

Kronika Lekarska

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

I. Etyologia i leczenie grzybicy (mycosis)

górnego odcinka dróg oddechowych.

Napisał

Dr. JAN SĘDZIAK.

(Praca nagrodzona medalem złotym na konkursie Amerykańskiego Tow. Laryngologicznego i odczytana na zjeździe dorocznym tegoż Towarzystwa w Bostonie w d. 6-ym czerwca r. b.)

(*Ciąg dalszy*).

Pod drobnowidzem przedstawiają się one pod postacią bezbarwnych, lub żółto-brunatnych, okrągłych, lub nieco owalnych komórek 2,5 m. w średnicy, które łączą się najpierw między sobą po 8 sztuk, tworząc małe po kontaktach zaokrąglone sześcianki, a następnie układają się w większe paczki.

Grzybica czworniakowa górnego odcinka dróg oddechowych specjalnego znaczenia nie posiada; objawów też żadnych zwykle nie bywa.

W ogóle w kwestyi powyższej istnieje w literaturze bardzo mało danych, głównie opieramy się na pracy Fischer'a.

III. *Actinomyces* — promienica.

Grzybek promienicy — *actinomyces* — przyczyna sprawy chorobowej, zwanej promienicą (*actinomycosis*), był odkryty w r. 1845 przez Langenbeck'a u człowieka, zaś w r. 1877 przez Bollinger'a u bydła rogatego, gdzie jest pospolitym pasorzytem. Dopiero jednak Israel'owi w r. 1878 przy-

pada zasługa określenia tego grzybka za samoistny gatunek chorobotwórczy dla człowieka, jakkolwiek bowiem niektórzy autorowie (Niessen, Hesse) utrzymują, że cierpienie to zależy od różnorodnych pasorzytów, między innymi od *Cladotrix liquefaciens* (Hesse), to jednak Wolff i Israel, jako też Ponfick i Boström — najlepsi badacze tej sprawy chorobowej, nie zgadzają się z powyższym poglądem.

W ogóle w kwestyi promienicy górnego odcinka dróg oddechowych istnieje dość bogata literatura (przeszło 50 prac), z tych lwią część przypada na Austryę, Niemcy, Francję i Szwecję.

Zarazek promienicy przeważnie przedostaje się z częściami roślin (Bertha), wyjątkowo zaś bezpośrednio od bydła.

Barącz ze Lwowa spostrzegł przypadek, w którym nastąpiło zakażenie z ust mężczyzny chorego na promienicę na błonę śluzową jamy ustnej dziecka podczas pocałunku.

Według tego autora możliwą jest również infekcja za pośrednictwem much. Pierwotna promienica po większej części umiejscawia się w jamie ustnej (wrota infekcyi) w postaci cierpienia zębodołu i to przeważnie szczęki dolnej (Mikulicz), oraz ropnia okołookostnowego (periostitis alveolaris).

Rzadko natomiast promienica rozszerza się przez zęby spróchniałe, prowadząc do ośrodkowej promienicy szczęki.

Również rzadko pierwotnie bywa ropotok zębodołowy (pyorrhoea alveolaris). W dalszym ciągu i w tym to okresie najczęściej widzimy chorych, dochodzi do wytworzenia guza wzgl. ropnia na dolnej szczęce, a niekiedy przetok ze skąpą wydzieliną po pęknięciu samoistnem, lub sztucznem otwarciu ropnia.

Oprócz tego najczęstszego umiejscowienia promienicy w jamie ustnej bywa też pierwotnie zajęty i język (przypadki Hacker'a, Baracza, Fischer'a, Meyer'a, Hochenegg'a i Albert'a, wreszcie Bonnet'a, który w swojej rozprawie z r. 1896 przytacza 5 tego rodzaju przyp.), następnie zaś błona śluzowa policzków — mianowicie w okolicy wylotu przewodu Stenon'a (Partsch).

Na wierzchołku języka tworzy się guz bardzo twarde i mocno ograniczony — wielkości grochu, okazując przytem małą skłonność do rozpadu.

Z jamy ustnej promienica może się rozszerzyć na gardziel: silne obrzmienie łuku podniebiennie-gardzielowego, usianego bladymi guziczkami, mającymi podobieństwo do ropni follikularnych.

Ropień pozagardzielowy na tylnej ścianie gardzieli pochodzenia promienicowego spostrzegał Schlinge.

Co się tyczy migdałów podniebiennych, to mają one podlegać sprawie promienicowej tylko wyjątkowo (Butlin np. ani razu nie widział promienicy migdałków).

W ostatnich jednak czasach ogłoszono cały szereg tego rodzaju przypadków; (Cheatle i Emery, Wright, Thevenet, Ruge, Mikulicz, Didsbury, wreszcie Bonnet), co zdaje się przeczyć powyższemu pogładowi i na co już zresztą zwracał uwagę Israel.

W dalszym ciągu sprawa może się rozszerzyć na krtani chrząstki nalewkowe, oraz struny fałszywe — Müндler, jako też na tylne śródpiersie (mediastinum).

Promienica krtani może powstawać i na innej drodze przez rozszerzenie się sprawy chorobowej z zewnętrznej części szyi na chrząstkę tarczową (Henrici, Koschier, Bernard, Lubliner, wreszcie Müндler).

Pierwotną promienicę przelyku spostrzegał Garde (6 przypadków), wtórna Abbé, zaś jam nosowych de Simoni z Medyolanu.

W ogóle promienica w górnym odcinku dróg oddechowych nie należy do zbyt rzadkich. W literaturze istnieje około 200 ogłoszonych spostrzeżeń tego rodzaju. Niektóre kraje, szczególnie często dotknięte są tą sprawą chorobową (rodzaj epidemii promienicy), mianowicie Austria, na którą przypada prawie połowa wszystkich przypadków — zwłaszcza często cierpienie to spostrzegano na klinice chirurgicznej Alberta w Wiedniu (37 przyp.).

Również często promienica występuje w Szwecyi (33 przyp. Eliasson'a), wreszcie w Niemczech.

Promienicy przeważnie podlegają mężczyźni prawie w dwójnasób, co jest łatwem do zrozumienia ze względu na częstsze przestawianie z bydłem rogatem.

Najczęściej zapadają na promienicę osobniki młode i w średnim wieku (między 10 a 40 rokiem życia): poniżej 10 i powyżej 40 lat cierpienie to rzadko występuje.

Przebieg promienicy jest w ogóle przewlekły, rzadziej podostrawy, wyjątkowo zaś tylko bywa ostry z objawami ropnymi (phlegmone — R o s e r i K a p p e r) wskutek wtórnego zakażenia drobnoustrojami ropotwórczymi i wtedy mogą być zajęte również i gruczoły chłonne (Cheatle i Emery).

Objawy promienicy górnych dróg oddechowych polegają na bardzo zwykle silnych bólach w okolicy sprawy promienicowej — w zębach spróchniałych.

Również często występują gwałtowne bóle neuralgiczne w odpowiedniej połowie twarzy, jakkolwiek niektórzy autorowie (Wright) przeciwnie za znamieny dla tego cierpienia uważają zupełny brak bólów. Zwykle też istnieje mniej, lub więcej wyrażony szczękocisk.

W przypadkach ostrych postaci promienicy może być gorączka, dreszcze, ataki zaduszania i bóle przy łykaniu (Kapper).

Rozpoznanie promienicy górnego odcinka dróg oddechowych po większej części nie przedstawia trudności, z wyjątkiem postaci początkowych z guzowatemi nacieczeniami i wtedy cierpienie to może być pomieszaniem przedewszystkiem z guzami złośliwymi (carcinoma). Przebieg jednak, po większej części przewlekły, silnie wyrażone stwardnienie w sąsiedztwie ogniska promienicowego, miejscami przetoki słabo wydzielające, oraz samo umiejscowienie (po większej części twarz i szyja — Illich), wreszcie gruczoły chłonne, nie zajęte w tem cierpieniu, wszystko to do pewnego stopnia pozwala na postawienie właściwego rozpoznania.

II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Choroby wewnętrzne.

267. H. Sahli. **O istocie krwawiaczki.** (Zeitschr. f. Klin. Med. T. 56, Z. 3—4).

Autor miał możność klinicznego obserwowania 4 przypadków krwawiaczki, należących do trzech różnych rodzin. Szczegółowe badania tych osobników pozwoliły mu na wypowiedzenie szeregu wniosków natury ogólnej, dotyczących tego cierpienia.

Przedewszystkiem, morfologiczne badanie krwi pomienionych osobników wykazało umiarkowane zmniejszenie zawartości procentowej leukocytów neutrofilowych, przyczem przewaga ilościowa pozostała na stronie limfocytów. Ogólna ilość leukocytów była normalną lub zmniejszoną, tak iż stosunkowa mniejszość leukocytów wielojądrowych idzie równolegle do ich zmniejszenia bezwzględnego. Ilość blaszek krwi w dwu przypadkach, jakkolwiek była nieco mniejszą, niż zazwyczaj, nie wykraczała jednak poza granicę normy osobników zdrowych. Przedsiębrane w jednym przypadku określenie alkaliczności krwi o wyglądzie lakowatym (lackfarbene), suchej pozostałości surowicy i badanie obniżenia punktu zamarzania surowicy dały wyniki, właściwe dla krwi normalnej, jak również określanie ilości włóknika krwi. Przeciwnie zaś, ścinanie się krwi wszystkich czterech chorych odbywało się daleko wolniej, niż to bywa normalnie, i to w okresie, gdy ci chorzy nie cierpieli na żadne wynaczynienia. Objaw ten występuje z taką stałością, iż posiada znaczenie rozpoznawcze. Pomieniona różnica najwyraźniej uwydatnia się wówczas, gdy badaniu poddajemy większe ilości krwi. Nieuwzględnienie tej okoliczności tłomaczy do pewnego stopnia dotychczasowe sprzeczne dane o szybkości krzepnięcia krwi w krwawiaczce. Następnie, przyczyna tych sprzeczności tkwi w nieuwzględnieniu wpływu otaczającej temperatury, a przy zastosowaniu określającej metody Vierordt'a — we wpływie szerokości kapilarów do krzepnięcia na czas tegoż. Dla uniknięcia tych źródeł omyłek, należy przy wszelkich określeniach szybkości ścinania się

krwi w krwawiącejce wykonywać jednoczesne próby porównawcze z krwią osobników zdrowych w kapilarach jednokowej szerokości, zaś porównywanie z jakąś stałą niezmienną normą, która, zresztą, wogóle nie istnieje, musi doprowadzać do wyników fałszywych. Oprócz tego, krew należy brać do badania zawsze ze świeżej zupełnie i małej rany klótej i do tego w czasie, gdy chory nie cierpi na krwotoki. W okresie uporczywych krwotoków autor stwierdził, że krew, wyciekająca z uszkodzonego miejsca, ścinała się nadzwyczaj szybko, tworząc na ranie mocny skrzep włóknikowy; krew, otrzymana ze świeżej rany klótej w drugim miejscu ciała, również ścinała się szybciej, niż normalnie, lub co najmniej—z normalną szybkością, co należy uważać za reakcję organizmu przeciw krwawieniu, ponieważ po ustaniu krwotoku znów powróciło zwolnione krzepnięcie krwi. Długotrwałość krwotoków w krwawiącejce, pomimo przyspieszonego w tym okresie ścinania się krwi, należy przypisywać wyłącznie nienormalnym własnościom uszkodzonych ścianek naczyń, wiadomo bowiem, że przy fizyologicznym stanie ustroju uszkodzona ścianka naczynia posiada chemiczną własność naturalnego zatamowania krwotoku—otóż przy krwawiącejce, zdaniem autora, własności tej brak, lub też jest ona zredukowana do minimum: jednym słowem, uszkodzona ściana naczynia dostarcza zbyt małej ilości trombokinazy lub substancji zymoplastycznej, lub wreszcie obu tych składników. Zwolnione krzepnięcie krwi w przerwach pomiędzy krwotokami jest wyrazem powyżej przytoczonej teorii o nienormalnym stanie chemicznym ścianek naczyń, zarówno jak i komórek krwi lub narządów krwiotwórczych. Być może, iż mamy tu do czynienia z ogólną właściwością komórek krwawiączkowego ustroju, odziedziczoną przez plazmę zarodkową. Zwolnione krzepnięcie krwi nie może być uważane za przyczynę uporczywości krwotoków w krwawiącejce, jest ono bowiem własnością krwi, znajdującej się po za naczyniami (extravasculäres), zaś dla zatamowania krwotoku krew powinna się ścinać wewnątrz naczyń, a oprócz tego, wspomniana własność krwi w okresie krwawień nie daje się ujawnić, a nawet zmienia się w kierunku odwrotnym. Samowolne występowanie krwotoków w krwawiącejce, zdaniem autora, można wytłumaczyć w ten sposób, że obok nienormalnego chemizmu ścianki naczynia istnieje nienaturalna jej kruchość lub przepuszczalność, jeżeli przypuścić, że krwotoki

odbywają się per diapedesin. Za pomocą takiej teorii można by również wytłumaczyć przyczynę t. zw. krwawiączki miejscowej, która, według opisu Senator'a i innych, miewa miejsce w nerkach. Jeżeli opisane powyżej cechy swoiste posiadają, oprócz komórek ścianek naczyń i krwi, wszystkie komórki danego ustroju, to, zapewne, łatwo zrozumiałem byłoby już usposobienie do zapaleń stawów i ich przewlekłego przebiegu. Leczenie krwawiączki, jako cierpienia konstytucjonalnego, powinno być oparte na polepszeniu stanu ogólnego, głównie przez dobre i obfite odżywianie, ponieważ, jak uczy doświadczenie, przy wzmocnieniu całego ustroju może nastąpić samowyleczenie krwawiączki. Należy zaznaczyć, że podawanie pokarmów przeważnie roślinnych nie ma żadnej racy bytu w leczeniu krwawiączki, zostało ono bowiem spowodowane przez pomieszanie krwawiączki z gnilcem, niewiadomo czemu.

Przeciw krwotokom, dostępnym dla zabiegów zewnętrznych, zaleca się ucisk i opatrunek z żelatyną — można do tego dołączyć jeszcze uprzednie stosowanie miejscowe adrenaliny, jakkolwiek praktyczna wartość tego środka dotychczas jeszcze nie została należycie wypróbowaną. Co zaś do podskórnego wstrzykiwania żelatyny podczas krwotoku w krwawiączce, to lepiej zabiegu tego unikać. Podawanie żelatyny do wewnątrz, jakkolwiek nieszkodliwe, nie wywiera, prawdopodobnie, żadnego działania. O wartości innych środków wewnętrznych dla zatamowania krwotoku, chlorku wapnia trudno obecnie powiedzieć cośkolwiek pewnego, zupełnie zaś bezpodstawnem jest podawanie ergotyny. Przeciwwskazaniem jest wewnętrzne i podskórne stosowanie adrenaliny. Miejscowe stosowanie chlorku żelaza jest bezcelowem. nierozstrzygniętem jeszcze ostatecznie zostaje pytanie, czy warto stosować miejscowo chlorek wapnia lub ciała zymoplastyczne lub trombokinazę w postaci soków tkankowych lub ich wyciągów. W każdym bądź razie stosowanie tych ciał powinno polegać na wprowadzaniu ich do rozwartych otworów naczyń za pomocą opatrunku uciskającego. Należy jednak przypuszczać, że można osiągnąć wyniki daleko lepsze, nakładając gruby i mocno przylegający opatrunek żelatynowy, ponieważ w ten sposób wprowadza się w otwarte światło naczynia fibrynferment, powstający w ranie nawet przy krwawiączce, wespół z tworzącą się tu również trombokinazą i substancją

zymoplastyczną. Jakiegokolwiek inne, oprócz miejscowego, stosowanie trombokiny i substancji zymoplastycznej byłoby, zapewne, niebezpieczne.

W. Dobrowolski.

268. F. Klemperer. **Przyczynek doświadczalny w sprawie gruźlicy.** (Zeitschr. f. Klin. Med. T. 56, z. 3—4).

Drogą doświadczalną autor stwierdził, że wprowadzanie podskórne żywych laseczników gruźlicy bydłowej w pewnych granicach (0,2—0,35—0,5 (!) cm. sz.) nie działa szkodliwie na ludzi gruźliczych. Stwierdzenie tego faktu daje możliwość spróbowania, czy przez podskórne wprowadzenie laseczników gruźlicy bydłowej nie udałoby się uodpornić człowieka przeciw gruźlicy. Rozstrzygając powyższe pytanie, należy uwzględnić dwa momenty: jakkolwiek zostało dowiedzionem, że laseczniki gruźlicy bydłowej *mogą* być nieszkodliwymi dla człowieka, a nawet prawdopodobnie *saxwyexaj* są takowymi, to nie znaczy jeszcze, aby one *musiały* być nieszkodliwymi. Przypuśćmy, że dzięki szczególnym warunkom — wzmożona złośliwość lub ilość wprowadzonych laseczników, lub wyjątkowa wrażliwość szczepionego osobnika — rozwinęła się gruźlica miejscowa; jakkolwiek w tym wypadku niebezpieczeństwo jest bardzo małe, jednak posiada swoje znaczenie, jeżeli przytem weźmiemy pod uwagę, że chodzi nam o leczenie zapobiegawcze ludzi zdrowych. Z drugiej zaś strony nie posiadamy jakichkolwiek danych i wymiarów osiągniętego przypuszczalnie uodpornienia. A chociaż Möller próbował w śmiałym doświadczeniu, wykonanem na samym sobie, wywołać uodpornienie przeciw gruźlicy, wstrzykując sobie trzykrotnie do żyły laseczniki gruźlicy padalcowej, to jednak nie dowiódł osiągniętego przez to uodpornienia prawdziwego, pomimo, iż w końcu doświadczenia wstrzyknął sobie do żyły złośliwe laseczniki gruźlicy ludzkiej. Już z samej natury rzeczy wynika konieczność istnienia tego braku we wszystkich próbach uodporniania ludzi. Inaczej zupełnie sprawa się przedstawia, jeżeli zastanowimy się nad uodpornieniem nie zdrowych osobników, lecz świeżo zapadłych na gruźlicę. Wówczas ustępują na plan drugi dolegliwości, a nawet ewentualne mało znaczące niebezpieczeństwa szczepienia wobec możliwości dodatniego oddziaływania na istniejącą gruźlicę, zresztą łatwo w tym razie zadecydować o skuteczności szczepień: leczenie wielkiej ilości gruźlików w możliwie wczesnym okresie choroby za po

mocą regularnie powtarzanych wstrzykiwań podskórnych laseczników gruźlicy bydłej powinno wreszcie wyświecić sprawę, czy możliwym jest uodpornienie świeżo zarażonego człowieka, czy też nie.

Celem, do którego dąży autor za pomocą niniejszego artykułu, jest danie pobudki do badań w tym kierunku, które, naturalnie, mogą być przedsiębrane jedynie w odpowiednio urządzonych zakładach pod kierunkiem lekarzy, dobrze wyszkolonych w zakresie bakterjologii i kliniki.

W. Dobrowolski.

269. Riebold. **Przyczynek do badania powikłań skórnych w goścu ostrym wielostawowym.** (Deutsch Arch. f. Klin. Med. LXXXII, 3—4).

Autor opisuje 4 przypadki ze swej praktyki, w których w 2-ch podczas wielostawowego ostrego reumatyzmu wystąpiły na ramionach lub dolnych kończynach nacieczenia wielkości kurzego jajka, czerwone, bolesne przy dotykaniu i bardzo twarde. Po kilku dniach obrzmienia te stają się mniej bolesne. Kolor czerwony ustępuje miejsca żółtemu, potem zielonemu — w końcu nacieczenie wchłania się, pozostaje zaś tylko przez jakiś czas lekka pigmentacja. Oprócz tego obserwował autor u 50-letniej kobiety bezbolesny obrzęk miękkiej, który znikał wraz z zapalnymi objawami stawów; widział też autor podczas ostrego zapalenia stawów, jak bez przyczyny utworzyły się strupy na łokciach po zagojeniu się strupów poprzednio już znajdujących się na kości krzyżowej. Strupy zagoiły się, gdy jednak po 2-ch miesiącach chora zapadła znów na zapalenie stawów, pojawiły się też powtórnie, lecz już na piętach, jeżeli zatem te pierwsze przypisać można było brakowi starania i złemu stanowi ogólnemu (chora przywieziona była do szpitala w opłakanym stanie), to te drugie uważać należy za powikłanie reumatyzmu, gdyż chora miała się zupełnie dobrze, stan ogólny był zadowalniający.

Autor zwraca szczególną uwagę na to, iż cierpienia skóry, o których wyżej były wszystkie symetryczne. Przypomina też autor, że takie powikłania, jak (potówki) *sudamina*, wywołane zbyt niemiernym poceniem się reumatyków, różne rumienie i t. p. były dotychczas znane — te zaś, o których autor pisze — są nowymi objawami, bardziej rzadkimi i dlatego zasługują na bliższe badanie.

Matylda Biehler.

270. Ed. Riechmann. **Uwagi nad mechaniką wykrztuszania** (Zeitschr. f. klin. Med. T. 56, Z. 3—4).

Najważniejszą rolę w wykrztuszaniu, zdaniem autora, odgrywa nie działalność komórek rzęskowych, ani gładkie mięśnie oskrzeli z ich najdelikatniejszymi zakończeniami, ani prężność płuc, ani wreszcie ciśnienie wewnątrzopłucnowe, lecz przede wszystkim ciśnienie wewnątrzplucne (włącznie z wewnątrzoskrzelowem i wewnątrzchawicowem). Przy nagłym wstrząśnieniu głośni ciśnienie to początkowo się wzmacnia i działa wprost wykrztuszająco na masy wydzielinowe tchawicy i większych oskrzeli wskutek wydechanego prądu powietrza, zaś na masy wydzielinowe najdrobniejszych zakończeń oskrzelików i pęcherzyków płucnych — przysysająco wskutek naglej przemiany w wartość ujemną.

D. W.

271. Miller. **Zapalenie przyusznicy powikłanej zapaleniem nerek.** (Med. News 1/IV 1905).

Autor opisuje przypadek, w którym 4-letni chłopiec — podczas zapalenia obustronnego przyusznicy zaczął oddawać niewiele moczu (360 gr. na dobę) — mocz był ciemny, gęsty. Analiza wykazała 5% białka, wałeczki ziarniste, ciałka krwi i leukocyty. W sześć dni potem chłopiec zachorował na odrę, co ujemnie na zapalenie nerek nie wpłynęło, zniknęło ono po 35 dniach; po 11-u miesiącach autor badał mocz tego chłopca i nic nie znalazł. Rzeczą nader ciekawą jest fakt, że chłopiec ten należy do rodziny skłonnej do chorób nerkowych (dziadek i babka ze strony ojca, dziadek ze strony matki zmarli wskutek zapalenia nerek, ojciec dziecka zapadł raz na nephritis e frigore, matka zaś na ostre zapalenie nerek po eteryzacji z powodu operacji).

Obecność białka w moczu jest objawem dość częstym w zapaleniu przyusznicy — właściwie jednak zapalenie nerek jest objawem rzadkim — autor zebrał takich przypadków 29 w literaturze. Zapalenie nerek występuje u dzieci i u dorosłych, zazwyczaj na początku okresu zdrowienia, częściej u chłopców i mężczyzn — zaziębnienie gra tu dużą rolę, zazwyczaj zapalenie nerek trwa 8—10 dni, kończy się wyzdrowieniem. Autor dodaje, że może zapalenie nerek nie jest rzadkiem, częściej bywa nie rozpoznane, dlatego też radzi zawsze w zapaleniu przyusznicy badać mocz, a także

uniknąć zaziębnienia tak podczas samej choroby, jak i w okresie zdrowienia.

Matylda Biehler.

272. Londe. **Bezsilność** (asthenia). (Sem. Méd. № 14. 1905).

Autor zaznacza na wstępie, że zamierza mówić o bezsilności mięśni (istnieją różne, psychiczna np.), należy ją też odróżniać od bezwładu, od niedowładu i od zwątlenia. Bezsilność może być ogólna lub miejscowa — silniejsza lub słabsza subiektywna, np. w infekcyach lub zatruciach chronicznych u neurasteników. Chory czuje zmęczenie, chciałby spocząć, nie może długo stać, chód powolny ciężki, toż samo dzieje się przy bezsilności obiektywnej (podczas ostrego zapalenia otrzewny lub tyfusu), ruchy tu są powolne, wszelkie skurcze mięśni są utrudnione, nawet nie ma siły chory na wydobyć głosu. Czasami bywa podwyższenie ciśnienia krwi, zawsze obniżenie (puls drobny, miękki). Bezsilność można zauważyć i w cierpieniach żołądka (atonia gastro—intestinalis) i zaparciu. Co się tyczy odruchów, to są one albo wzmożone, albo osłabione. Wszystkie czynności odbywają się powolniej.

Przyczyny bezsilności dzieli autor na 4 grupy. Do I-ej należą zakażenia, autointoksykacje i intoksykacje t. zw. affectiones humorales. Do II-ej choroby brzuszne, do III-ej cierpienia centralnego układu nerwowego, do IV-ej newrozy i psychozy. Wiadomą jest rzeczą, jak bezsilni są chorzy po influenzy, przymiocie, malaryi, podczas gruźlicy, w cukrowce moczowej, białaczce, raku i t. p. (I-a grupa). Niemniej bezsilnymi są w chorobie Addisona, cierpieniach kiszek, cholercie, cierpieniach wątroby, nerek; wiemy, jak biegunka podcina nogi — mówi autor — (II-a grupa). Następnie wylicza autor wszystkie cierpienia układu nerwowego centralnego, które połączone są z bezsilnością, — wspominając zaś o newrozach i psychozach, zaznacza, że na największą prawie bezsilność cierpią chorzy dotknięci chorobą Basedowa i płąsawicę Sydenham'a.

Bezsilność bywa czasami pochodzenia mózgowego, częściej zaś trzewiowego, brzuszego lub sympatycznego. Najczęściej dotkniętym jest sympaticus (zapalenie otrzewny, choroba Addisona, influenza, diabetes, enteritis mucomembranosa choroba Basedowa, melancholia i t. p., o czem wreszcie świad-

czą zaburzenia w naczynioruchowych i wydzielniczych narządach.

Doświadczenia robione na zwierzętach (Brown Sequard, François Frank) potwierdziły tylko przypuszczenia co do pochodzenia bezsilności.

Co się tycze bezsilności, którą widzimy u osobników, pozbawionych mózdzku lub osobników, których mózdzek jest uszkodzony, to zachodzi pytanie, czy wypływa ona z uczucia niepewności tych, którzy nie posiadają mózdzku, lub u których jest on uszkodzony, czy też wynika ona z uszkodzenie samego organu. Na pytanie, czy pomiędzy mózdzkiem a nerwem sympatycznym istnieje zależność anatomiczna, która by tłumaczyła ich wspólność, patologicznie i fizjologicznie biorąc — odpowiedzieć można twierdząco. Prawdopodobnie hypotonia opisywana w cierpieniach mózdzku — jest tem samem, co i asthenia, między atonią jednak a astenią istnieje coś innego, niż różnica stopnia, chociaż idzie o te same objawy, w każdym bądź razie obie odznaczają się niedostatecznością kurczenia mięśni bądź to w stanie pokoju (atonia), bądź ruchu (asthenia).

Przykładem bezsilności miejscowej może służyć objaw Erb'a, czyli tak zwańa asthenia bulbospinalis. Bezsilność ogólna może być połączona z miejscową (Lannois, Klippel). Co się tycze mechanizmu bezwładu astenicznego, to jest on nieznanym jeszcze, zdaje się, że istnieje cały szereg stanów przejściowych między zwyczajną bezsilnością, a zupełnym bezwładem, wiadomo wreszcie, że od zaburzenia czynnościowego do uszkodzenia (lesio) istnieje krok tylko jeden. Wycięcie mięśni można określić za pomocą specjalnego przyboru—ergografu.

Co do rozpoznania, to jest ono nader łatwem — ważniejszą jest rzeczą określić przyczynę bezsilności, rokowanie — zależy od tego, kto i kiedy jest dotknięty bezsilnością, w niektórych przypadkach tyfusu, zapalenia otrzewny i t. p. jest ona lepszą, niż stan pobudzenia, w jakim się chory znajduje; spokój, na który dotknięty bezsilnością chory jest skazany, często pozwala odpocząć organizmowi i przygotować się do nowej walki. Bezsilność jest to objaw, który trzeba umieć szanować — w początkach należy najpierw zwrócić uwagę na narządy trawienia i nerw sympatyczny, który bezsilność najczęściej wywołuje, potem można uciekać się do środków wzma-

niających (tonica), co się tycze środków podniecających (stimulans), to można do nich się zwracać tylko w przypadkach ostrej bezsilności.

Matylda Bielher.

273. **Piąta choroba wysypkowa—megalerythema epidemicum.** (Sem. méd. Nr. 18. 1905.)

Do znanych już 4-ch chorób wysypkowych dołącza autor czwartą, o której najwięcej wiedzą i piszą w Austrii i Niemczech. Ma nią być megalerythema epidemicum (o 4-ej chorobie patrz Sem. méd. 1905 r., 145 i 147 str.). Już w 1886 roku zauważył Tschamer w czasie epidemii kuru w Gratzu, że niektóre przypadki różnią się rozmieszczeniem wysypki (szyja i tors swobodne od wysypki), nazwał on chorobę tę örtliche Rötheln (miejscowy kur). W 1891 r. Gumpłowicz opisał 17 przypadków choroby różniacej się od rubeola—Escherich utwierdził autorów w mniemaniu, że choroba ta różni się od kuru; podejrzenie to stwierdziła epidemia zakaźnego rumienia i kuru w Gratzu 1899-go roku. Dopiero w tymże roku Sticker po epidemii, która nawiedziła Giessen i jego okolice, nazwał chorobę tę erythema infectiosum acutum. Odtąd ilość obserwacji zwiększyła się; okazało się, że choroba ta rzadką nie jest i że łatwo można określić jej objawy.

Sticker opisuje chorobę tę w następujący sposób: Rumień występuje najczęściej podczas epidemii różyczki lub odry; zapadają na nią dzieci jednej rodziny lub uczęszczające do jednej i tej samej szkoły; dzieci mają 4—12-tu lat,—czasem chorują i młodsze, kilkunasto-miesięczne. Choroba panuje na wiosnę i w lecie. Okres inkubacyjny trwa 6 — 14-tu dni (Escherich) (różyczki 17 do 24 dni według jednych, 5—6-ciu dni według innych (Plachte). Dzieci mają się skarżyć przedtem na ból głowy, gardła, zmęczenie i t. p., najczęściej jednak występuje wysypka bez okresu zwiastunów; — wysypka nawet bywa często jedynym objawem choroby, przyczem zajęta bywa tylko skóra, nigdy lub bardzo rzadko błony śluzowe. Wysypka występuje na twarzy, bez bólu lub uprzedniego swędzenia, pod naciskiem palca znika kolor czerwony. Podbródek i przestrzeń około ust pozostają blade, na policzkach czerwoność się zlewa, (wygląda, jak gdyby dziecko miało wypieki). Koło uszu zmniejsza się nacieczenie i czerwoność, kończąc się nierówną linią. Czasem znów zjawia się

wysypka pod postacią oddzielnych, ograniczonych plam (plama grudkowata). Środek obrzęknięty, wzniesiony; idąc ku obwodowi, obniżają się brzegi. Wysypka trwa od 24 — 48-iu godzin, pozostawiając szare zabarwienie skóry, które też znika, ponieważ zaś wszystkie plamy jednocześnie przechodzą tę zmianę regresywną, przeto cała skóra powraca do zwykłego zabarwienia naraz, bez wszelkiej pigmentacji i blizny. Podczas, gdy wysypka na twarzy przechodzi przez te różne okresy, podobna wysypka ukazuje się na kończynach (idąc od początku kończyn, tak, że nogi i ręce pokryte są wysypką na samym końcu). Plamy zajmują większą część kończyn, — są większe, niż na twarzy (jak moneta rublowa lub dłoń), kontury są jasno zarysowane. Podczas okresu regresywnego plamy przybierają różnorodne formy. Środek plamy spłaszcza się, jaśnieje, otoczony jest czerwonym paskiem jakby girlandą, która się coraz zęża, jest jakby powycinana w ząbki i w końcu znika. Skóra przypomina mapę geograficzną (*cutis marmorata*). Na piersiach i plecach niema wysypki, lub też ogranicza się do kilku plam. Wysypka znika w tym samym porządku, w jakim się pojawiła. Po za tem niema objawów stałych — język może być obłożony lub nie, gruczoły nie są nabrziałe, łącznice nie są czerwone, niema ani kaszlu, ani kataru, ani gorączki; w sercu też nic anormalnego.

Prócz tej zwykłej formy rumienia zakaźnego opisał Pospischill jeszcze 2 rodzaje: jeden przypominający szkarlatynę (*scarlatinois*), a drugi odrę; to też dlatego radzi autor połączyć te 3 formy (*erythema infectiosum*, *scarlatinois* i *morbillois*) pod ogólną nazwą *exanthema variabile*. Wszystkie te formy, według Sticker'a, mogą być obserwowane u tego samego osobnika na różnych częściach ciała jednocześnie lub też w różnych okresach choroby. Wogóle choroba trwa 6 — 10-ciu dni, — należy jednak zwrócić uwagę, że pod wpływem niektórych przyczyn, jak rozcieranie kończyn, wystawianie chorego na słońce, silne ćwiczenia fizyczne, może nastąpić recydywa.

5-a choroba może wystąpić sama lub w czasie epidemii odry lub różyczki — ma jednak tyle swoistych objawów, że łatwo da się odróżnić od znanych już chorób wysypkowych. Autor radzi tylko ze względu na charakter wysypki nazywać chorobę wyżej opisaną nie *erythema infectiosum acutum*, lecz *megalerythema epidemicum*. Chorobę tę łatwo odróżnić od

różyczki, zważywszy lokalizację i charakter wysypki; w kurze też zajęte są gruczoły, ciepłota bywa też podwyższona, co się tycze odry, to łatwo odróżnić tę ostatnią ze względu na zajęcie błon śluzowych; ze szkarlatyną choroba ta nie ma nic wspólnego; inaczej się ma ze scarlatinois, ale i tu łatwo przyjść do postawienia rozpoznania (brak gorączki, zajęcia gardła i t. p.) Po przejściu wysypki pozostaje tylko łuszczenie. Co się tycze pseudo-szkarlatyny epidemicznej, to odsyłamy czytelników do Sem. med. 1905 r., str. 145 i 147 i refer. w Kronice.

Pozostają choroby skórne;—otóż, łupież różowy (pityriasis rosea) połączony jest z silnem swędzeniem (wysypka tak samo wygląda, jak przy erythema), ma charakter chroniczny, nadto bywa na twarzy i nie objawia się w formie epidemii. Łatwo też odróżnić wysypki po różnych lekach (wywiady, lokalizacja, rozwój choroby, charakter nie epidemiczny). Co zaś do erythema exsudativum polymorphe—Hebry, to występuje on głównie na rękach i nogach, stan ogólny jest ciężki; ciepłota miejscowa obniżona (Kaposi), gdy tymczasem miejsca, gdzie znajduje się megalerythema, są gorące. Rokowanie dobre—powikłań nie należy się obawiać; chory powinien pozostać w mieszkaniu tak ze względu na izolację, jak i na fakt, że wczesne wyjście i ruch są szkodliwymi, ułatwiają re-cydywę, a także powikłania ze strony stawów (obrzęk stawu kolanowego, nóg i t. p.)

Terapii niema żadnej.

Matylda Biehler.

II. Z Kongresu radiologii.

Berlin, od 30 kwietnia do 3 maja 1905 r.

274. Znaczenie radiologii i radioskopii przy stawianiu rozpoznania.

Radiografia i radioskopia oddały nam wielkie usługi w szczególności w chirurgii — możemy dziś postawić rozpoznanie najmniejszego pęknięcia, złamania lub zwichnięcia kości.

Grastey z kliniki Augerer'a w Monachium pokazywał nawet kliszę, na której doskonale widać było sella turcica — co ułatwia znakomicie rozpoznawanie guzów przysadki mózgowej. Robinson i Werndorff z Wiednia zapoznali obecnych z nową metodą, ułatwiającą badanie stawów, a w szczególności ścięgna. Metoda polega na prześwietlaniu takich stawów, do których zastrzyknięto pewną ilość tlenu czystego (jest to operacja nieszkodliwa, jeśli ją robić według zasad aseptyki). Na prześwietlaniu skorzystała też ogromnie ortopedyka. Joachimsthal z Berlina pokazał cały szereg klisz, na których można było śledzić zmiany, jakie zachodziły przy bezkrwawem ortopedycznym leczeniu wrodzonego zwichnięcia kości biodrowej. Prześwietlanie ułatwia znajdowanie ciał obcych, kamieni w pęcherzu i kanałach żółciowych, nerkowych, należy tylko być ostrożnym, by za obce ciało nie wziąć cienia rzuconego przez jakiś narząd. Promienie X ułatwiają rozpoznanie w cierpieniach płuc (w gangrenie — pozwalają rozpoznać zapalenie gruczołów naokoło oskrzeli i ich zmiany (zwapnienie, zwyrodnienie serowate i t. p.).

Immelman z Berlina przedstawił też cały szereg klisz, które pokazują, że prześwietlanie pozwala określić wielkość serca i dużych naczyń, co ułatwia rozpoznanie hipertrofii, rozszerzenia (dilatatio) tętniaków itp. Rieder z Monachium pokazywał negatywy, przedstawiające gastroenteroptosis. Na kliszach tych mamy żołądek i kiszki w różnych pozycjach (po przyjęciu płynów, zawierających bizmut). Metoda ta pozwala na badanie ruchów robaczkowych tych narządów i znajduje zastosowanie przy stawianiu rozpoznania uchyłka, przełyku lub żołądka.

Obecny stan radioterapii raka.

Jedno całe posiedzenie kongresu poświęcone było tej kwestyi. Lassar z Berlina kładzie głównie nacisk na zgubne następstwa, jakie może mieć zastosowanie promieni X. dla pacyenta, w szczególności, jeśli idzie o twarz, radzi też leczyć promieniami poważniejsze cierpienia, takie zaś, jak nadmierny porost włosów, brodawki itp. powinny być leczone, jak dotychczas. Dobre wyniki otrzymał Lassar przy leczeniu za pomocą promieni X nabłoniaków, raków i sarkomatów: w niektórych przypadkach nastąpiło zupełne wyzdrowienie, w innych tylko polepszenie, w innych znów zmniejszyły się tylko znacznie bóle.

Unger z Berlina twierdzi, że promienie działają na raka piersi tylko na głębokości 5 milim. i pokazuje preparaty drobnowidzowe; otrzymywał autor tylko polepszenie, nigdy wyleczenia nie było, bóle znikają w wielu przypadkach. Harot i Bouchacourt z Paryża leczyli raka szyjki macicy za pomocą promieni i otrzymali znaczne polepszenie, Belot nie radzi nigdy doprowadzać do radiodermatitis, Albers Schonberg z Hamburga cytuje fakt wyleczenia sarkomatu czaszki (demonstracje klisz przed i po leczeniu). Wohlgemouth podaje przypadek raka piersi wyleczonego nie radykalnie, gdyż zjawily się gruczoły pod pachą. Ze wszystkich podanych faktów wynika, że nabłoniaki skóry, a także sarkomaty skóry mogą być wyleczone; co się tyczy raków głębokich, to te powinny być jak najwcześniej rozpoznane i operowane, tylko przypadki nie nadające się do operacji (inoperabile) i recydywy mogą być poddawane radioterapii — wszakże z pewną ostrożnością. Na wniosek Hennecart'a z Sedanu, zważywszy, iż promienie X źle działają na jądra i jajniki, postanowiono, że stosowanie tychże promieni powinno być robione tylko przez lekarzy (prawo podobne istnieje we Francji). Specjalna komisja postanowiła też nomenklaturę tej nowej gałęzi nauki złączyć z nazwiskiem genialnego wynalazcy — tak tak więc będą wyrazy: Röntgenologia, Röntgenoskopia, Röntgenogram, Röntgenoterapia, Röntgenizować itd.

M. B.

III. WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

275. Haberer. **Przyczynnik do leczenia zapalenia wyrostka zę szczególnem uwzględnieniem trwałości wyników.** (Archiv f. klin. Chirurgie, Tom 76, zeszyt 1 i 2).

Bardzo ciekawe są wyniki, które otrzymał autor przy ponownem zbadaniu przypadków operowanych w czasie między napadami. Ze 199 operacji między napadami żadna nie zakończyła się śmiercią chorego. 96 przypadków mógł autor później ponownie zbadać. Przy tem okazało się, że nie mniej, jak 40 chorych miało mniejsze lub

większe dolegliwości, które objawiały się to, jako ciężkie do zwalczania zatrzymanie stolca, to jako silne bóle, które wcale nie ustępowały tym, jakie chorzy mieli przed operacją. Z drugiej zaś strony duża ilość nieoperowanych przypadków okazała się potem zupełnie zdrową, tak że jest zupełnie wątpliwem, czy należy każdemu choremu, który miał tylko jeden napad, radzić zaraz poddać się operacji międzynaopadowej.

W. B.

276. **Leczenie meningitis cerebrospinalis** jodem i jego solami znane jest już od dawna (R u h e m a n n); pisano już o tem kilkakrotnie (Sem. méd. 1894, str. 196; r. 1895, str. 409; r. 1900, str. 414 i r. 1903, str. 364). Obecnie stwierdzono, że jodek sodu również daje dobre wyniki. R u h e m a n n dawał 13-letniemu chłopcu, którego uważano za straconego, wobec groźnych objawów (konwulsje, sinica, stan tyfoidalny, hemiplegia) 3 razy dziennie po pół łyżki stołowej $\frac{1}{60}$ roztworu jodku sodu w wodzie; zaraz po pierwszej dawce stan ogólny się poprawił; nazajutrz temperatura opadła, ból głowy ustąpił, po kilku dniach zniknęły rigiditas nuchae, oraz skurcze mięśni. Po 15 dniach leczenia nastąpiło zupełne wyzdrowienie.

M. B.

(Sem. méd Nr. 18, 1905).

277. **Podskórne zastrzykiwania surowicy chinowej** w ciężkich przypadkach zimnicy stosował wojskowy lekarz Malafone. Zastrzykiwań zrobił autor 3000, przyczem nie zauważył żadnych zaburzeń, tak miejscowych, jak i ogólnych; leczył 100 chorych na malarję, przytem 3 chore, mające gorączkę połogową. Do zastrzykiwań używa autor fizyologicznego roztworu soli z 2% chinin. bichlorat.; 250 ctm. sz. płynu zawiera 0,5 chininy. Dr. Galenga nie zastrzykuje nigdy roztworu silniejszego nad 5%, najczęściej używa 2% (patrz Sem. méd. z r. 1900, str. 86), także sposób postępowania dr. Malafone bardzo przypomina dawkowanie Galenga. Nie należy zastrzykiwać w jedno miejsce (w biodro lub udo) nigdy więcej naraz, jak 10 cc. (25 cc. roztworu 2% zawiera 0,50 chininy, t. j. tyle, ile zawiera 1 cc. roztworu 50%). We wszystkich przypadkach otrzymał autor doskonałe wyniki.

(Sem. méd. Nr. 18, 1905).

M. B.

278. Toupet i Lebret. **Leczenie węglika zapomocą wstrzykiwań lipiodolu** (Gazette des hôpitaux 7 Marca 1905 r.).

Jak wiadomo, jodyna działa przy zakażeniu węglikowem swoisto, jako specyfik. Autorowie w jednym przypadku węglika na czole (rozpoznanie było postawione zapomocą badań bakteriologicznych) zastrzyknęli na około takowego 4ctm³ czystej nalewki jodowej; sam węgiel wypalili doszczętnie i oprócz tego zastrzykiwali, aby działać ogólnie, dziennie 5ctm lipiodolu (jest to oliwa jodowa) do mięśni pośladkowych. Zastrzykiwali oni przez 7 dni bez najmniejszych ubocznych objawów. Autorowie wyrachowali, że 420 kropeł nalewki jodowej odpowiada 1 ctm³ tej oliwy jodowej. Obszerne zniszczenie ogniska septycznego przez stosowanie rozpalonego żelaza i wprowadzenie nalewki jodowej do wszystkich zakażonych ognisk, ma się rozumieć, ogromnie się przyczynia do wyleczenia węglika i w bardzo ciężkich przypadkach; do tego przyłączyło się i działanie lipiodolu, który z jednej strony zapobiega zakażeniu krwi, a z drugiej strony wywołuje, że obciążona jodyną krew, na miejscu węglika, niepozwalala drobnoustrojom, znajdującym się tam, przenikać głębiej i więcej się rozwijać. Mały zatem tutaj do czynienia z ogólnem i miejscowem działaniem. Ogólne działanie może jedynie w bardziej rozwiniętych przypadkach węgliku wstrzymać zakażenie. Oprócz przypalania nalewką jodową i rozpaleniem żelazem, stosowali autorowie antyseptyczne opatrunki z sublimatu, z wody utlenionej i t. d.

W. B.

279. Hepp. **Lecnicze działanie naturalnego soku z żołądka świni w niewydolności żołądka.** (Gazette des hôpitaux, Nr. 25, 1905 r.).

Otrzymuje się sok żołądkowy zapomocą przetoki; przedtem oddziela się żołądek od przelyku w miejscu wpustu. Wypustu nie zamyka się, tak, że żołądek, jak w stanie uormalnym, wydziela swe soki, które potem mogą splywać dalej do kiszki. Tym sposobem otrzymujemy fizjologicznie czysty sok żołądkowy, który, jak wykazały badania autora, wzmacnia działalność gruczołów chorego żołądka nie przez wolny kwas solny, ani przez pepsynę, jeno przez jakiś trzeci, jeszcze niezbadany, składnik. Działa też sok żołądkowy bardzo prędko nawet czasami po użyciu pierwszych dawek; widoczne zaś polepszenie następuje za ledwie po upływie 10, najdalej 14 dni; daje go się łyżkami stołowymi podczas jedzenia. Autor porównywa działanie tego soku z działaniem soku nerki w zapaleniu nerek.

Stosowanie soku żołądkowego świńskiego, który jest zupełnie nieszkodliwy, jest wskazane szczególnie w ciężkim zapaleniu żołądka, połączonem ze zmniejszonem wydzielaniem kwasu solnego, w przewlekłym rozwolnieniu, w żołądkowych zaburzeniach ssawców, podczas ich odzwyczajania od piersi i u chorych na gruźlicę. Wcale nie działa ten sok w tych przypadkach, gdzie cierpienie żołądkowe jest połączone z anatomiczną zmianą błony śluzowej żołądka, jako to w raku żołądka, pädatrophia w ostatnim okresie, i gdzie mamy do czynienia z zaburzeniami w krążeniu krwi, które zawsze wykluczają normalną działalność błony śluzowej żołądka, tak, że wprowadzony sok żołądkowy nie może wcale wywierać swego dobrego wpływu. *W. B.*

280. Rahn. **Leczenie glistnicy robaczkowej za pomocą Gujásanolu.** (Müncb. med. Wochenschr. Nr. 16, 1905).

Gujasanol jest to kwaśna sól Diäthylglykokoll-Guajakolu, która bardzo łatwo się rozpuszcza, ma przykry ostry smak i zapach i pomimo to wcale nie szkodzi błonom śluzowym, gdyż używa się go obecnie przeważnie do przepłukiwania nosa. Wedle zdania autora, Gujasanol działa swoisto na glistnicę robaczkową. Używa autor u dorosłych 4—5% roztworu, a u dzieci 2—3% i postępuje następującym sposobem: Odbytnicę wymywa się za pomocą irygatora słabym roztworem mydlanym 150 ctm³ dla dorosłych, dla dzieci wystarcza połowa, to jest 75 ctm³. Roztwór ten powinien być ciepłym i przebywać w odbytnicy około minuty. Zaraz potem przepłukuje się taką samą ilością roztworu Gujásanolu, która powinna być utrzymana w odbytnicy 3—5 minut, najlepiej leżeć na boku lewym. Tak się postępuje przez trzy dni co wieczór bez najmniejszych trudności lub przykrości dla chorego. Autor zapisuje Gujásanol już gotowym do użycia, mianowicie:

Rp. Gujásanoli 12,0—15,0, Aq. destill. ad 450,0

MDS. Rozdzielić na trzy części i co wieczór wlewać jedną część do odbytnicy, jako ławatywę.

Dzieciom, ma się rozumieć, zapisuje się połowę. Roztwór mydlany łatwo przygotować sobie w domu i to już odrazu na trzy dni. W tym celu rozpuszcza się w półbutelce od wina ciepłej wody przez mieszanie kawałek weneckiego mydła, wielkości orzecha włoskiego.

Gujásanol w wielu przypadkach usunął na dłuższy czas tym sposobem, tak przykrą, glistnicę robaczkową. W każdym razie po

upływie kilku miesięcy autorowi nie udało się znaleźć ani śladu takowej, pomimo ścisłego szukania. *W. B.*

281. Wesenberg. **Jothion.** (Ther. Monatshefte, Nr. 4, 1905).

Jothion jest to preparat jodowy, który się świetnie nadaje do zewnętrznego użycia. Chemiczną nazwę nosi on Dijodhydroxypropan i przedstawia się w postaci żółtawego olejowego płynu, który miesza się z oliwą w stosunku 1:1 $\frac{1}{2}$, a z wyskokiem eterem, chloroformem, benzolem, wazeliną i lanoliną w każdym stosunku. Jothion zawiera 79—80% jodu.

Badania autora wykazały, że jothion wsysa się przez skórę, mniej więcej 50%. U niektórych osób z bardzo wrażliwą skórą wywołuje nierozcięnczony jothion po wcieraniu czasami lekkie palenie, które się łatwo usuwa przez rozcieńczenie w oliwie, wazelinie lub lanolinie. Zaburzeń żołądkowych i po dłuższym użyciu nie zauważono. *W. B.*

282. Saalfeld. **O leczeniu przedwczesnego wypadania włosów.** (Therap. Monatshefte, Nr. 4, 1905 r.).

Przedewszystkiem należy, jak można najwcześniej, rozpoznać chorobę. Pierwszym okresem przedwczesnego wypadania włosów jest skrócenie włosa; aby to rozpoznać, należy przez trzy dni następujące zbierać wypadające włosy podczas rannego i wieczornego czesania i (przy noszeniu długich włosów) oddzielać od krótszych włosy dłuższe, niż 16 ctm. Gdy takim sposobem się przekonamy, że ilość krótszych włosów wynosi trzecią część wypadniętych włosów, to mamy do czynienia z cierpieniem włosów. Jeżeli się nosi krótsze włosy, to należy oddzielić włosy strzyżone od tych, które mają jeszcze nietknięte końce; ilość tych ostatnich powinna wynosić piątą lub czwartą część ogólnej liczby, wypadniętych włosów; gdy się nosi włosy długości 11—13 ctm. Jako przyczynę wypadania włosów bardzo często znajdujemy brak tłuszczu, wywołany przez częste mycie głowy. Nadmiar tłuszczu bardzo rzadko się spotyka. Przy nadmiarze suchości i przy łupieżu należy najpierw takowe usunąć, myjąc głowę mydłem dziegiowym, a potem daje się środki do usunięcia suchości i łusek. W ostatnim czasie autor stosował z dobrym wynikiem Tannobrominę i poleca następująco:

Rp. Tannobromini	1,0	albo	Tannobromini	1,0
Vasellini flavi	29,0		Bals. Peruviani	2,0
			Adipis colli equini ad	30,0

dalej Acidi salicyl.	0,5	albo	Acidi salicyl.	0,5
Tannobrom.			Tannobrom.	
Lact. sulfur.			Thigenoli	
Tinct. cantharid. ana	1,0		Tinct. cantharid. ana	1,0
Paraffini liquidi	2,0		Ol. Rosarum gut I	
Ferton ad	30,0		Medullae ossis bovin. ad	30,0

Jedną z tych maści naciera się trzy razy tygodniowo wieczorem. Głowę należy potem ochronić czapeczką. Przy jasnych włosach nie należy zapisywać tannobrominy—opuścić ją w jednej z wyżej podanych recept! Przy nadmiarze wydzielania się tłuszczu zapisuje się tannobrominę w wysokowym roztworze; przytem wywiera dobry skutek i dodanie tigenolu, mianowicie:

Rp. Tannobromini

Thigenoli ana 2,5—5,0

Spirit. diluti ad 100,0.

W. B.

283. Dopter. **O miejscowem stosowaniu surowicy przeciwbłoniczej.** (Bulletin médicale, Nr. 25, 1905).

Za pomocą tak zwanych pastylek Martin'a, które są zrobione z surowicy przeciwbłoniczej, udało się autorowi w 72 przypadkach usunąć w przeciągu najdalej 5 dni drobnoustroje, bardzo rzadko trwało to dłużej, występowała sprawa wyjątkowo. Chory powinien co godzina jedną pastylkę rozpuszczać w jamie ustnej, niepowinien jej gryźć i nie powinien płukać ust, aby tym sposobem nie rozcieńczyć surowicy. Takie miejscowe stosowanie surowicy ma dwie dobre strony: popierwsze dla chorego, gdyż chroni go, jak się zdaje, od paraliżu podniebienia i skraca czas izolacji; po drugie dla szpitali i dla zakładów publicznych dla biednych, zmniejsza wogóle ilość dni choroby. Gdy się znajdują drobnoustroje w jamie nosowej, to należy pastylkę sproszkować i za pomocą rozpylacza wdmuchnąć do nosa, gdzie surowica może tym sposobem na każde miejsce swoisto działać. Jeżeli nie ma się pod ręką pastylki Martin'a z surowicy przeciwko błonicy to można użyć Methylenblau. W każdym razie autor gorąco poleca do dalszych badań i stosowań w praktyce te pastylki, gdyż dają one świetne wyniki.

W. B.

284. Lemoine. **O leczeniu uporczywego nieżyty nosa.** (Bulletin médic. Nr. 14).

Do leczenia uporczywego nieżyty nosa poleca autor założenie ropnia ustalonego (Fixationsabscess) za pomocą zastrzyknięcia podskórnego olejku terpentynowego w ilości 1,0—2,0 do uda, najlepiej

z zewnętrznej strony. Podczas epidemii influenzy autor obserwował 18 przypadków uporczywego nieżytu nosa, połączone z ogromną dusznością; 9 chorych, leczonych gorącymi kąpielami, upustem krwi i tak dalej, umarło, gdy z dziewięciu innych, którzy otrzymali zastrzyknięcia olejku terpentynowego, 6 wyzdrowiało; u trzech, którzy przy tem leczeniu umarli, wedle mniemania autora, zrobiono zastrzyknięcie zapóźno. Ten sposób leczenia wywołuje ogromne bóle, dla tego autor poleca zastosowanie tylko w ostateczności.

W. B.

285. Schiff. **Nieoperacyjny sposób leczenia przybłoniaka.** (Wiener medic. Presse, Nr. 14).

Najpewniejszy, i dla tego najidealniejszy, sposób leczenia przybłoniaka jest operacyjny, szczególnie, gdy weźmiemy pod uwagę, że nie zawsze możemy postawić pewne rokowanie co do dobroci lub złośliwości guza.

Zdarzają się przypadki w praktyce, że chory ze względów kosmetycznych nie zgadza się na operację. W takich przypadkach oddaje świetne usługi przypalanie kwasem arsenikowym (1—2,5 na 100 eteru i wysokoku), gdyż nie pozostawia najmniejszej blizny i daje zadowalniające wyniki. Szczególniej nadają się do tego przypalania kwasem arsenikowym: keratoma senile, przybłoniak na tle verruca seborrhoica i rogu skórnoego i wogólności przybłoniak z kulami nabłonkowemi (Perleptheliom). Co się zażytyczy leczenia promieniami Roentgena, to jeszcze nie jest rozstrzygnięte, chociaż w niektórych przypadkach daje niezłe wyniki. Kombinacya leczenia kwasem arsenikowym i promieniami Roentgena daje bardzo często dobre wyniki.

W. B.

Kronika bieżąca.

Kol. Radziwiłłowicz, Jakimiak, Chełchowski i Maciesza (Płock) otrzymali dymisyę z zajmowanych stanowisk ordynatorów szpitali.

Zmarli: Dr. Leon Szelągowski, dnia 26 sierpnia, w Warszawie.

Redaktorzy: Dr. Med. Otton Hewelke i Dr. Józef Zawadzki.

Wydawcy: Dr. Med. Otton Hewelke, Dr. Konstanty Sierpiński i Dr. Józef Zawadzki.

KROWIANKA OSPA OCHRONNA

w Warszawie, Daniłowiczowska 8. Telef. 528.

Inst. D-ra Tchórznickiego.

Nowe katalogi ilustrowane franco.

WIELKI WYBÓR

Narzędzi Chirurgicznych

najnowszych wynalazków we wszystkich działach chirurgii
najtaniej w składzie fabrycznym

J. JODŁOWSKIEGO

Marszałkowska 144, róg Rysiej.

Zamówienia listowne załatwiane są odwrotną pocztą.

Nowe katalogi ilustrowane franco.

**I Choroby nosa, jego zatok,
oraz jamy Nosogardzielowej.**

II Choroby jamy ustnej, gardzieli i przełyku

z licznymi rysunkami są do nabycia po rub. 2 i 3 (studen-
ci za pół ceny) u autora-wydawcy

D-ra JANA SĘDZIAKA—Erywańska 10.

Głos Lekarzy

dwutygodnik, poświęcony sprawom zawodowym lekarskim, deontologii
lekarskiej i zagadnieniom z zakresu medycyny społecznej.

Wychodzi we Lwowie pod redakcją *D-ra Szczepana Mikołajskiego*
i licznego grona współpracowników.

Przedpłata roczna wraz z przesyłką pocztową: 6 koron, 6 marek,
3 ruble.

Adres redakcyi i administracyi:

Lwów ul. Śniadeckich, 6.