenie tłu-

szezu w paszy, gdy tymczasem dodanie do niej krochmalu pozostało bez wszelkiego widocznego wpływu.

Zupełnie to samo zauważyli także WEISKE, SCHRODT i DEHMEL, według których pokarm, obfitujący w białko, sprowadza u kóz większe ilości mleka, zawierającego także większe ilości tłuszczu. Po dodaniu oliwy, albo kwasu stearynowego do nędznej strawy, następuje nadzwyczaj silne wytwarzanie się tłuszczu i stałych części w mleku. Również wybitnego skutku niepodobna otrzymać przy podawaniu białka wyłącznie, choćby w bardzo wielkich ilościach.

Wreszcie do tej kategorii odnoszą się także i doświadczenia J. MUNK'a na tych samych zwierzętach, z kąd wynika, że zmniejszony dówóz białka do pokarmu powoduje przedewszystkiem obniżenie wydajności mleka, w którym się ze wszystkich stałych części tylko mniej cukru spotyka. Przy zwiększonym dowozie białka nietylko więcej otrzymuje się mleka, lecz i masła. Wypływa ztąd, że na własności mleka wpływają przedewszystkiem białkany pokarmu.

Znaczna część rozstrzygających doświadczeń nad zależnością składu mleka od pokarmu wykonaną została na sukach. Należą tu przedewszystkiem badania POGGIALE, który przy karmieniu mięsem i chlebem znalazł w psim mleku 26,59% części stałych, a w nich 8,18% tłuszczu, przy karmieniu zaś samem mięsem 28,79% części stałych z 12,04% tłuszczu. Ten sam badacz wykazał dalej, że przy wyłącznem i długotrwałem karmieniu mięsem cukier mleczny w mleku bynajmniej nie znika, przez co bezpośrednio stwierdzone zostały odnośnie badania BEUSCH'a z cokolwiek wcześniejszej epoki, a obalone spostrzeżenia DUMAS'a, który utrzymywał, że cukier mleczny znika przy wyłącznie mięsnym pokarmie.

Porównawcze rozbiory mleka, dokonane przez SUBBOTINA, przy karmieniu suki mięsem, kartoflami i tłuszczem, wykazały: a) przy karmieniu chudem mięsem wyłącznie — 22,74% suchej istoty, a w niej 10,64% tłuszczu; b) przy karmieniu kartoflami — zaledwie 10,75% suchej istoty, a w tem 4,98% tłuszczu; c) przy karmieniu tłuszczem — 22,63% suchej istoty, zawierającej 10,11% tłuszczu. Podobne i zgodne spostrzeżenia uczynione zostały przez VOIT'a, chociaż czas trwania doświadczenia był u niego znacznie krótszy, znaczący się wyniki mniej pewne.

Wspomnieć także należy i doświadczenia KEMMERICH'a w tym kierunku, według którego mleko suk przy karmieniu mięsem końskiem może zawierać do 9,9% tłuszczu, przyczem także, również jak i u SUBBOTIN'a, cukier mleczny zawsze się daje wykazać.

Mniej zadawalające i zaledwie pojedyncze, tu i ówdzie rozrzucone spostrzeżenia istnieją co do wpływu pokarmu na skład mleka kobiecego.

[C. d. n.]

III. ZESTAWIENIE 25 PRZYPADKÓW OTWARCIA JAMY OTRZEWNEJ PRZY CHOROBACH NARZĄDÓW RODZAJNYCH KOBIECYCH NIEZAPALNEGO POCHODZENIA.

Podał

Władysław Matlakowski.

Ordynator tego oddziału.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 43].

Spostrzeżenie XVI. *Myoma uteri interstitiale; hysterectomia supravaginalis; sanatio.*

Do... ska, żona urzędnika z pod Mławy, 24 lat licząca, przybyła do oddziału d. 17. III. 1887 r. Zamężna od 1½ roku, miesiączkować poczęła w 14 roku życia i od tej pory miesiączka przychodzi co 4 tygodnie, trwa czasami do 6 dni; w 3-cim miesiącu po wyjściu zamaąż miała obfity krwotok; przed rukiem uczyła guz w brzuchu ponad spojeniem łonowem, wielkości jaja kurzego, przesuwalny i niebolesny; obecnie z wyjątkiem obfitego miesiączkowania, zresztą bez boleści, nie doznaje żadnych dolegliwości; moc oddaje swobodnie.

Status praesens. Wysokiego wzrostu, dobrej budowy, wybornego odżywiania; tkanki tłuszczowej pokład bardzo gruby; brzuch bardzo powiększony, ścianka gruba, niezbyt napięta; w dolnej połowie brzucha wyczuwa się guz wielkości głowy dorosłego człowieka, dochodzący nieco powyżej pępka, z lewej strony od linii pośrodkowej nieco wyżej; guz twardy, przesuwalny z boku na boki z góry nadół; przy wysłuchiwanu nie ma żadnych w guzie szmerów; nie ma też innych objawów ciąży. Srom i pochwa żadnych zmian nie przedstawiają; część pochwo-wa mała, wiotka, siedzi jak brodawka na kulistym guzie, z którym się porusza; znajduje się ona wysoko, nieco z lewej strony. Guz wyczuwa się przez wszystkie sklepienia; jajników wymacać nie można; kanału macicznego przesondować się nie udało. Inne narządy zdrowe.

Uważając wycięcie guza za wskazane przez wzgląd na znaczne rozmiary guza i jego szybkie rozrastanie się, d. 23. III. 1887 po zachloroformowaniu chorej przy pomocy kol. JAWDYŃSKIEGO, GULIŃSKIEGO, ROGOZIŃSKIEGO, CIECHOMSKIEGO, BORKOWSKIEGO, oraz p. Naczelnego Lekarza D-ra KOBYLAŃSKIEGO i OBREBSKIEGO, przystąpiłem do takowej. Cięcie na 3 palce ponad spojeniem w smudze białej aż do pępka; bardzo gruby pomocznik (*urachus*) ominięto i odepchnięto na prawo; w jamie otrzewnej nieco płynu ascytycznego. Do górnej powierzchni guza szeroki przyrost sieci w kształcie taśmy, oraz dwa zrosty cieńsze w kształcie powrózków; podwiązano je i odcięto. Guz na przedniej powierzchni gładki, na tylnej nierówny, strzępiasty od licznych błon wrzekomych, lecz swobodny. Wydobycie guza z jamy brzusznej na zewnątrz bardzo trudne; dopiero przy jednoczesnem wyważaniu go ręką od tyłu, spychaniu ścian brzusznych po guzie, i ciągnięciu hakami, udało się go wytoczyć; podczas tych usiłowań chora przedstawiała oddechać; oddech wracał, skoro guz zostawiono w spokoju. Nałożywszy podwiązkę elastyczną na wysokości ujścia wewnętrznego, podwiązałem z obu stron *adnexa uteri en masse*, poczem przeciąłem je i podwiązałem widoczne światła naczyń po szczególe, wtedy guz obciąłem, jamę macicy wypędzłowałem chlorkiem cynku, wypaliłem żegadłem PACQUELINA.

Ponieważ dolna część guza, t. j. ta która została w kikucie, luźno spojona z tkanką maciczną i otrzewną, między którymi siedzi, przeto dla zmniejszenia pieńka, wyluszczyłem ją, poczem obszyłem kikut przez naciągnięcie dośrodkowo pokrowca perytonalnego, umieściłem w dolnym kącie rany, przszyłem listki ścienne otrzewnej do otrzewnej pieńka poniżej ligatury elastycznej, przebiłem kikut dwoma igłami, poczem ranę brzuszną zaszyłem: opatrunek jodoformowy. Operacja trwała $1\frac{1}{2}$ godziny.

Guz zajmował li tylko tylną ścianę macicy; pokryty był na zewnątrz zgrubiałą otrzewną, którą bardzo trudno obedrzeć od guza, w kierunku jamy macicznej podchodził tuż pod błonę śluzową, oddzielnym będąc od niej cienką warstewką tkanki macicznej. Jama macicy bardzo wydłużona, rozszerzona i rozplaszczona na przedniej powierzchni guza.

Preparat składa się z dwóch części: jednej odciętej nożem po nałożeniu ligatury elastycznej i drugiej mniejszej wyluszczonej z tylnej strony utworzonego kikuta; obie te części złożone dają guz wielkości głowy dorosłego człowieka. Powierzchnia perytonealna guza na przedniej jego powierzchni gładka, na całej tylnej i górnej, oraz na *adnexa*'ch usiana drobnymi, delikatnymi błonkami; na tępo palcem guza od tkanki macicznej oddzielić nie można. Prawy jajowód długi, zgrubiał w części zewnętrznej; jego *infundibulum* zupełnie zarosnięte, skutkiem zawinięcia się kosmków [*fimbriae*] dośrodkowo i obrośnięcia błonkami; prawy jajnik wielkości orzecha włoskiego, splaszczony, z dwoma torbielami wielkości grochu. Lewy jajnik wielkości prawidlowej; jajowód przedstawia takie same zmiany co i prawy, lecz lejek jego niezupełnie zarosnięty.

Przebieg zupełnie zadawalający, chociaż niecierpliwa chora była niespokojną. Ciepłota stale około 38° C., tętno 96 - 100; najwyższa ciepłota $38,8^{\circ}$ C. siódmego dnia wieczorem, lecz po wywołaniu wypróżnienia spadła do stanu prawidłowego; odtąd przebieg bez zaburzeń. W dwa tygodnie odpadła ligatura wraz z obumarłą częścią kikuta. 10. V. chora opuściła szpital w wybornym stanie. Gdy w początkach Czerwca była u mnie znalazłem ranę na brzuchu zupełnie zagojoną; siły wróciły zupełnie; bólesci nie ma żadnych; krwawienia nie było ani razu; chora użala się na skłonność do tycia.

Spostrzeżenie XVII. *Myoma uteri interstitiale; hysterectomia supravaginalis; sanatio.*

N. . . . wska Maryja, 28 l. nauczycielka, przybyła do szpitala d 21. III. 1887. Już przed wyjściem za mąż, co miało miejsce przed 7-u laty, nie była zupełnie zdrową; wówczas już była niedokrwistą, nerwową, miała zaburzenia w trawieniu. Miesiączkowanie pojawiło się w 15-ym roku życia, odbywało się odtąd prawidłowo co 4 tygodnie, trwając przez 4—5 dni bez dolegliwości. Nigdy w ciąży nie była. Przed $\frac{1}{2}$ rokiem w ciągu miesiąca było krwawienie miesięczne; ostatnie 3 peryjody były prawidłowe. Oddawanie moczu bardzo częste; zaparcie stolca; upławy. Przed pół rokiem dowiedziała się, że ma guz. Chora żali się na ogólne osłabienie, niemożność do pracy. *Status praesens.* Średniego wzrostu, blada, śniada, mięśnie wiotkie, tkanki tłuszczowej dużo. Brzuch niewielki, ściana gruba; w podbrzuszu guz twardy, okrągły, przesuwalny z boku na bok, wchodzący za spojenie, niebolesny, gładki, dający tępy odgłos, sięgający na $1\frac{1}{2}$ palca do pępka; guz ten większą część leży w prawej połowie brzucha. Część pochwowa wysoko, zupełnie w tyle i nieco na lewo; przez sklepienie przednie wyczuwa się guz gładki, twardy, okrągły; przy badaniu obu rękami macica z guzem się porusza tworząc wspólną całość. Zgłębnik wchodzi do jamy macicy na 6 ctm.. Jajników nie wyczuwa się.

Nieznaczne wole: tony serca czyste, lecz tętno stale przyspieszone; bywało i po 120 uderzeń na minutę jak to wiem od D-r TOMASZEWICZ-DOBRSKIEJ, która

chorą miała w dłuższym leczeniu i wypróbowałszy rozmaite środki, uważała operację za wskazaną.

D. 26. III. 1887; przy pomocy kol. BORKOWSKIEGO, CIECHOMSKIEGO, GULIŃSKIEGO, JAWDYŃSKIEGO, TOMASZEWICZ-DOBRSKIEJ i OBREŃBSKIEGO przystąpiłem do operacji; chloroformowanie było długie, a uspienie niezupełne z powodu wymiotów i słabej czynności serca; pomimo dania znacznej ilości chloroformu chora przez cały czas operacji miała ściany brzuszne naprężone, co niezmiernie utrudniało manipulacje. Cięcie w smudze białej, ściana brzuszna gruba na 3 palce; kiszki przykrywają guz, nie przedstawiający zrostów; pęcherz schowany za spojeniem. Wydobycie guza na zewnątrz trudne, skuteczzone zostało głównie przy pomocy ręki wprowadzonej do pochwy; ponieważ jajników i jajowodów wydobyć na zewnątrz nie można, musiałem je podwiązać i wyciąć w jamie otrzewnej; punkta odejścia jajowodów od guza znajdują się nisko; mięśniak zatem głównie zajmuje dno i tylną ścianę macicy. Nałożywszy poniżej podstawy guza zaciskadło KOEBERLE'go, umieściłem szypułę w dolnej części rany, a oczyściwszy jamę otrzewnej, przyszyłem 3 ma szwami listek ścienny do listka otrzewnej pokrywającego szypułę poniżej pętliicy drucianej, tak, że część podwiązana znalazła się *extra peritoneum*, poczem jamę otrzewnej zaszyłem. Wtedy obciąłem guz w pewnej odległości od drutu; powierzchnia cięcia wypadła tak, że została otwartą przytem jama macicy na wysokości jej dna; poczem jeszcze część guza, pozostawiona w tylnej ścianie macicy, została z niej wyluszczoną; po wypaleniu błony śluzowej macicy chlorkiem cynku, przebiłem kikut dwiema igłami długimi, przypaliłem powierzchnię jego żegadłem PACQUELIN'a, przysypałem jodoformem i nałożyłem zwyczajny opatrunek. Wydobyty guz składał się z mięśniaka soczystego, okrągłego, wielkości pięści, obciągniętego powierzchni, jakby jarmułką, warstwą ściany macicznej, która po przecięciu szybko się na guzie skurczyła, jak to zawsze się dzieje z tkanką maciczną.

Przebieg. Chora nadspodziewanie zachowywała się po operacji cierpliwie; nieco wymiotowała; tętno trzymało się od 124—138; najwyższe ciepłoty 38° C., 38.1° C.; 4-go dnia 3 obfite wypróżnienia. W dwa tygodnie po operacji odpada pętlica druciana zaciskadła, wraz z obumarłą częścią kikutu. Górna część rany ponad kikutem zagoiła się *per primam*, dolna, gdzie nałożono 3 szwy na skórę — długo zablizniała się, gdyż brzegi się rozeszły; tu z powodu otyłości chorej powstał głęboki lejek zwolna zapełniający się ziarniną. N. opuściła szpital zdrową d. 7. V. z nieznacznym paskiem ziarniny. W początku Czerwca widziałem chorą; rana zagoiła się zupełnie; chora zaczęła tyć; ma się zupełnie dobrze, żali się tylko na osłabienie, z powodu którego udała się do kąpieli. Godnym zaznaczenia faktem jest, iż u chorej zaczął się powiększać prawy zraz gruczołu tarczowego (*struma*).

Spostrzeżenie XVIII. *Myoma uteri subserosum et intramurale; hypertrophia uteri; hysterectomia; sanatio.*

F...wska Tekla, 36 lat, wdowa od 3 lat, przybyła do szpitala d. 20. V. 1887; przed dwoma laty zauważyła guz w lewym dole pachwinowym, czując się atoli zupełnie zdrową, a będąc dość otyłą nie zwracała nań uwagi; rok temu guz był tak duży, że przybyła do Warszawy poddać się operacji, lecz tutaj jej odradzono, skutkiem czego zeszedł cały rok i dopiero ciągle pogorszenie się stanu zdrowia skłoniło chorą do poddania się operacji, którą za konieczną i możliwą uznali kol. KONDRATOWICZ i ROGOZIŃSKI. Chora do wyjścia zamąż miała miesiączkę prawidłową, połączoną z nieznacznymi bólami w krzyżu; przed 6 u laty powiła nie bez trudności dziecko żywe, podczas karmienia którego miesiączka wróciła, lecz była skąpą i bez bólu; w rok potem poroniła, przyczem szczęśliwie zniosła bardzo obfity krwotok; w miesiąc później pojawiła się znowu prawidłowa miesiączka, która od 3 lat stała się obfitą i bolesną, a od dwóch mniej

więcej lat coraz obfitszą, tak, że w ciągu ostatniego roku doszła do stopnia prawdziwych krwotoków, podczas których oprócz płynnej krwi, w ciągu 4—7 dni odchodzą i skrzepy. Nigdy nie doznawała boleści w brzuchu z towarzyszeniem wymiotów, czkawki i gorączki, tak, że wyraźnego przynajmniej zapalenia otrzewnej nie przebywała. Wypróżnienia prawidłowo się odbywają; mocz chora oddaje bardzo rzadko, 1—2 razy na dobę, w niewielkiej ilości, raz mętny, białawy, drugi raz zupełnie przezroczysty, blade, bez bólu i parcia.

Status praesens. Średniego wzrostu, biała, blondynka, z grubym pokładem tłuszczu, zdrowa choć blade wyglądająca. Brzuch bardzo powiększony, mniej więcej jak w 8-ym miesiącu ciąży, najbardziej wypięte podbrzusze i okolica pępkowa; brzuch kulisty, w obwodzie przez pępek 103, od wyrostka mieczykowatego do pępka 20, a tego ostatniego do spojenia łonowego 22 ctm. mierzący; przez grubą ścianę wyczuwa się guz twardy, niezupełnie gładki, okrągły, sięgający prawie od jednego kolca biodrowego do drugiego, a ku górze niedochodzący do łuków żebrowych i do wyrostka mieczykowatego na 1—2 palcy, przy opukiwaniu wszędzie tępy. Okolony pasem tympanicznym, przesuwalny z dołu do góry i z boku na bok, jakby pływający na kiszkiach. Na prawo od smugi i u dołu w guzie wyczuwa się odcinek elastyczny, miękniejszy od całości guza, który nie daje uczucia chelbotania lub fałowania. Smuga nie zabarwiona, *areolae* blade, z brodawkę wycisnąć płynu nie można. Przez pochwę miękką ku tyłowi w dole DOUGLAS'a wyczuwa się jelito cienkie; część pochwa bardzo wysoko, zaledwie osiągalna dla palca, leży od przodu; zgiębnik maciczny wchodzi łatwo i kieruje się zupełnie ku przodowi; kanał maciczny mierzy około 15 ctm.. Przez odbytnicę guza osiągnąć nie można, z powodu bowiem swej wielkości całkowicie mieści się w jamie brzusznej, małym tylko odcinkiem spuszczać się do miednicy. Pęcherz znajduje się poza spojeniem łonowym, nie wznosi się wysoko na guzie; mocz mętny szarawo biały, w bardzo skąpej ilości, przezroczystej zupełnie po zagotowaniu. Narządy oddechowe nie przedstawiają zmian zarówno jak krążenie, z wyjątkiem, że tętno jest przyspieszone od 116—120 na minutę; przy chodzeniu, wstępowaniu po schodach chora doznaje duszności. Zresztą z wyjątkiem uczucia ciężaru, rozpychania i krwotoków, czuje się zupełnie zdrową. Kończyny dolne nie opuchłe. Stan psychiczny dobry, usposobienie bardziej wesołe.

Rozpoznanie brzmiało: *Myoma uteri intramurale*, przeważnie usadowiony w tylnej ścianie.

Dnia 21. V. 1887 w obecności zwykle mi pomagających łaskawie kolegów chora została dobrze i łatwo zachloroformowana. Cięcie w smudze na 3 palce poniżej od wyrostka mieczykowatego, aż do spojenia, obchodzące pępek z lewej strony. Po otwarciu otrzewnej i obejściu ręką guza celem przekonania się, czy nie istniejej zrosty, guz nigdzie nieprzyrosły, bez wielkiego trudu został z brucha wydobyty, brzegi cięcia w ścianie brzusznej po pod nim zbliżone, kiszki dobrze utrzymane w jamie otrzewnej. Macica bardzo powiększona wydłużona i rozplaszczona wtopiona jest w dolną i prawą część guza, [gdzie wyczuwało się odcinek elastyczny]. Ogromny guz zatem wyrasta z tylnej powierzchni i dna narządu; po przedniej powierzchni guza przebiegają olbrzymie, długie, sino-ciemne, grube jak palec żyły obok wydłużonych, zwłaszcza prawego jajowodu i więzów jajnikowych. Cały pęk naczyńny, jak najbardziej dośrodkowo został podwiązany i między dwoma podwiazkami przecięty, przyczem gdy z obwodowego końca spelzła podwiazka, chlusnęła krew obficie i trzeba było nanowo pęk podwazać. Na przecięciu widoczne naczynia, których ziejące światło dochodziło grubości pióra gęsiego, oddzielnie zostały podwiązane. Oba pęki na tępo oddarto palcami od guza bez żadnego krwawienia, żeby umózebnić nałożenie ligatury elastycznej na sam guz jak najniżej. Z prawej strony miejsce na sznur elastyczny wypadło poniżej jajnika i wylotu jajowodu, które pozostały przy guzie, z lewej zaś, gdzie jajnik i wylot były dosyć nisko umocowane, zostały osobno

podwiązane i obcięte; jajnik ten zresztą był zajęty przez torbiel wielkości jaja gołębiego. Mając w ten sposób oswobodzoną podstawę guza, za pomocą cewnika przekonał się, że pęcherz raczej fałda maciczo-pęcherzowa leży powyżej najwyższego miejsca guza, do którego nałożony powrózek elastyczny zwalkować by się musiał, a tem samem musiałyby ześlizgnąć się na pusty i spłaszczony pęcherz; w celu uniknięcia tego, guz ponad fałdą ową przebiłem dwiema igłami długimi i ponad niemi [aby nie ześlizgnęła się ligatura elastyczna] nałożyłem powrózek elastyczny, zaciskając go z całej siły, poczem obciąłem całą część guza ponad poziomem ligatury [cięcie to przeszło ponad macicą], a ułatwiwszy sobie dostęp, zamknąłem jamę brzuszną szwami, nałożonemi na wszystkie warstwy ściany brzusznej, aż do samego guza. Teraz podperytonealnie wyluszczyłem resztę mięśniaka, siedzącego na tylnej ścianie macicy, aż do dołu DOUGLAS'a, przyczem ligatura elastyczna opuściła się tu poniżej dolnej granicy guza. Pozostała teraz od przodu macica wydłużona i rozplaszczona, ze ścięczałą tylną ścianą, od tyłu otrzewna zdarta z tylnej powierzchni guza, a między niemi ogromna jama po wyluszczeniu guzie. Ponieważ zeszyte otrzewnej z macicą, to jest pokrycie tej ostatniej na tylnej powierzchni zarezerwowanym pokrowcem otrzewnowym wydawało mi się z powodu obszaru mających być zbliżonemi powierzchniami ryzykownem, ze względu na możność dokładnego dopasowania i przyszycia, bez obawy krwotoku po zdjęciu ligatury, przeto zdecydowałem się zamiast prostej *enucleatio*, zrobić *hysterectomiam supravaginalem*; odciałem więc macicę, wypaliłem błonę śluzową jej jamy żegadłem PACQUELIN'a, poczem kikut objęty ligaturą umieściłem w dolnym kącie rany. Teraz dokładnie szwem przechodzącym przez oba brzegi rany w otrzewnej i przez *peritoneum* na tylnej powierzchni kikuta poniżej ligatury elastycznej oddzieliłem część nad powięzkową kikuta i samą ligaturę od jamy otrzewnej; taki sam szew poniżej, t. j. na dolnej powierzchni kikuta, od strony pęcherza, poczem zaszyłem ranę w ścianie brzusznej aż do samego kikuta. Po bokach brzegi rany w ścianie brzusznej zepchnąłem tak w głąb, że cała część objęta podwiązką znalazła się ponad poziomem skóry. Cały kikut jeszcze zmniejszono, powierzchnie surowicze na szwami naciągnięto, w części żegadłem przypalono do suchości. Dla umocowania w nadanem położeniu przebito nad podwiązką dwiema igłami, a z obawy żeby ta ostatnia z czasem nie stała się za luźną, nałożono konstruktor KOEBERLE'GO. Opatrunek jodoformowy.

Guz wyjęty waży 11 funtów, kształtu mniej więcej okrągłego, spłaszczonego z wyrosłą grubą na lewej stronie; powierzchnia dość gładka; otrzewna pokrywająca guz gruba i z łatwością daje się od guza oddzielać na całej przestrzeni. Na przekroju guz jednostajnie biały. Prawy jajnik prawidłowy; prawy jajowód bardzo wydłużony; lewy jajnik zawiera torbiel wielkości jaja gołębiego. Warstwa tkanki macicznej pozostała z tylnej jej ściany, oddzielająca guz od jamy, jest bardzo cienką.

Przebieg pomyślny; ciepłota przez cały czas prawidłowa; tętno po operacji wie czorem 88, potem 100—112; w ciągu dwóch dni były wymioty bez czkawki i bez bólesci w brzuchu. Mocz zupełnie przezroczysty, bladо-żółtawy nie zdradzał zatrucia kwasem karbolowym. W trzeciej dobie wystąpiły dwa zaburzenia, które jednak wpływu złego nie wywarły: chorej zaczął dokuczać uporczywy kaszel, oraz przyszło 12 wypróżnień ku końcowi zupełnie płynnych, bez krwi i bez rżnięcia w brzuchu. 8. VI. usunąłem igły i obciąłem część zeszcłego kikuta. 11. VI. odpadła z resztą macicy ligatura elastyczna. 21. VI. chora wyszła ze szpitala z nieznacznym ziarninującym zagłębieniem w miejscu, gdzie była umieszczona szypuła. W kilka miesięcy potem chora doniosła mi, że jest zupełnie zdrową i że rana zagoiła się zupełnie.

[C. d. n.]

IV. O CHLORKU AMONU

jako środka do wdechań w cierpieniach dróg oddechowych. Opis aparatu do wdechań chlorku amonu in statu nascenti.

Rzecz czytana na posiedzeniu Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego w d. 21 Czerwca b. r.

Przez

D-ra Józefa Drzewieckiego.

Ordynatora kliniki wydziałowej wewnętrznej w szpitalu Ś-go Ducha.

Chlorek amonu, jak prawie wszystkie środki lekarskie, przechodził różne koleje. Dawniej, zwłaszcza od czasów FR. HOFFMANN'a do HUFELAND'a, cieszył się największym swem powodzeniem i częstokroć zalecanym bywał w bardzo wielu przypadkach bez żadnych racjonalnych wskazań. Gdy jednak badania MITSCHERLICH'a i innych stwierdziły pomyslny wpływ tego środka na wydzielanie się śluzu, zacieśniono lecznicze granice przy jego użyciu i podawano go przeważnie w bezgorączkowych niezbytach dróg oddechowych i kanału pokarmowego.

Podawany do wewnątrz w postaci owej sławnej „*micturae solventis*“ lub też w postaci komprimowanych tabletek, które moda wprowadziła do użytku, chlorek amonu bezsprzecznie rzeczywiście okazywał korzyść, lecz tylko w tych przypadkach, w których miał możność bezpośredniego zetknięcia się z błonami śluzowymi, a zatem w cierpieniach gardzieli i jamy gardzieliowej. Zaś w cierpieniach błon śluzowych nosa, trąbki EUSTACHIJUSZA, ucha średniego, krtani, tchawicy, oskrzeli, trudno przypuścić, aby korzyść z jego użycia mogła być więcej aniżeli wątpliwą, albowiem środek ten, aby wywołać miejscowe działanie, musi przejść przez ogólny system krwionośny, a jak najnowsze poszukiwania MUNK'a i SALKOWSKIEGO stwierdziły, więcej niż 50% jego wkrótce po przejściu do krwi podlega przemianie na mocznik. Wreszcie w ostatnich latach dokładne spostrzeżenia poważnych klinicystów, w liczbie których stoją zapisane imiona WEIL'a ¹⁾, JUERGENSEN'a ²⁾, EICHHORST'a ³⁾, nie stwierdziły rzeczywiście dodatniego działania tego przetworu przy wewnętrznym jego użyciu i wartość leczniczą, jako środka wykrztuśnego, poddały bardzo wielkiej wątpliwości.

Z drugiej znów strony, przyznając chlorkowi amonu rzeczywiście leczniczą wartość w przypadkach bezpośredniego działania na błony śluzowe, niektórzy autorowie poczęli próbować wziewań suchej pary, jaka się wywiązuje przy ogrzewaniu tego środka. Atoli wkrótce zaniechano takiego postępowania, albowiem NH_4Cl ulatniając się, jednocześnie, choć wprawdzie w niewielkiej ilości, jednak zawsze rozkłada się na kwas solny i amonijak, co naturalnie, jest rzeczą wcale niepożądaną.

1) Terapija ogólna HOFFMANN'a str. 126 — wydanie Gazety Lekarskiej.

2) L. c.

3) Handbuch der Speciellen Pathologie und Therapie. Vide Behandlung der Bronchitis.

Obecnie znów WALDENBURG, wypróbował działanie wdychań rozpylonych roztworów NH_4Cl , gorąco zachwala użycie tego sposobu, tak przy ostrych, jako też i przy przewlekłych niezżytach dróg oddechowych. Jednak podobne wdychania nie zawsze odpowiadają celowi. Jak bowiem doświadczenie okazuje, środek wdychany co najwyżej dostaje się do dużych oskrzeli, a zatem o leczeniu tym sposobem drobnych oskrzeli, a tem więcej jeszcze pęcherzyków płucnych nie może być mowy.

Wszystkie te ujemne strony wdychań, przynajmniej dłu chlorku amonu, usuwa nowy inhalacyjny aparat VEREKER'a opisany przez D-ra KENDEL FRANKS'a z Dublinu, w artykule „On the use of chloride of ammonium as an inhalation in diseases of the respiratory tract”¹⁾, którego treść posłużyła mi do obecnej pracy.

Aparat VEREKER'owski, na co już sami anglicy narzekają, jest niedogodny i zakosztowny. Mniej kosztowny i daleko prostszy, a oddający też same usługi, co i patentowany inhalator VEREKER'a, można zrobić z trzech butelek ERLNMEYER'a²⁾, z których każda w oddzielności stanowi mniej więcej, tak zwaną strzykawkę. Do takich butelek, połączonych gumowemi rurkami w sposób

podany na rysunku, należy nalewać: do butelki A zwyczajnej wody tyle, aby $\frac{1}{3}$ części butelki była nią wypełnioną; do butelki B kwasu solnego dymiącego [lepszy nieoczyszczony, jako więcej lotny] HCl — HCl i do butelki C roztworu amonijaku NH_4OH — NH_4OH . Gdy chory będzie wciągać powietrze rurką D, to w butelce A wytworzy się względna próżnia, do której powietrze rurką a będzie natychmiast napływać z butelek B i C przez rurki m i n, a natomiast do butelek B i C przy pomocy rurek b i c będzie napływać z zewnątrz, a przechodząc z jednej strony przez kwas solny, a z dru-



1) The Lancet. January 22. 1887.

2) W N-rze XVII „The Lancet, April 23, 1887 D-r TEODOR MAXWELL radzi, aby kosztowny aparat VEREKER'a zastąpić trzema szerokimi w szyjce butelkami i urządzić tak, aby rurki od butelek z kwasem i amonijakiem osobno wchodziły do butelki z wodą, w której para kwasu solnego i amonijaku tak samo dobrze się łączy, jak i po nad nią. Oprócz tego sposobu podaje jeszcze drugi: do szklanej szpryki wolnej od tłoczka wkłada się cztery odpowiedniej wielkości gąbki zwilżone w wodzie. Najpierw kładzie się na spód czystą gąbkę, w pobliżu niej drugą gąbkę oblaną 12-u kropkami dymiącego się kwasu solnego, następnie trzecią czystą gąbkę, a nakoniec czwartą gąbkę oblaną 12-tu kropkami mocnego roztworu amonijaku. Otwór szpryki zatyka się dziurawym korkiem. Takie cygaro, które ironicznie D-r MAXWELL nazywa „patentowanem cygarem“, daje się choremu do palenia i służy tylko na raz jeden. Jak widzimy z powyższego sposób ten jest dość kłopotliwy.

giej przez amonijak nasycać się parą tych cieczy. Tym sposobem w butelce *B* powietrze będzie nasycone kwasem solnym, a w butelce *C* amonijakiem. Pary te, idąc do rurki *A*, łączą się razem i tworzą błękitno-biały gaz NH_4Cl , który przemiywa się w wodzie w butelce *A* i w postaci dymu idzie do rurki inhalacyjnej.

Za pomocą podobnego aparatu KENDEL FRANKS leczy nie tylko nieżyty płuc i krtani, ale nawet nosa, trąbki EUSTACHIJUSZA i ucha średniego i jak nas zapewnia na mocy kilkoletniego doświadczenia, tak ze szpitala jako i prywatnej praktyki wyniesionego, ten sposób wdechań wydał mu znakomite wyniki.

Wskazania do użycia tych wdechań stanowią wszelkie przewlekłe nieżyty i drugi czyli bezgorączkowy okres ostrych nieżytów dróg oddechowych. Co się zaś tyczy oddzielnych części tych dróg, to najznakomitsze wyniki wydało leczenie zastarzałych nieżytów płuc, połączonych z rozedmą i dusznością. Systematyczne wdechania powtarzane dwa lub trzy razy dziennie do pięciu minut, przez ciąg tygodnia lub miesiąca, w zupełności wystarczały, aby usunąć takie nawet nieżyty, które sprzeciwiały się wpływowi wszelkich innych odpowiednich terapeutycznych środków.

Nawet w początkowych okresach suchot gardlanych widziano dobre wyniki tego leczenia, zwłaszcza gdy chory jednocześnie z gazem NH_4Cl wdechał jeszcze pary olejków lotnych, jako to eukalyptolowego lub terpentynowego, co łatwo daje się uskutecznić przez dolanie 4—5 kropeł jednego z tych olejków do butelki z wodą, przez którą gaz NH_4Cl przechodzić musi. Jak wyżej nadmienilem, za pomocą takiego aparatu można leczyć jeszcze nieżyty nosa, trąbki EUSTACHIJUSZA i ucha średniego.

Przy leczeniu nieżytów nosa pamiętać należy, aby chory wdechając ustami wydechał nosem; zaś przy nieżytach trąbki EUSTACHIJUSZA i ucha średniego chory winien zrobić głębokie wdechanie, a następnie zacisnąwszy nozdrza silnie wydechać [sposób VALSALV'Y], wreszcie gdyby ten sposób okazał się niewystarczającym, zastosować można sposób POLITZER'a.

Stosując wdechania należy baczyć, czy czasem stosunki wzajemne pomiędzy kwasem, a amonijakiem nie są naruszone; bowiem, co jest rzeczą naturalną, pod wpływem czasu i użycia stosunki wzajemne zmieniać się muszą, co znowu w następstwie może niekorzystnie wpływać na chorego. Doświadczeniem stwierdzono, że jeżeli amonijak jest zamocny lub też kwas zasłaby, to do gazu NH_4Cl dołącza się w stanie wolnym amonijak i wywołuje nieprzyjemne uczucie w gardzieli, uczucie zbliżone do drapania. W przeciwnym razie, jeżeli kwas jest zamocny lub amonijak zasłaby, to do gazu NH_4Cl dołącza się w wolnym stanie kwas solny, następstwem czego będzie uczucie palenia w krtani i kaszel.

Ze względu na silne powinowactwo, jakie kwas solny i amonijak mają do wody, wydaje się rzeczą nieprawdopodobną, aby pary tych cieczy mogły w swobodnym stanie, jako takie, dołączać się do NH_4Cl . Jednak przerobiwszy cały szereg prób, mianowicie, przepuszczając powietrze to przez sam kwas, to przez sam amonijak, przekonałem się, że powyższa okoliczność może mieć miejsce.

Zdarzyć się może, że lubo stosunki kwasu solnego do amonijaku będą zachowane, jednak pomimo tego do gazu NH_4Cl może raz kwas, a drugi raz amonijak dołączać się w stanie wolnym. Pierwszy przypadek będzie mieć miejsce wtedy, gdy powietrze przeważnie przechodzić będzie przez kwas, a zatem głównie nasycać się parą kwasu. Powyższa okoliczność zdarza się, gdy rurka *b* w butelce *B* jest zamało zanurzoną w kwasie solnym lub też rurka *c* w butelce *C* zadużo zagłębioną w amonijaku, a zatem należy albo zagłębić więcej rurkę *b* lub podnieść do góry nieco rurkę *c*. Drugi przypadek będzie mieć miejsce przy warunkach wprost odwrotnych.

Według FRANKS'a amonijak w aparacie zużywa się tak prędko, że obowiązkowo raz na tydzień, a niekiedy i częściej zmuszony był odmieniał roztwór amonijaku, podczas gdy kwas solny pozostawał bez zmiany przez miesiąc i dłużej.

Powyższej niedogodności tak częstego odmieniania roztworu amonijaku uniknąć można, jak się przekonałem, w sposób bardzo prosty za pomocą kranika *F* [patrz rysunek], który w beczynnym stanie aparatu przez zamknięcie izoluje amonijak od kwasu solnego i tym sposobem zapobiega ich łączeniu się, a zatem odkładaniu się kryształków NH_4Cl na ściankach rurek i zanieczyszczeniu, a nawet zatkaniu takowych.

Aparat, który Panowie widzicie przed sobą, wykonany został według moich wskazań w pracowni optyko-mechanicznej p. BERENTA i PLEWIŃSKIEGO i lubo budowa jego opiera się na tej samej podstawie, co i budowa aparatu VEREKER'a, jednak są cechy, któremi różni się on od ostatniego; modyfikacja polega na następującem:

Aparat VEREKER'a składa się z butelek cylindrycznych, a zatem łatwo przewracających się, które dlatego muszą być umieszczone w odpowiedniej skrzyneczce, do której, dla łatwości przenoszenia aparatu, dorobioną jest rączka. Wszystko to naturalnie zwiększa koszt aparatu. Ten zaś aparat zrobiony jest z butelek ERLNMEYER'a, które mając szeroką podstawę niełatwo mogą się przewrócić, a zatem nie potrzebują żadnych skrzyneczek. Następnie w aparacie tym amonijak nie ma możliwości łączenia się z kwasem solnym podczas stanu beczynnego aparatu, *resp.* nie zużywa się tak prędko, nie odkłada się na ściankach rurek i takowych nie zanieczyszcza, jak to miewa miejsce w aparacie VEREKER'a.

Na zakończeniu nadmienić muszę, że osobiste moje spostrzeżenia, lub takowe obecnie nie są bardzo liczne, w zupełności stwierdzają pomyślny wpływ tych wdechów, o czem szczegółowo, gdy nagromadzi się większa ilość materiału, pomówię.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

31. Prof. Pel [z Amsterdamu]. Tętniaki zatorowe (*Aneurysmata embolica*).

Patologowie angielscy [TUFFNELL, JOHN OGLE, CHURCH] pierwsi wskazali na istnienie tętniaków, powstałych wskutek zatoru (*embolia*).

Dopiero jednak PONFICK zebrał większą liczbę przypadków [około 70], gdzie klinicznie można było przypuszczać, albo anatomicznie wykazać obecność tętniaków, będących następstwem zatoru (*embolia*) przy brodawkowatym zapaleniu wsierdza (*endocarditis verrucosa*). PONFICK i RECKLINGHAUSEN objaśniali powstawanie takich tętniaków w ten sposób, że twarde cząsteczki zwapniałych zastawek ostremi krawędziami mogą uszkodzić ścianę tętnicy i wytworzyć w tem miejscu tętniak.

PEL po raz pierwszy obserwował takiego tętniaka *in statu nascendi*, przy czem sekcja stwierdziła rozpoznanie.

Pewna 20-letnia, zupełnie zdrowa poprzednio, dziewczyna nagle dostała silnych bólów brzucha, mdłości i wymiotów. Badanie wykazało nieznaczne podniesienie ciepłoty [37,6°], częste tętno [100], nacieczenie grzlicze w wierzchołku lewego płucu [znaleziono w płwocinie laseczniki]; prócz tego okazał się przerost serca i szmer skurczowy przy wierzchołku. Mocz był czysty bez białka. Nad pępkiem na 3 ctm. na lewo od linii pośrodkowej wyczuwano guz tętniący, nad którym dawały się słyszeć [bez wywierania ucisku] 2 szmery. Guz ten mógł być przesuwany na lewo albo na prawo przy wywieraniu ucisku i zmianie położenia chorej. W czasie pobytu chorej w szpitalu, zauważono gorączkę typu przepuszczającego, dreszcze i poty. Sprawa płucna postępowała dalej, objawy ze strony serca stawały się coraz widoczniejszymi [przerost serca i szmer].

Do dawnego guza *in epigastrio* przybył nowy, mianowicie w prawym trójkącie pachwinowym (*trig. subinguinale*); chora pewnego dnia uczyła w tem miejscu ból, poczem w parę dni zauważono tu lekkie tętnienie, a przy osłuchiwaniu, szmer rozkurczowy. Następnie w moczu znaleziono krew i białko. Chora gorączkowała coraz silniej, miewała dreszcze wstrząsające i szybko chudła. Na parę dni przed śmiercią wystąpiło porażenie prawego nerwu twarzowego, a niedługo po tem porażenie połowiczne prawe (*hemiplegia dextra*). Choroba cała [począwszy od zjawienia się bólów brzucha] trwała trzy i pół miesiąca].

Kliniczne rozpoznanie było następujące:

1-o *Phthisis pulmonum*.

2-o *Aneurysma art. mesentericae superioris*. Że tętnienie nad pępkiem zależało od tętniaka, dowodem był guz i dwa szmery. Przeciwno tętniakowi aorty przemawiało miejsce i wielka ruchomość guza. Ta ostatnia okoliczność przedewszystkiem kazała przypuszczać istnienie tętniaka tętnicy kręzkowej górnej (*ar. mesenterica sup.*), która będąc dość długą, może się swobodnie poruszać między dwiema blaszkami kręzki.

3-o *Aneurysma art. crur. dext* — widocznie tętniący guz i szmer rozkurczowy.

4-o *Endocarditis acuta. Insuff. valv. mitralis* — Do takiego rozpoznania upoważniały miejscowe objawy fizykalne i objawy ogólne: gorączka, dreszcze, bicie serca, nie mogły zależeć jedynie od sprawy płucnej, która nie była dość rozległą i szybko nie postępowała.

5-o *Embolia multiplex*: nagłe zjawienie się krwi w moczu (*infarctus renum*), porażenie połowiczne (*emb. art. fossae Sylvii*), porażenie nerwu twarzowego (*emb. centri cortic. nervi facialis*).

Powyższe dane rozpoznawcze autor wiąże w następujący sposób: istniejące przypadkowe na prawej stopie owrzodzenie ¹⁾ mogło się stać punktem wyjścia dla zakażenia, które wywołało ostre zapalenie wsierdza z umiejscowieniem takowego na zastawce trójdzielnej. *Endocarditis* ze swej strony może być przyczyną nietylko spraw zatorowych, ale może również wywoływać zatorowe tętniaki. Za takim a nie innym pochodzeniem rozpoznanych guzów, przemawia młody wiek chorej, osoby 20-letniej, dotychczas zupełnie zdrowej, następnie miejsce dla tętniaków niezwykle, nadewszystko zaś nagłość ich powstania.

Inne objawy, jak krwawy moc, porażenie n. twarzowego a następnie porażenie połowiczne, również na korzyść sprawy zatorowej świadczą.

Poszukiwania anatomo-patologiczne najzupełniej stwierdziły wyniki rozpoznania za życia. Sekcja wykazała co następuje: *Tuberculosis pulmonum*, *Endocarditis acuta verrucosa valvulae mitralis*, *Insuff. valvulae mitralis*, *Dilatatio cordis*, *Aneurysma art. mesent. super.*, *Aneur. art. crur. dextrae*, *Embolia art. foss. Sylvii sin.*, *Infarctus multiplices lienis et renum*.

Dość długie [3½ miesiąca] istnienie pierwszego z opisanych tętniaków (*art. mesent. sup.*) może nasuwać myśl o pierwotnem cierpieniu ścian tętnicy. Przebiegając myślą te cierpienia, widzimy, że: 1-o *endarteriitis acuta verrucosa*, opisaną przez LANCEREAUX, zdarza się nader rzadko, a w naszym przypadku przeciwko niej przemawia umiejscowienie sprawy, zatory w innych częściach układu naczyniowego i nagłe powstanie przy klinicznych objawach zatoru, 2-o *endarteriitis tuberculosa (intimae)* zdarzyć się może tylko przy istnieniu gruźlicy prosówkowej, czego w danym przypadku nie było, 3-o *endarteriitis syphilitica* wyklucza się dla braku istnienia innych objawów przymiotu, 4-o *endart. deformans* nakoniec również się wyłącza, ze względu na wiek młody i brak śladów tego cierpienia w całym organizmie.

Tym sposobem jedyne prawdziwe przypuszczenie, zgodne z objawami klinicznymi i badaniem pośmiertnem jest takie, że tak pierwszy, jak a *fortiori* drugi tętniak są pochodzenia zatorowego.

Co się drugiego tętniaka tyczy, to badanie dawnego asystenta PEL'A SPRONCK'a z Utrechtu, wykazało, że zatyczka (*embolus*), pochodząca z narostów brodawkowych na zastawce trójdzielnej, usadowiła się „jak na koniu“ w świetle tętnicy udowej, gdzie od tej ostatniej odchodzi tętnica udowa głęboka. Zatyczka zamknęła zupelnie światło tej ostatniej, nie zupelnie światło tętnicy udowej.

W tem ostatniem miejscu powstało zapalenie ściany tętnicy, które doprowadziło do utworzenia się tętniaka. Zapalenie ograniczyło się nietylko do błony wewnętrznej (*intima*), ale zajęło *mediam*, sprowadzając utratę elastycznych pierwiastków tej ostatniej. Ciśnienie krwi, nie znajdując oporu w elastyczności tętnicy, spowodowało miejscowe rozszerzenie tej ostatniej. Ani w ścianach tętnicy, ani w zatyczce nie znaleziono śladów zwapnienia [co się sprzeciwia przypuszczeniu PONFICK'a]. Do pracy PEL'a dołączoną jest tablica litograficzna, przedstawiająca rysunek makroskopowy tętniaka tętnicy udowej i kilka rysunków preparatów drobnowidzowych ścian tętniaka i samej tętnicy.

(*Zeitschr. für klin. Med.* XII T. 4 Z.)

A. Puławski.

¹⁾ Na jakiś czas przed chorobą u chorej zjawilo się na przedniej powierzchni prawej stopy powierzchowne owrzodzenie wskutek, jak mówiła, noszenia złego obuwia. W czasie przybycia do szpitala owrzodzenie to było pokryte strupem, z pod którego sączyło się trochę ropy.

Do dzisiejszego N-ru Gazety Lekarskiej dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów „Katalog księgarń Wendego i S-ki“ za miesiąc Sierpień i Wrzesień r. b..

Довзголено Цензурою. Варшава, 16 Октября 1887 г. Друк К. Ковалеvского. КрѠлевска. № 29.

Wydawca D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny D-r Wl. Gajkiewicz.

N A J W I E K S Z Y P A R O W Y Z A K Ł A D

M I N E R A L N Y C H N A B U T Ł E K I I S Y F O N Y.

A P T E K A

MAGISTRA FARMACYI

W I N C E N T E G O K A R P I Ń S K I E G O

W W A R S Z A W I E,

ulica Elektoralna N. 39.



Poleca następujące **wina lecznicze**, wyrabiane na maladze wyborowej:

Wino Rabarbarowe czyste pół butelki 2 rsr.

Wino Rabarbarowe z korą chinu królewskiej, pół butelki 2 rs. 25 kop.

Wino Chinowe czyste, pół butelki 1 rs. 20 kop.

Wino Chinowe z żelazem, pół butelki 1 rs. 50 kop.

Wino z Chiną i z Kakao (vin de Bugeaud) pół butelki 1 rs. 50 kop.

N a d t o:

Proszek Rabarbarowy chiński, w pudełkach z odpowiednią łyżeczką, pudełko po 60 kop.—100 kop. i po 120 kop.

Wino Pepsynowe, na winie francuzkiem, białem (z pepsyną wypróbowanej dobroci), jedna część pepsyny na 50 części wina.—Pół butelki 2 rs.

Tamar-Indien, cukierki rozwalniające, mego wyrobu z kwaśnymi daktylami. Jeden cukierek użyty na noc, a najwyżej dwa, sprawiają rano obfite wypróżnienie; pudełko (12 sztuk cukierków) 75 kop.

Tran lekarski oczyszczony, cena względna do cen handlowych

Tran lekarski zwyczajny,

Tran z żelazem, z jodkiem żelaza, z bendżwinianem żelaza, butelka po 1 rs.

Oleum ricini koussinatium comp. Środek wypróbowanej dobroci przeciwko soliterowi, zawiera w składzie swoim pierwiastki: paproci, kouso i korzenia granatu, cena dozy rs. 2.

Uważam za pożyteczne nadmienić, że wyborne działanie Win Rabarbarowych mego wyrobu, przy zatkaniu trzew brzusznych, w cierpieniach hemoroidalnych, w chorobach serca, kongestjach do głowy u osób nerwowych, osłabionych, blednicą i niedokrwiistością dotkniętych, jako też u dzieci do rozwolnienia skłonnych, a na chorobę angielską rachityczną, cierpiących, wielokrotnie stwierdzone zostało.

W. Karpiński.

10—1

U L I C A M I R O W S K A N 3.

D-r TYMOWSKI

jak zwykle tak i tej zimy praktykować będzie

w **SAN REMO**

20—7

D-r Mieczysław Kittel

praktykuje jak zwykle podczas zimy

w **Meranie**

(podczas sezonu letniego w Francensbadzie).

6—5

D-r TEODOR HERYNG

wyjechał na całą zimę do San-Remo.

0—1