

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE
POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,
FARMACYI I WETERYNARYI.

Cena Gazety Lekarskiej. W Warszawie: rocznie r. sr. 5, półrocznie r. sr. 2 kop. 50. W Królestwie i Cesarstwie: w redakcyi (w opasce) rocznie r. sr. 6, półrocznie r. sr. 3; w redakcyi i na poczcie (w kopertach) rocznie r. sr. 7, półrocznie r. sr. 3 kop. 50.

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. W redakcyi półrocznie (od 1 lipca 1869 do 1 stycznia 1870 r.) r. sr. 10; od początku wydawnictwa do 1 stycznia 1870 r. sr. 48.

Cena Kalendarza Lekarskiego na rok 1870 r. sr. 1.

TREŚĆ: Prace oryginalne. Ropień w jamie opłucnej (*empyema sinistrum*); przebicie klatki piersiowej (*thoracocentesis*); wyzdrowienie. Spostrzeżenie z praktyki prywatnej Dra *Erlickiego*. Całkowite podokostne wypłowanie stawu łokciowego prawego (*resectio subperiostealis totalis cubiti dextri*) z powodu próchnienia kości (*olenarthrocace*); wyzdrowienie z przywróceniem zupełnej używalności kończyny. Przez Prof. *Girsztowta*. (Ciąg dalszy i dokończenie). **Kronika Zagraniczna.** O inbacyach i użyteczności tej metody leczenia. Przez Dra *Langowskiego*. (Ciąg dalszy i dokończenie). **Wiadomości bieżące.** O kwasie jednochlorooctowym. Przez Dra *H. Fudakowskiego*. Assystenci klinik Ces. Uniwersytetu Warsz. Nowi doktorowie. Od redakcyi. **Dodatek.** Historia szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie, (str. 237—252). Przez *Juljana Bartoszewicza*. (Ciąg dalszy). — Histologii i Histochemii arkusz 64-ty, Anatomii patologicznej arkusz 24, Farmakognozyi Tomu II-go arkusz 18-ty, 19-ty, 20-ty, 21-szy i 22-gi, Chirurgii teoretycznej Tomu II-go arkusz 12 (z tablicą chromolitografowaną).

Ropień w jamie opłucnej lewej (*empyema sinistrum*); przebicie klatki piersiowej (*thoracocentesis*); wyzdrowienie.

Spostrzeżenie z praktyki prywatnej Dra *Erlickiego*.

W dniu 9 września bieżącego roku (1869), zgłosił się do mnie Andrzej L....., włościanin ze wsi Budy-Kierz, 14 wiorst od Wyszkowa położonej zamieszkały, prosząc o poradę lekarską.

Badając poprzedni stan jego zdrowia dowiedziałem się, że w całym życiu raz tylko chorował przed 12 laty, choroba ta była gorączkową — leżał wtedy przez dwa miesiące. Dopiero 11 maja b. r. idąc piechotą do Częstochowy, zmuszony był na jednej ze stacyi spać na gołej ziemi; po przebudzeniu się zaraz doznał dreszczu w całym ciele parę godzin trwającego, wraz z kaszlem suchym, męczącym. Nie zważając na to szedł dalej; w parę dni przystąpił ból kłujący w lewym boku. Wtedy już tak znacznie był osłabiony, iż piechotą nie mógł wracać z podróży; przyjechał zatem do domu koleją, położył się do łóżka i przepędził w niém około 2ch tygodni, poczem zrobiło mu się lepiej; — kaszel jednak i ból w boku zupełnie nie ustały. W tym stanie przebył do połowy sierpnia, wtedy gdy wyszedł raz w nocy na chłodne powietrze, roz-

grzany wprzód w pokoju, kaszel i ból w lewym boku daleko silniejsze powróciły, poprzedzone dłuższym jeszcze dreszczem, jak to po raz pierwszy miało miejsce. Przecierpiawszy tak jakiś czas, gdy nie doznał żadnej ulgi po użyciu zwykłych domowych leków, przybył do mnie w dniu wyżej oznaczonym.

Przy obejrzeniu go znalazłem co następuje: zgrzybiały starzec, lat 70 liczący, wzrostu dobrego, wychudzony do najwyższego stopnia, oczy w dół zapadłe z wyrazem apatyi; skóra żółtawo-ziemistego zabarwienia, z licznymi po całym ciele fałdami; głos cichy, przytłumiony, jakby z pod ziemi wychodzący; osłabienie tak znaczne że bez pomocy nie jest w stanie utrzymać się na nogach. Duszność w wysokim stopniu. Przy oddychaniu zdaleka już słychać rozmaitego rodzaju rżenia. Puls mały, miękki, 100 uderzeń na minutę. Temperatura mało podwyższona. Język mocno podsychnięty, ku podstawie brudno obłożony, na końcu znacznie zaczerwieniony i ostry. Apetyt żaden, pragnienie znaczne, stolców codziennie bywa kilka rozwolnionych. Kaszel częsty, męczący, w nocy przykrzejszy, więcej suchy jak w dzień. Plwociny nie zachował, dla tego tym razem nie mogłem jęj widzieć. Ból w lewym boku w znacznym stopniu, obecnie już nie kłujący a więcej charakteru tępego. Leżeć choremu najlepiej na lewym boku; przewrócenie na prawy przyprawia go o większą duszność; to samo ma miejsce przy leżeniu na wznak, gdy pod głową nisko. W głowie nieustanny zawrót. Ćmienie w oczach i szum w uszach chwilami tylko występują.

Przy opukiwaniu klatki piersiowej, w siedzącym położeniu chorego, znalazłem od tyłu po lewej stronie tępość odgłosu, zlewającą się bez żadnej różnicy z tępością śledziony i dochodzącą przy stosie kręgowym do 8go żebra w górę. Kierując się ku przodowi, linia tej tępości zniżala się, bo nie przechodziła górnej granicy śledziony (9-te żebro w linii pachowej średniej). Opukując tę samą tępość gdy chory zmieniał położenie z siedzącego na leżące, szła ona nieco wyżej. Przy opukiwaniu granic serca — znalazłem go nieco zepchniętym ku prawej stronie. Wątrobę znalazłem w granicach normalnych. Osłuchiwanie wykazało w całych płucach oddech pęcherzykowy, zaostrowany, z licznymi rżeniami, po lewej stronie więcej śluzowymi, po prawej suchymi; rżenia te były mieszane i grube i drobne, nieco mniej liczne po stronie prawej tak od przodu jak i od tyłu. W miejscu tępości oddech absolutnie niesłyszalny. W témże samym miejscu odstępy międzyżebrowe widocznie były wypukłone i drżenie głosu czy przy słuchaniu (*resonantio*), czy przy trzymaniu ręką drżenie samych ścian klatki (*fremitus pectoralis*) żadne. Nakoniec chory uskarżał się na dreszcze, co dzień pod wieczór ponawiające się od dosyć długiego czasu, po których czuje znaczne rozpalenie głowy i całego ciała.

R o z p o z n a n i e choroby było nader łatwym w tym razie; i zważywszy na tępość, na niesłyszalny w jęj miejscu oddech, na brak rezonancyi głosu i drżenia klatki piersiowej, wreszcie, na wypuklenie odstępów międzyżebrowych, nie ulegało najmniejszej wątpliwości, że mam do czynienia z p ł y n e m z a w a r t y m w l e w é j j a m i e o p ł u c n é j. Zważywszy w dalszym ciągu znakomite wycieńczenie chorego, nieustanny stan gorączkowy z podsychniętym, czerwonym na końcu językiem, ciągłym rozwolnieniem i co-

dziennemi exacerbacyami, więcj skłonny byłem plyn ten przyjąć za ropiasty jak za surowiczy.

R o k o w a n i e, głównie ze względu na starość i stopień wyniszczenia chorego, robiłem bardzo wątpliwem.

Co się tyczy l e c z e n i a, to odrazu powziąłem myśl przebicia klatki piersiowej i wypuszczenia płynu. Z tém wszystkiem środek ten zostawiłem sobie jako ostateczny, a obecnie przepisałem choremu *vesicans* wielkości stopienia i zaleciłem trzymać ją tam przylepioną do naciągnięcia pęcherza. Do wewnątrz przepisałem lekki środek wykrztuśny: *Rp. Inf. rad. cephaelidis e gr. Vjj, pti ʒ V, Syr. altheae ʒ β. M. D. S.* Co 2 godziny łyżkę. Nadto zaleciłem dyetę ścisłą, rosółek, kleik, po trochu wina starego. Wreszcie kazałem mu bezwarunkowo pozostać w łóżku aż do przyszłej wizyty. Chory odjechał.

Drugi raz przybył do mnie w dniu 17-ym września i znalazłem wszystko bez żadnej zmiany. Miejsce po wezykatoryi zagojone. Chory zapewniał mnie, że po użyciu lekarstwa miał się o tyle lepiej, iż kaszel był mniej męczący. Jeszcze raz przepisałem mu to samo lekarstwo i w ciągu dni kilku kazałem przysłać po siebie furmankę.

W dniu 25-ym września rano, pojechałem do mieszkania chorego. Stan był opłakany. Osłabienie doszło już do tego stopnia, że nawet na łóżku nie może się ruszać bez obcej pomocy. Wypróżnienia stolcowe częstsze jak wprzód; noce spędza bezsennie. Kaszel co dzień większy, przykrzejszy, duszność znaczniejsza. W innych znakach nie znalazłem różnicy od pierwszego zbadania.

Obecnie uznałem już za niewłaściwe dalsze wyczekiwanie i postanowiłem bezwzględnie przystąpić do przebicia klatki piersiowej. Chorego z wielką trudnością przeniesiono na krzesło, tak, aby powierzchnia tylna i boczna lewej strony klatki piersiowej była ku mnie zwróconą; — wtedy po nasmarowaniu trójgrańca, średniej wielkości, w oliwie, wybrałem do przebicia po lewej stronie punkt najznaczniejszego wypuklenia. Punkt ten znalazłem między 11 a 12-ém żeblem, na trzy centymetry ku tyłowi, licząc od linii pachowej tylnej i tu jednem pchnięciem wbiłem trójgraniec. Po wyjęciu sztyletu przez pozostałą rurkę, zaczęła nadzwyczaj drobno wypływać ropa gęsta, biało-żółtawa bez żadnego zapachu (*Pus bonum et laudabile*).

Dla ułatwienia wyjścia téj ropy zaleciłem choremu przechylenie się ku lewej stronie i raz po raz zmieniałem położenie rurki wpychając ją nieco głębiej, to znów wysuwając cokolwiek ku zewnątrz. Ropa z temi samemi cechami wychodziła przeszło dwie godziny do podstawionej umyślnie miski. Po tym czasie ilość jój znacznie się zmniejszyła, to téż dla tego jak również przez wzgląd na chorego, którego to niedogodne położenie przyprawiło już kilka razy przez ten czas o zemdlenie, — rurkę wyjąłem. Otworu jednak nie zalepiałem, pozostawiając go ziejącym, by jeszcze resztki ropy w jamie klatki piersiowej pozostałe mogły swobodnie odpłynąć.

Chorego kazałem przenieść na łóżko i zaleciłem mu leżenie na lewym boku. Ilość wyszłej ropy zmierzona, dochodziła dwóch kwart.

Chory natychmiast doznał ulgi, duszność i ból zmniejszyły się. Odjeżdżając zaleciłem, na okolicę szarpią opatrzzonego otworu po trójgrańcu, przykładać ciepły kataplazm z lnianego siemienia dla ułatwienia odpływu ropy i przeszkodzenia zasklepieniu się otworu.

Nazajutrz kazałem sobie dać znać.

Na drugi dzień, to jest 26-go września przybyła do mnie żona operowanego z relacją i powiedziała mi, że ropa odpływała po trochu ciągle, aż do dzisiejszego dnia; że nad ranem już zaczął się pokazywać płyn rzadki jak woda, nieco tylko szaro-zielonawo zabarwiony, bez zapachu (*serum*); że ilość jego jest bardzo małą, bo zaledwie kiedy niekiedy tylko wysącza się po kropli. Że chory spał całą noc bardzo dobrze, pokastując cokolwiek zaledwie co parę godzin. Że ból w lewym boku czuje jeszcze, ale bez porównania mniejszy jak wprzód. Że od operacji do chwili, w której ona wyjechała był tylko trzy razy na stolcu. Że nakoniec apetytu jeszcze żadnego nie ma, — ból głowy i szum w uszach tak samo jak wprzód czuje, a choć jest nieco rańniejszym, wszakże osłabienie jeszcze bardzo znaczne pozostało. Dreszczów wczoraj na wieczór nie miał.

Zaleciłem kataplazm ciągle jeszcze robić, w łóżku leżeć, dyetę pożywną i lekko strawną zachować, — przytém stare wino węgierskie po trochu, a kilka razy na dzień popijać. Wreszcie zaleciłem, by mi za kilka dni o stanie chorego znać dano.

Drugiego października sam chory znacznie na siłach wzmocniony przyjechał do mnie. Znalazłem go lepiej odżywionym, z normalnym zabarwieniem skóry; głos zwykły, duszności żadnej, kaszlu żadnego. Apetyt dobry, stolec codzieln jeden, stan bezgorączkowy. Rana po przebiciu trójgrańcem zagojona; odstępy międzyżebrowe, wprzód wypukłone normalne. Oddech w miejscu dawnego stępienia, którego obecnie nie ma ani śladu, wyraźny, pęcherzykowy, bardzo mało zaostrzony. Ból głowy jeszcze w małym stopniu pozostał, sen jednak bardzo dobry. Obecnie tylko chory skarży się, że ma pewną trudność w oddawaniu moczu i lekki przy tém ból kłujący w samym dole brzucha. Zaleciłem mu, po powrocie do domu wziąć parę ciepłych kąpiel i robić takież okład z płótna maczanego w gorącej wodzie na okolicę odpowiadającą położeniu pęcherza moczowego; w dyecie zaś odżywczej nie ustawać, używać szczególnie starego wina węgierskiego, mléka, jaj i tęgiego rosołu.

Dnia 5-go października zawiadomiono mnie, że kąpiele usunęły ból w pęcherzu i trudność w oddawaniu moczu i że obecnie pacjent czuje się być zupełnie zdrowym, chociaż nie tak silnym jak dawniej.

Ostatni raz miałem sposobność widzieć tego chorego w dniu 5-tym listopada. Tak znacznie utył, iż zrazu nie mogłem go poznać. W téj chwili skarżył się, iż tak dużo musi jeść, że finanse jego mocno na tém cierpią.

Z wypadku tego najważniejszy ten da się wyciągnąć wniosek, że i wiek podeszły i wycieńczenie w najwyższym stopniu nie powinny odstraszać od

operacji przebicia klatki piersiowej i wypuszczenia z niej płynu i że w takich nawet okolicznościach operację tę przedsięwzięjąc, możemy liczyć na znakomitą jej skuteczność.

Całkowite podokostne wypiłowanie stawu łokciowego prawego (*resectio subperiostealis totalis cubiti dextri*) z powodu próchnienia kości (*olecrarthrocace*); wyzdrowienie z przywróceniem zupełnej używalności kończyny.

Przez Prof. Girsztowta.

(Ciąg dalszy i dokończenie ¹⁾).

Oprócz powyżej opisanego przypadku mieliśmy sposobność wykonać wypiłowanie stawu łokciowego 13 razy, mianowicie: 1 raz obydwóch stawów (*utriusque cubiti*) ²⁾, z powodu przewlekłego ich zapalenia (*olecrarthrocace*), 4 razy pojedynczego całkowitego stawu (*res. totalis*), téż z powodu zapalenia chronicznego i ropienia w stawie, 3 razy z przyczyny drażącój rany postrzałowój (*vulnus sclopetarium penetrans*) i zmiżdżenia kości, 1 raz z powodu rany stłuczonój (*vul. conqussatum*), 4 wypiłowania częściowe w następstwie próchnienia i zgorzeli kości, i 1 raz przy kostnój sztywności (*anchylosis ossea*) w celu przywrócenia czynności kończynie. Z téj liczby wyzdrowiało z odzyskaniem czynności kończyny 10, umarło 2 (z posocznicy), jednemu zrobiliśmy następną amputację ramienia (wyzdrowiał), u jednego zaś wytworzyła się sztywność stawu w położeniu zgiętném kończyny.

Ze spostrzeżeń nad temi operowaniami porobionych wyprowadzamy następane praktyczne wnioski:

1) **C o d o s p o s o b u o p e r o w a n i a:** mając na względzie wyprostowywanie przedramienia po operacji, oraz jak najmniejsze zniszczenie narzędziami chirurgicznymi części miękkich, otaczających staw, jak niemniej łatwość uwolnienia nerwu łokciowego (*n. ulnaris*) z rowka między kłykciem wewnętrznym ramienia, a wyrostkiem łokciowym, z wielkiój liczby sposobów operowania (płatowe, łukowate), oddajemy pierwszeństwo sposobowi **L a n g e n b e c k'a**, zwracamy tylko uwagę, że wykonanie jego wymaga wielkiój wprawy. Sposób ten, jak wiadomo powszechnie, polega na zrobieniu pojedynczego cięcia podłużnego na tylnej stronie stawu, na wewnętrznym brzegu wyrostka łokciowego (*olecranon*) i na zachowaniu w całości połączenia ścięgna mięśnia trójgłowego ramienia (*m. triceps brachii*) z powięzią (*aponeurosis*) przedramienia, okoliczność, która najbardziej wpływa na zdolność czynności ręki (wyprostowanie) po wypiłowaniu łokcia. W tym celu po zrobioném cięciu, skrobaczką (*raspatorium*) starannie oddzielamy od wyrostka łokciowego przyczep mięśnia trójgłowego ramienia, następnie dochodzimy do kłykcia ramienia wewnętrznego (*condylus internus*), między którym a wyrostkiem łokciowym (w rowku) leży nerw łokciowy, uwalniamy ten ostatni z rowka wraz z pochwą,

¹⁾ Patrz Nr. 1 i 5 Gaz. Lek.

²⁾ Dr. F. S o m m e r. O wypiłowaniu stawu łokciowego. Warszawa. 1864, str. 140 i nast.

częściami miękkimi i okostną i odciągamy w stronę. Potem rozdzielamy połączenie kości ramieniowej z kością promieniową (*radius*), obnażamy kość ramieniową i na granicy cierpieniem wskazanej odpiłowujemy ją, nareszcie tymże sposobem usuwamy końce kości przedramienia. Tak postępując w naszych przypadkach zachowaliśmy nienaruszonymi mięsień trójgłowy, nerw łokciowy i oszczędziliśmy od zmiążdżenia okostną, co znakomicie wpłynęło i na przywrócenie utraconych funkcji i na odrodzenie się kości.

2) Co do pooperacyjnego leczenia: bezpośrednio po operacji układaliśmy przedramię pod kątem prostym do ramienia i natychmiast unieruchomiliśmy w tym położeniu za pomocą okienkowego, gipsowego przyrządu nieprzemakającego, *Mitscherlicha*, albo też dawaliśmy położenie kończynie pod kątem tępym (130—140 stopni) i utrzymywaliśmy w tym położeniu kończynę nieruchomą za pomocą żłobka drucianego, potem stosowaliśmy zwykle miejscową kąpiel ciepłą (*immersio, balneum perpetuum*). W szczęśliwych razach po 3—4 tygodniach, jeszcze przed zabliznieniem rany zaczynaliśmy już ostrożne biernie ruchy, które następnie, gdy bólów nie sprawiały, chorzy sami wykonywali. Kiedy mianowicie trzeba zacząć wykonywanie biernych ruchów trudno oznaczyć, zależy to od przestrzeni wypiłowanej kości, od stanu ogólnego odżywiania i od prędszego lub powolniejszego zablizniania się rany. Czas całkowitego leczenia trwał od 5 tygodni do 10 miesięcy.

3) Co do przestrzeni, jaką z końców kości stawowych łokcia bez szkody dla czynności kończyny wypiłować można: pod tym względem ogólnego pravidła ustanowić niepodobna; dawniej sądzono, że *maximum* jest trzy cale, które z przeciwległych końców kości razem wziętych usunąć jest dozwoloném, praktyka jednak pokazała, że po wypiłowaniu 4—5 cali z każdej kości z osobna, czynności kończyny, jakkolwiek w mniej doskonałym stopniu, były przywracane. Wiadomo, że po rezeceji łokcia, mamy, co do używalności przyszłej kończyny, trzy główne zejścia: mniej więcej swobodne ruchy, (staw fałszywy włóknisty) sztywność i zupełną nieużywalność kończyny (*Schlottergelenk*) z powodu zupełnego niepowiązania w staw końców kości; prawdopodobnie, jedno z tych zejść nie tyle zawisło od przestrzeni wypiłowanych kości, ile raczej od pooperacyjnego leczenia, czyli od zaczęcia wykonywania ruchów biernych. Nie ulega wątpliwości, że pozostawienie nienaruszonymi przyczepów (*insertio*) mięśni dwugłowego ramienia i ramieniowego wewnętrznego nie jest bez wpływu na większą lub mniejszą zdolność zginania kończyny; z drugiej strony zwrócić musimy uwagę, że jednemu ze studentów b. naszej akademii lekarskiej z powodu rozszczepienia się kości (*fissura sclopetaria longitudinalis*) wypiłowaliśmy więcej jak połowę prawego ramienia i po dwa cale z kości przedramienia, pomimo to ruchy w fałszywym stawie łokciowym o tyle są dzisiaj możebne, że pacjent nasz może pisać, podnosić łyżkę do ust i zdejmować czapkę, operowaną kończyną.

4) Co do cząstkowego wypiłowania stawu: Jeżeli z trzech kości wchodzących do składu stawu łokciowego jedna albo dwie cierpią,

a reszta pozostaje nie naruszoną, czy robić wypiłowanie całkowite lub cząstkowe? Zdania pod tym względem są rozdzielone: jedni chirurgowie (Stromeyer, Esmarch, Macleod, Lotzbeck), sądząc, że kości na małej przestrzeni wypiłowane sprowadzają sztywność, a zatem nieużywalność kończyny, cząstkowe wypiłowania (*resectio partialis*) odrzucali, zalecając dla uniknięcia tego przykrego zejścia wykonywać zawsze całkowite wypiłowania, to jest wycinać nawet końce stawowe kości zdrowych; jeżeli jednak zwążywszy, że sztywność nie od przestrzeni kości wypiłowanej, ale od nie w porę rozpoczętych ruchów biernych powstaje, zdanie to upaść musi i cząstkowe wypiłowania, przy których rany, jako z mniejszą utratą substancji powiązane, prędzej się goją, pożądańsze są od całkowitych.

5) Jakkolwiek staramy się zawsze przy operacji zachować w całości nerw łokciowy, nie możemy jednak nie zwrócić uwagi na spostrzeżenie Pirogowa, że przy nerwie tym przeciętym, a nawet zmiażdżonym, poszarpanym, nie widział on ani razu naruszenia innerwacji (*paralysis*) dwóch ostatnich palców chorąg ręki.

6) Co do czasu wykonania wypiłowania: kwestya co do czasu wykonania operacji może być tylko rozbieraną przy świeżych obrażeniach stawu, ale pod tym względem niema jeszcze ustalonego zdania. Jedni (Senftleben, Ochwaldt, Stromeyer, Esmarch, Macleod, Legouest) obawiając się rozwoju ostrąg ociekliny ropnej (*oedema acutum purulentum*, Pirogow), radzą wykonać wypiłowanie o ile można najwcześniej, t. j. przed zaczęciem się zapalenia (*resectio primaria*); drudzy znówu polegając na spostrzeżeniu, że przy rozwoju zapalenia okostna łatwiej się oddziela, zalecają późniejszy okres operowania (*resectio secundaria* Langenbeck, Neudörfel, Demme, Lücke). Przy cierpieniu chronicznym stawu (*olenarthrocace*), przy nowotworach w końcach stawowych kości uciekamy się zwykle do operacji po wyczerpaniu wszystkich innych środków do zwalczania tych chorób zalecanych; przyjąć jednakże możemy za prawo, że w obec próchnienia kości czym wcześniej je usuniemy, tym lepsze otrzymamy rezultaty, bo odżywianie ogólne w krótszym stosunkowo czasie choroby, mniejszemu ulegnie zaburzeniu.

7) Porównawcze zestawienie wyników odjęcia i wyłuszczenia ramienia z wynikami wypiłowania stawu łokciowego: w obec zbyt wielkiego zniszczenia części miękkich, albo też spustoszenia kości stawu na rozległej przestrzeni częstokroć jako ostatnia ucieczka pozostaje tylko albo odjęcie ramienia (*amputatio humeri*), albo też wyłuszczenie przedramienia (*exarticulatio antibrachii*). Jedna i druga z tych operacji, nie mówiąc już, że chorego na zawsze robią kaleką, odnośnie do zachowania życia gorsze nie równie od rezekeyi stawu dają rezultaty. Tak np. gdy śmiertelność po odjęciu ramienia wynosi od 62—33%, po wyłuszczeniu kończyny ze stawu łokciowego od 48—25%, tymczasem po rezekeyi tego stawu wśród najgorszych okoliczności nigdy nie przewyższyła 31%, a zwykle dochodzi

do 22, a nawet do 12^o/_o. Okoliczność ta widocznie przemawia za wypitowaniem stawu, i usprawiedliwia ogromnie częste w ostatnich czasach wypitowania łokcia i coraz radsze odjęcia ramienia lub téż wyłuszczenie ze stawu łokciowego. Prawda, operacja ta wykonywa się już od roku 1794 (M o r e a u), ale właściwie szerzyć się zaczęła tylko od roku 1834, a obecnie stała się już prawie codzienną przez każdego umiejętnego chirurga wykonywaną i to nie tylko w praktyce szpitalnej, ale i na polu bitwy. Rzeczywiście jest to jedna z najwdzięczniejszych operacyj tak dla chorego, jak i dla chirurga i przynosi prawdziwy zaszczyt nowoczesnej chirurgii.

KRONIKA ZAGRANICZNA.

O Inhalacyach i użyteczności téj metody leczenia.

Według dzieła Dr. L e v i n'a, (*Die Inhalations-Therapie etc.*) z dodatkiem własnych spostrzeżeń.

Przez Dra Langowskiego.

(Ciąg dalszy i dokończenie). ¹⁾

B a r t h e z w szpitalu dziecięcym, cztery wypadki krupu za pomocą inhalacji taniną leczył i następującą o nich daje wiadomość: roztwór użyty do inhalacji zawierał od 5 do 10 procent taniny, posiedzeń w 24ch godzinach bywało od 8 do 20, a każde trwało od 15 do 20 minut. Zastanawiające jest działanie środka na błony fałszywe: oddech stawał się spokojny i wolniejszy, napady uduszenia znikaly. Pomimo to dwoje dzieci umarło w skutek zatrucia ogólnego.

Dr. S a l e s-G i r o n s ubolewa że po wyprobowaniu środka tego przez T r o u s s e a u, B a r t h e z nie użył jakiego innego, tem więcej że znaną jest większa łatwość rozpuszczania się fałszywych błon w kwasie octowym, saetrze i alkaliach. Jeżeli kwasy nie-tyle zalecają się do inhalacji, to alkalia w połączeniu ze środkami ściągającymi powinny zasługiwać na uwagę.

3ci wypadek *Anginae membranaceae*, traktowany wdychaniami taniny bardzo często powtarzanemi, był pomysłniejszy. Z początku pierwsze 3 dni, choroba była umiejscowioną i jakby dalszych nie robiła postępów, poczem widocznie było polepszenie prowadzące do zupełnego wyzdrowienia.

4ty wypadek krupu w 1 okresie z zajęciem migdałów, podniebienia miękkiego i języczka przez fałszywe błony. Kaszel, głos ochryply, prawie żaden. Inhalacje taniną, na 4ty dzień zupełne wyzdrowienie.

Prof. Z d e k a n e r w Petersburgu podaje kilka obserwacyj szpitalnych i z prywatnej swój praktyki, które świadczą o skuteczności wdychania roztworu półtoro-chlorka żelaza w krwotokach płucnych. Płyn do tego użyty, składał się z 5j półtorochlorku żelaza i 5vj wody przekroplonej; połowa téj mieszaniny była dostateczną do zatamowania krwotoku.

L i n g e n i W i s t i n g h a u s e n ²⁾ wolnopraktykujący lekarze w St. Petersburgu, również podają ciekawe spostrzeżenia co do inhalacji. Pierwszy cytuje 38letniego urzędnika z gruźlicą, u którego krwotoki płucne do 3ch funtów naraz dochodziły. Wszelkie użyte środki były bezskuteczne, dopiero inhalacje *Liquoris ferri sesquichl.* z 9j. na 5jj, wstrzymały krwotok zupełnie, przez co stan ogólny chorego znacznie się poprawił. Dr. W i s t i n g h a u s e n przytacza 3 historye chorób, a mianowicie: 1-ą piętnastoletniej panny

¹⁾ Patrz Nr. 23 Gaz. Lek.

²⁾ Petersb. medicin. Zeitschrift. 1862, 17. H. s. 137 i 129.

z matki suchotnicy, która po długim katarze kanałów oddechowych, dostała rozedmy (*emphysema*) obydwóch płuc z astmatycznymi przypadłościami. Liczne tak wewnętrzne jak zewnętrzne środki, kuracje u źródeł Weilbach, Ems i Salzbrunn nie przyniosły oczekiwanego skutku; dopiero w skutek zalecenia przez Prof. E c k inhalacyi *Solut. arsen. Fowleri* od 10 do 20 kropli na $\bar{5}$ j wody, dwa razy dziennie, przy używaniu do wewnątrz *arg. nitr.* od $\frac{1}{20}$ do $\frac{1}{4}$ grana, cztery razy dziennie, astma zupełnie ustała i pomimo ostrój zimy i zmiennój pogody wiosennej, więcej nie wróciła. Chora w ciągu kuracyj $\bar{5}$ jv Sol. Fowl. użyła w inhalacyach bez złych następstw. Po czem dostawała inhalacje z X gran taniny na $\bar{5}$ j a w końcu *Extr. Turion. Pini*.

Dwie drugie historye dotyczą chronicznego zapalenia krtani z kaszlem i chrypką. W obydwóch wypadkach zalecone były inhalacje z wody Ems Kränehen, a po 3-ch tygodniach, zupełne nastąpiło polepszenie.

Z niemieckich lekarzy pierwszemu Dr. F i e b e r należy się zasługa wprowadzenia inhalacyi jako środka terapeutycznego. Będąc lekarzem praktykującym w Wiedniu, wiele artykułów tak oryginalnych jako też tłumaczonych z francuzkiego podawał do tamiecznych pism publicznych.

Ciekawe są jego własne obserwacje podane *in Wiener med. Wochenschrift 1862, Nr. 40, S. 631*. Opisuje on wypadek gruźlicy z krwią-pluciem i mocnym kaszlem u 28io letniego mężczyzny, gdzie po inhalacyach z makowca i ałunu znaczna nastąpiła poprawa. *W Allg. Med. Central-Ztg 1862 N. 51*, u 4letniej dziewczynki z kokluszem, po inhalacyach z *sem. Hyoscyami* zupełne wyleczenie. *W Wiener Med. Halle, 1862, N. 33, S. 313*: Mężczyzna 48-letni, długi czas cierpiący na katar krtani, tchawicy i zupełną utratę głosu; po inhalacyach z makowca i cynku, nastąpiło zupełne wyleczenie. *W Allgem. Wiener med. Zeitung, 1862 N. 17*, u 46-letniego chorego na *Bronchorrhoea c. dyspnoea i Emphysema pulmonum*, inhalacje z *Zinc. sulphur*; zupełne wyleczenie. *W Allg. Wiener. med. Zeitung 1862 N. 21*: Kobieta 27-letnia z silném zajęciem kataralném oskrzeli, po inhalacyach z makowca i *sem. Hyoscyami* prawie zupełnie wyleczoną została. *W Revue médicale, 1862, 15 Juli* opisuje granulacje na tylnej ścianie polyku, za pomocą inhalacyi z taniny i ałunu zupełnie usunięte. Prócz powyższych obserwacyj, Dr. F i e b e r piśmiennie komunikował Drowi L e v i n swoje uwagi co do inhalacyi w krupie. Z 15 wypadków inhalacyj taniną w ilości $\bar{5}$ j na 20 $\bar{5}$ wody co 3 godziny po 5, 8 i 10 minut, $\frac{2}{3}$ uratowane zostało. Tu autor nadmienia, że sprawdzał wszystkie w tym względzie doświadczenia Dra B a r t h e z i przekonał się, że zdanie jego w niektórych razach różni się ze zdaniem francuzkiego obserwatora a mianowicie: Dr. B a r t h e z powiada, że fałszywe błony pod wpływem taniny, po brzegach zawiązują się, by tym sposobem oddzielać się mogły; gdy tymczasem D. F i e b e r nigdy tego nie widział a zauważył, że fałszywe błony przy ciągłym działaniu taniny, jakby rozpuszczały się — a to stopniowo tak postępuje, że pomimo nie dostrzeżenia ich śladu, przy odpluwaniu, jednakże organ cierpiący przeświecać zaczyna zdrową błoną śluzową. Również ciekawe i nauczające są spostrzeżenia Dra F i e b e r, co do skuteczności półtoro-chlorku żelaza w krwotokach płucnych.

Jedna z wielu przez niego przytoczonych historyj, zasługuje więcej na uwagę: pewien 30-letni mężczyzna cierpiąc od dawna na gruźlicę, nagle przed 6iu tygodniami zapadł na mocny katar oskrzeli i tak obfite wyplwanie krwi, że co chwila życie zostawało w niebezpieczeństwie. Najdoświadczeńsi lekarze miejscowi używali wszelkich środków do wewnątrz, lecz na próżno. Przywołany Dr. F i e b e r, widząc bezskuteczność przepisanej solucyi półtoro-chlorku żelaza \bar{O} jj na \bar{U} jj woły do wewnątrz, zastosował ją do inhalacyi w aparacie S a l e s-G i r o n s. Z początku zalecał 15 razy tylko odetchnąć i to w 3ch odstępach po kwadransie czasu. Takie posiedzenia były dwa na dzień, czyli razem 30 odetchnięć. Następnie przeszedł do 48iu z równą ostrożnością. Po 6ciu tygodniach pacjent tak się poprawił, że przestał brać inhalacje, wysłany został na serwatkę i powrócił do Wiednia w bardzo zaspakajającym stanie.

Drugi z Niemieckich lekarzy więcej oddający się inhalacyi jest Dr. J o h a n S c h n i t z l e r ¹⁾.

Wypadki jego obserwacyj w leczeniu zapaleń polyko-krtaniowych, krtani przewlekłych, taniną i alunem, są bardzo świetne. Każdego chorego natychmiast po inhalacyi badał wziernikiem krtaniowym i przekonał się, że po użyciu środków ściągających, błona śluzowa krtani staje się bledszą.

U jednego z długotrważącą chrypka, gdzie struny głosowe zaczerwienione i śluzem pokryte były, po inhalacyi znalazł struny głosowe poblądłe, czyste a głos znacznie wyraźniejszy.

W zapaleniach przewlekłych krtani w skutek gruźlicy, mniej zadawalniające widział postępy; za to *in bronchitide c. Emphysema* niejednokrotnie z powodzeniem używał do inhalacyi płynu złożonego z $\bar{3}$ j *Aluminis crudi, morph. acet gr. j—jj* w $\bar{16}$ j wody przekroplonej i takową bardzo zaleca.

W Aphonii alun zaleca jako jeden ze środków najdzielniejszych. Na poparcie zdania swego, przytacza historią chorego, który od 2ch lat był mocno ochryply, a od 8 miesięcy zupełnie stracił głos. Bliższy *examin* przedstawiał struny głosowe, jakoteż samą błonę śluzową krtani mocno obrzmiałe. Po 9 dniach inhalacyi alunem, jakkolwiek chrypka jeszcze nie ustąpiła, ale głos o tyle powrócił, iż chorego można było zrozumieć.

Owrzodzenia syfilityczne nosa i krtani traktował płynem z gr. j, sublimatu na $\bar{3}$ j wody z bardzo szybką poprawą.

Z dwóch wypadków krupu, bromkiem potażu w ilości gr. x na $\bar{3}$ j wody inhalowanych, jeden pomyślnym uwieńczony skutkiem.

Dr. W a l d e n b u r g podaje 131 wypadków leczonych inhalacyami, w których 44 nastąpiło zupełne uleczenie, 72 poprawa a 15 bez skutku. Według rodzaju chorób, te 131 wypadków składają: 6 *catarrhus narium*, 12 *pharyngitis catarrhalis aut granulosa c. laryngitide*, 6 *pharyngo-laryngitis syphilitica*, 18 *laryngitis catarrhalis*, 28 *catarrhus bronchialis*, 9 *catarrhus bronchiorum et laryngis*, 5 *asthma*, 6 *haemoptoë*, 22 *tuberculosis pulmonum* i 19 *tuberculosis laryngis et pulmonum*.

Dr. L e i b l i n g e r ²⁾ z 15 przez siebie inhalacyami leczonych chorych, głównie zaleca w *Emphysema pulm.: ol. terebinthin. rect., ol. cadini*; w chronicznych katarach oskrzeli, taninę, *zincum sulphur*, gr. j na $\bar{3}$ j wody z dodatkiem *tinct. opii s.*, w krwotokach płuc *Liquor sesqui. chl. ferri*. Jeżeli chory częste ma napady kaszlu, z dobrym skutkiem używał *Extr. hyoscyami, extr. cannabis, morph. acet. i t. p.*

Prócz tego autor z własnego doświadczenia zaleca niektóre środki rozproszkowane, w chorobach oczu, a mianowicie w owrzodzeniach rogówki, jak np. *tinct. opii cr.* wpuszczona w oko sprawia nieznośny ból, gdy tymczasem rozproszkowaną, chorzy zupełnie dobrze znoszą, a zabliznianie wrzodów rogówki, daleko w krótszym następuje czasie.

Prócz powyższych, wiele zajmowali się i podawali swoje obserwacje w dziedzinie inhalacyi W e d e m a n z J e n y, S i e g l e ³⁾, którym winniśmy znaczne ulepszenie aparatu inhalacyjnego za pomocą pary; B i e r m e r ⁴⁾, S e m e l e d e r, a w ostatnich czasach najwięcej L e v i n.

C z ę ś ć t e c h n i c z n a i n h a l a c y i .

Stosownie do zasad ogólnie przyjętych i z własnego doświadczenia, pozycya chorego, mającego się leczyć inhalacyami, najwłaściwszą jest siedząca. Głowa powinna być cokolwiek w tył pochyloną, a to dla lepszój komunikacyi z krtanią. Język podczas inhalacyi, nie powinien być wysuwany za zęby, a to dla bardzo prostój przyczyny, że wówczas przy nasadzie grubiejac, zbliża się do tylnej ściany polyku i tym sposobem zmniejsza otwór krtani. Naj-

¹⁾ Wiener medicinal. Halle, 1862 N. 48, S. 442.

²⁾ Allg. Wiener med. Zeitung 1863 N. 8. S. 59.

³⁾ Die Behandlung und Heilung der Hals-und Lungen Krankheiten, Stuttgart 1864.

⁴⁾ Schweizerische Zeitung für Heilkunde III Band, 1864. S. 157.

lepiej utrzymywać go o ile można płasko, na dnie ust, tak, żeby końcem zaledwie dotykał dolnych zębów. Rurka szklana jako zbiornik rozproszkowanego plynu, powinna spoczywać na języku, a odległość jej od ogniska uderzającego plynu tak zachowaną, żeby plyn nie osadzając się na ścianach rurki lub podniebienia, wprost wpadał do tchawicy.

Co do głębszych lub krótszych wdychań, te powinny być względne do organu, dla którego inhalacye są przeznaczone. I tak: chcemy działać na płuca, odetchnięcia powinny być głębsze, jeżeli zaś tchawica i krtani jest cierpiącą, takowe są krótsze, a jeszcze krótsze, jeżeli tylko połyk lub podniebienie miękkie jest celem naszej kuracyi.

Plyn zbierający się w ustach, powinien być odpluwany, a dla uniknięcia zbytnej fazy, pacjent dopóki nie nabierze wprawy, często może robić odpochniki.

Stopień ciepła inhalowanego plynu zależy od choroby i stosownie do tej przez inhalatora ma być wskazany. Tak np. w krwotokach płuca o ile można najniższy, w katarach zaś, koklusz, krupie, temperatura musi być znacznie wyższą.

Co do czasu, inhalacye trwają dłużej lub krócej, a to stosownie do ilości mającego się użyć środka, a ilość środka odpowiednio do przedstawiającego się organu cierpiącego.

Częstość inhalacyj zależy od stopnia natężenia choroby. I tak: w chorobach chronicznych raz na dzień a najwyżej dwa, jest dostateczne, w chorobach zaś ostrych trzy a nawet cztery razy dziennie, nie jest za wiele.

Każdy chory zanim przystąpi do inbalacyi, musi być sumiennie wyexaminowany tak za pomocą auskultacyi, perkusyi, jako téż, a może najgłówniej, laryngoskopii. Examin taki najmniej dwa razy w tygodniu winien być powtarzany, albowiem od niego zależy obraz postępu choroby, dalsze użycie tego samego, lub innego środka; powiększenie ilości, a wreszcie jednoczesne zastosowanie wewnętrznych i zewnętrznych środków.

Z 58 wypadków jakie miałem sposobność obserwować w mojem Inhalatorium przy Krasieńskich Ogrodzie, 28 zostało zupełnie wyleczonych, 18 wyszło ze znaczne n polepszeniem a 12 pozostało w jednym stopniu. W liczbie tych ostatnich mieściło się dwóch *c. emphysemate ex utroque latere* sześciu *c. phthisi cavernosa et febre hectica*, czterech *c. laryngitide tuberculosa*.

Na 28 pierwszych wypadków, składały się następujące choroby: *granulationes pharyngis et laryngis*, *catarrh. pulm. chron. c. pharyngit. chr.*, *laryngitis catarr.* z długo trwającą chrypka, *Bronchitis chr. cum incipiente emphysemate*.

Do 18 którzy wyszli ze znacznem polepszeniem zdrowia należą *laryngitis inveterata c. aponia completa*, *tuberculosis pulm. c. haemoptoe*, *pharyngitis granulosa chronica* i *asthma*. Z powyższych wypadków, przytoczę szczegółowe opisy chorób, które więcej zdają się zasługiwać na uwagę i tak:

Pani S. obywatelka, oddawna cierpiąc na trudność w przelykaniu i jakby stojące obce ciało w krtani, które przez ciągle odchrząkiwanie usiłowała się pozbyć, przybyła o poradę dnia 10-go lipca. Przy bliższym examine za pomocą laryngoskopu przekonałem się, iż cała tylna ściana połyka prócz mocnego zaczerwienienia, usiana była małemi wyrostkami (*granulationes*), brzeg nadgłośni zaczerwieniony i struny głosowe obrzmiałe. Prócz tego chora skarżyła się na ciągle pokaszliwanie przy małem oddawaniu płwociny. Ogólny stan tak co do płuca, trawienia i innych funkeyj był zadawalniający. Chora od kilku miesięcy prawie w ciągłej domowej pozostawała kuracyi i jak się sama wyraża, bywały chwile gdzie się czuła lepiej, lecz nie długo tém dobrem się cieszyła.

Pierwszego dnia przybycia chora przepisane miała użycie wody Ems-Kesselbrunn z mlekiem do wewnątrz, inhalacye z soli amoniackiej i pędzlowania składające się z *sulph. zinci gr. v, tinct. opii gutt. x i glycerinac ʒ.ijj.* Po 3ch dniach już chora doznała ulgi a mianowicie, przelykanie było swobodniejsze i odchrząkiwanie nie tak częste. Examin laryngoskopem przekonał mnie, iż czerwonosc połyku, pomimo małej różnicy co do granulacyi, znacznie się zmniejszyła, czerwonosc nadgłośni zbladła, zresztą stan jak wyżej.

Przepis kuracyi w niczem niezmienny. Po 3ch tygodniach nie dowierzając słowom chorej, która się miała za zupełnie wyleczoną, użyłem laryngoskopu i przekonałem się że czerwonosć tak polyku jakotóż nadgłośni zupełnie znikła, struny głosowe przysły do normalnego stanu a z granulacyi zaledwie ślad gładzie pozostał. Chora czując się zupełnie dobrze przerwała dalszą kuracyę.

Panna N. z powołania śpiewaczka, od 3ch tygodni w skutek zaziębienia ochrypla i pomimo energicznej domowej kuracyi, głos czysty powrócić nie chciał. Laryngoskopia odkryła nabrzmienie błony śluzowej krtani i strun głosowych, a przytem zaczerwienienie w sinawy kolor wpadające spodniej powierzchni nadgłośni. Zalecone miała do wewnątrz picie wód Ems-Kränchen a inhalacye z soli amoniackiej 2 gr. na $\frac{5}{3}$ j wody. W pierwszych dniach nie mogła znieść soli amoniackiej, gdyż i ta wywoływała pewien rodzaj lechtania pobudzający do kaszlu. Natychmiast usunąłem salmiak i zamieniłem go na glicerynę $\frac{5}{3}$ na 4 $\frac{5}{3}$ wody z dodatkiem gr. jj *extr. hyoseyami*. Po kilku dniach inhalacyi, drażliwość wywołująca kaszel, zupełnie usuniętą została, ale obrzmienie tak błony śluzowej jakotóż strun głosowych było prawie w jednym stopniu. Głos jeszcze ochryply, szczególnie w rannych godzinach. Wróciłem do inhalacyi z soli amoniackiej i nateraz były bardzo dobrze znoszone. Po 8iu dniach widoczna nastąpiła poprawa, czerwonosć nadgłośni zbladła, obrzmiałość błony śluzowej i strun głosowych znacznie zmniejszyła się, chora z większą łatwością zaczęła spluwać plwocinę, a głos stawał się czystszym. Tydzień przeszło kuracya w niczem nie była zmieniona, lecz nie będąc zupełnie zadowolonym z czystości głosu, co widocznie pochodziło z uporeczywie nieustępującego nabrzmienia strun głosowych, zmieniłem sól amoniacką na taninę w ilości gr. jj na $\frac{5}{3}$ j wody i takową mieszaniną inhalowałem chorą przeszło 8 dni. Po tym czasie nabrzmienie strun głosowych zupełnie znikło, głos wrócił naturalny, i chora w 5 tygodni czując się zupełnie zdrową, opuściła nasz zakład.

Trzy tego samego rodzaju historye chorób, trzech z powołania śpiewaczek, leczących się jednocześnie z powyższą pacyentką, nie zamieszczam tu, gdyż tak co do natury choroby, i traktowania jako też i zakończenia w niczem się prawie nie różnią.

P. C. lat 35, budowy ciała dosyć silnej, od lat kilku skarży się na ciągły katar, kaszel i ból całej klatki piersiowej, prócz tego od kilku miesięcy doznaje przykrego uczucia bólu gardła, tak przy polykaniu twardych jak i płynnych pokarmów. Perkusya i auskultacya wskazała cierpienie prawego płuca a mianowicie pod prawym obojczykiem i nad łopatką, odgłos stłumiony, oddech zaostrozony, wydychanie przedłużone, przy forsowniejszym kaszlu żyłki krwi w plwocinach, puls 76; prócz tego, tylna ściana polyku mocno zaczerwieniona w siny kolor przechodząca. Tu nie podlega wątpliwości, że rozsiana gruźlica w prawym wierzchołku płuca już od dosyć dawna datuje. Przepisane miał do wewnątrz użycie wody Emskiej Kränchen z serwatką i inhalacye z téjże samej wody. Po sześciu tygodniach takiej kuracyi, jakkolwiek znaki fizyczne prawie w niczem się nie zmieniły, jednakże chory pozbył się chronicznego kataru, przestał kaszlać i długo trwający ból przy polykaniu zupełnie ustąpił.

P. B. urzędnik, wieku lat 35, od kilku miesięcy doznaje bólu gardła przy przelykaniu i głos traci czy to w skutek oziębienia się powietrza, czy też przy dłuższej rozmowie. Prócz tego czuje ciągle lechtanie w gardle, które pobudza go do kaszlu. Przy bliższym examinie gardła za pomocą laryngoskopu przekonałem się, że prócz zaczerwienienia dosyć mocnego całej powierzchni tylnej polyku i ziarnistości (*granulationes*), struny głosowe były nabrzmiałe i zaczerwienione. Auskultacya i perkusya wykryły stan kataralny błony śluzowej oskrzeli większego kalibru (*bronchitis chr.*). Przepisane miał do wewnątrz użycie wody Ems-Kränchen z mlekiem i inhalacye z taniny. Po 2ch tygodniach kuracyi, czerwonosć polyku i nabrzękłość strun głosowych znacznie się zmniejszyły, głos szczególnie w godzinach poobiednich o wiele mocniejszy i wyraźniejszy.

Pomimo to, chory zawsze czuł jeszcze przeszkodę w polykaniu, i przy dłuższem mówieniu głos słabszy. Powtórny examiu laryngoskopem przekonywał, że tak granulacye jako też nabrzęknięcie strun głosowych niezupełnie ustąpiły. Tu pacyent prócz inhalacyi

taniną, zastosowane miał tuszowanie kamieniem piekielnym w ilości gr. 5 na $\frac{3}{4}$ j. W następnych 2ch tygodniach widoczna poprawa z każdym dniem następowała, a po 5ciu tygodniach zupełnie zdrów, z głosem naturalnym, silnym, przerwał kurację.

Pani S. wieku lat 30, silnie zbudowana, od wielu lat skarży się na suchy kaszel z wydawaniem nadludzkiego głosu, więcej zbliżonego do szczekania psa. Przed laty 8iu chora zasięgała méj rady i jak wówczas tak i dziś znalazłem w obydwóch dolnych zrazach płuc lekkie rżenia w rozgałęzieniach większych oskrzeli; oddech ostry, chrapowaty, a około wierzchołka lewej łopatki na ograniczonój przestrzeni, mniej jak pół dłoni, oddech tak zaostrowany, że za czysto oskrzelowy przyjąć go można było. Kaszel powiększój części suchy tak był męczący, że chora oblana potem na nogach utrzymać się nie mogła. Prócz tego od kilku miesięcy chora czuje znaczną zmianę w głosie, co, wykryte laryngoskopem nabrzmienie strun głosowych dostatecznie tłumaczy.

Pacjentka zalecone miała picie wód Ems-Kränchen, inhalacye głębokie z téjże samój wody, i bańki między łopatki. Po siedmiu dniach kaszel, a raczej szczekanie zmieniło swój charakter, w miejsce suchego, forsownego; kaszel był daleko łagodniejszy, wilgotny. Po 3ch tygodniach chora czuła się prawie wyleczoną, kaszel, który dzień i noc nie ustawał, zmienił się na ranny z dosyć obfitým odpluwaniem śluzu, głos powracał do normalnego, nabrzmienie strun głosowych zaledwie dająca się dostrzedz, a oddech ostry, chrapowaty w obydwóch płucach, ustąpił miejsca wilgotnym rżeniom.

Po 5iu tygodniach kuracyi chora wysłaną została na wieś w sosnowo lesiste okolice, zkad wróciła zupełnie zdrową.

Kilkanaście podobnych historyj chorób tak polyka, krtani jako téż płuc nie przytaczam, gdyż nie wiele różniąc się tak w przebiegu jako téż i kuracyi, byłyby bezkorzystném powtarzaniem się.

O chorych, którzy w ciągu 3ch lat zgłaszali się o poradę sposobem inhalacyjnym, to zdanie wypowiedzieć mogę, iż we wszystkich krwotokach tak mniejszych jako téż większych, płuc, zastosowana woda zimna, alun, tanina a głównie półtorochlorek żelaza, zawsze natychmiastowym odznaczały się skutkiem. W katarach chronicznych płuc, woda Emska, sól amoniacka, sól kuchenna; przy większych i obfitych wydzielinach śluzu oskrzelowego, tanina, zbawienny wpływ wywierały.

W zapaleniach krtani z utratą głosu, woda Emska, sól kuchenna, tanina, alun; w owrzodzeniach polyku i krtani skrofulicznych, lub długo trwającego kataru, inhalacye z kamienia piekielnego. W owrzodzeniach syfilitycznych dwuchlorek rtęci.

W rozedmie płuc roztwór F o w l e r a w ilości $\frac{2}{3}$ na $\frac{1}{2}$ j wody wielką przynosił ulgę.

W chronicznych katarach płuc ze śluzotokiem oskrzelowym i plwocinami ropiastemi, woda smołowa w krótkim czasie nietylko odtrącała nieprzyjemną woń, ale nadto ograniczała wydzielinę śluzo-ropiaste.

Z narkotycznych środków, jeden dotychczas ekstrakt szaleju używałem w spazmodycznych suchych, męczących kaszlach, w ilości gr. jj na $\frac{3}{4}$ j wody, z pomyslnym skutkiem.

W wypadkach gdzie ani w krtani, ani w płucach nie można było odkryć widocznej dotykanej przyczyny ciągłego pokaszliwania, które więcej może ze zbytnej czułości błony śluzowój krtani na wpływ atmosferyczny pochodziły, gliceryna na wpół z wodą destylowaną była prawie jedynym środkiem.

Wiadomości bieżące.

— Posiedzenie oddziału anatomii, fizyologii i nauk przyrodniczych Tow. Lekar. Warszaw. z d. 26 października 1869 r. O kwasie jednochlorooctowym przez Dra H. Fudakowskiego.

Powierzchnowe działanie, chociaż najmocniejszego kwasu octowego, działanie jego ograniczające się bardziej na powierzchnię skóry, pozwalało zawsze zaliczać ten środek naj-

wyżej do rzędu drażniących środków (*rubefacientia, vesicantia*). Wiedziano już dawniej o tém że rogowe utwory pęcznieją w mocnym octowym kwasie, w occie lodowatym, że w części nawet mogą się w nim rozpuścić, z wyjątkiem włosów. W ubiegłym roku jeszcze obwieszczoném zostało jedno opracowanie (Gustaw J ü d e l l), mające na celu zbadanie działania octu lodowatego na rogowe utwory, a także na tkaninę sprężystą, w zatopionych rurach, przy ogrzaniu do 120°C. Między innymi, niezlicznymi faktami, mającymi bardziej teoretyczne znaczenie, podał autor tego opracowania odkrytą przez niego rozpuszczalność nawet włosów w occie lodowatym, przy wyżej wymienionych warunkach. Na powyższej téż własności kwasu octowego, na działaniu jego na naskórek naszej skóry opierali się, już przed całym szeregiem lat, C a r m i c h a e l i S z o k a l s k i, polecając ten kwas na wyniszczenie nagniotków. Niedawnemi czasy zaś polecano wstrzykiwania tego kwasu, jako środka umiarkowanie gryzącego, w złośliwe nowotwory.

Kwasy jednochlorooctowy i trychlorooctowy, powstające przez podstawienie chloru na miejsce wodoru w kwasie octowym, jakkolwiek znane już od trzydziestu lat, mało badano pod względem działania ich na organizm, niepróbowano zatém użycia ich jako środków leczniczych.

Dr. K l e i n w Bonnii próbował zastosowanie krystalicznego nieczystego jednochlorooctowego kwasu do leczenia małych kędzierzaków (*telangiectasis*), brodawek, i te to próby skłoniły U r n e r a do bliższego zbadania działania tego kwasu na tkaniny organizmu.

Dr. F. A. U r n e r (*Chloressigsäure als Aetzmittel. Inaugural Dissertation. Bonn 1868 r.*), porównywał działanie, jak powiada, kwasu dwuchlorooctowego na tkaniny martwe (na wyprawioną skórę) oraz na tkaniny żyjącego zwierzęcia, z działaniem innych gryzących środków: kwasu azotnego dymiącego, azotanu srebra, chlorku cynku, potażu gryzącego.

W pomienioném opracowaniu Dra U r n e r a znajduje się jednak niedokładności, które przyczyniają się wiele do zmniejszenia naukowej wartości wyników przezeń otrzymanych. Dr. U r n e r mówi ciągle w swéj rozprawie o kwasie dwuchlorooctowym czystym, wspomina jednak że używał téż często mieszaninę kwasu dwu i jednochlorooctowego dla téj przyczyny, że trudno otrzymać pierwszy z nich w czystym stanie. Wiadomo zaś, że kwasu dwuchlorooctowego nie można otrzymać w czystym stanie, że przypuszcza się obecność jego w surowym materiale, otrzymanym przez działanie chloru na ocet lodowaty; Dr. U r n e r używał więc zapewne i tę nieczystą mieszaninę, otrzymaną dłuższém działaniem chloru na kwas octowy. Nadto Dr. U r n e r mówi o słabszych i mocniejszych roztworach, nie wiemy jednak jaką miarę zastosować w tych stopniowaniach. Dr. U r n e r przeświadczył się więc, że kwas dwuchlorooctowy jest mocnym gryzącym środkiem, że wymaga jednak pewnego czasu dla przeniknięcia przez naskórek. Porównywijąc jego działanie z działaniem kwasu azotnego dymiącego, doszedł on do wyników określonych w następujących słowach: kwas azotny dymiący przegryza wprawdzie tkaniny martwe i żyjące szybko i mocno, lecz rozszerza swe działanie na otaczające tkaniny, spowodowując w nich silne zapalenie, i pozostawia brzydkie owrzodzenie; kwas dwuchlorooctowy zaś przegryza równie mocno i głęboko, lecz nie tak szybko. Ten ostatni przedstawia tę wyższość nad kwasem azotnym, że ogranicza ściśle swe działanie, jednakowo przenika wgląb, powoduje przytem w otaczających tkaniach małe zapalenia, o czém przekonywa doświadczenie wykonane na delikatném uchu królika.

Dr. U r n e r użył następnie swój dwuchlorooctowy kwas do leczenia brodawek, nagniotków, małych kędzierzaków (*telangiectasia*), szyszkowin stożkowatych (*condyloma acuminatum*), brodawkowca (*papilloma*) w jednym wypadku, nareszcie leczył on również w jednym razie w znacznej części toczeń wyżerający (*Lupus exulcerans*), który u dziewięcioletniego dziewczęcia zajął był dolną część nosa, i rozszerzył się z obu stron na 1 1/2 cala.

Leczenie ostatniego z wymienionych cierpień było daleko mniej bolesném aniżeli azotanem srebra.

Zebrane w tych wypadkach własne doświadczenie wyraził Dr. U r n e r w następujący sposób:

1) „Dwuchlorooctowy kwas należy do środków gryzących, działających najgłębiej; nie ustępuje on w swém działaniu kwasowi azotnemu.“

2) „Może być ten kwas użyty do wygryzania nowotworów, działa bowiem z jednaką siłą w głąb' tkanin, nie rozszerzając się na tkaniny sąsiednie.“

3) „Ból przy zastosowaniu dwuchlorooctowego kwasu nie jest tak wielkim, jak przy użyciu innych gryzących środków; zapalenie dokoła nie jest też mocnym. Pozostający strup nie jest zbyt wielkim, oddziela się on łatwo od dna pokrytego dobrém ziarnkowaniem. Blizny są gładkie, nie ściągają się nadmiernie.“

4) „Nie należy obawiać się zatrucia kwasem dwuchlorooctowym.“

„Użycie jego jest zatem dogodnym; potrzeba małych ilości dla skutecznego działania.“

Nadmieniam jeszcze, że Dr. U r n e r używając roztwory w mowie będącego kwasu, niemi powlekał właściwe miejsca na które środek zastosowywał.

Chcąc sprawdzić ważniejsze z powyższych podań Dra U r n e r a, oraz wyjaśnić dokładniej działanie c z y s t e g o j e d n o c h l o o c t o w e g o k w a s u, przyrzadziłem z pomocą p. A. J a k o w i c k i e g o, słuchacza nauk lekarskich, czysty jednochlorooctowy kwas ($C_2H_3ClO_2$), i wykonaliśmy z nim w następującem opisanem próby.

Racyonalna metoda leczenia chemicznego, na podstawach znajomości chemizmu właściwego organizmowi, wymaga, jak wiadomo, koniecznie dokładnej znajomości, o ile to jest możliwem, chemicznych dobrze określonych własności użytego środka, oraz ich stosunku do chemicznych składowych części, do chemizmu organizmu.

I). Pierwszą małą próbę zrobiłem na sobie. Kroplę roztworu 2,651 grm. rozplywającego się skrytalizowanego kwasu w 10 kroplach wody rozpostarłem na skórze, i pozostawiłem ją 3 minuty, a następnie zmyłem kwas jaknajdokładniej. Skóra w téj chwili zbielała i wkrótce dał się uczuć szczypiący ból, nie zbyt przykry. Odgraniczenie od zaczerwienionej sąsiedniej skóry bardzo ściśle. W ośm dni już utworzony strup dość gruby, sięgający w głąb' skórnéj tkaniny, zaschły, wklęsły, dobrze odgraniczony, otoczony nieco zaczerwienionemi i bolesnemi brzegami. Odpadł on, a pod nim pozostała gładka blizna.

II) Trzy szerokie szyszkowiny (*condylomata lata*) obrałem z pomocą Dra T e i c h a na chorym łaskawie mnie przezeń dostarczonym. Jedną posmarowaliśmy powyższym roztworem 2,651 grm. kwasu w 10 kroplach wody, drugą samym rozplywającym się kwasem, trzecią zaś posmarowaliśmy tylko mocnym octowym kwasem. Dwie pierwsze zbielały natychmiast, ściagnęły się; strup utworzony i mocno przylegający oddalił się łatwo pod okładami z węglanu sody, poczem przeświadczyliśmy się, że posmarowanie lekkie badanym środkiem starczyło, aby zgryźć tkaniny na grubość 3—4 mm. Ból trwał około 10 minut, nie zbyt mocny. Trzecia zaś szyszkowina posmarowana kwasem octowym zaledwie trochę zbielała, i nic się zresztą nie zmieniła.

III) Dr. O r ł o w s k i podał mi w swoim oddziale, w szpitalu Dzieciątka Jezus, zręczność zastosować jednochlorooctowy kwas na dzikie mięso, wznoszące się na blisko dwa centymetry i na znacznej części powierzchni dna wielkiego wrzodu modzelowatego (*ulcus callosum*). Powleczenie jednorazowe cienką warstwą rozplywającego się krytalicznego kwasu dało strup biały, około 3ch mm. gruby, który z łatwością od oczyszczonego dna się oddzielił. Ażeby wzmocnić działanie, móżd dokładniej zbadać siłę przenikania i niszczenia tego kwasu, nałożyliśmy 15go października b. r. około 3ch mm. grubą warstwę mieszaniny z mniej więcej równych części mąki i rozplywającego się krytalicznego jednochlorooctowego kwasu, na powierzchnię 8 centym. długą a 3 centym. szeroką, i otoczyliśmy to ciasto dokoła szarpia. 17go października gruby strup brudnego szarego koloru, ściśle odgraniczony i mocno przylegający do dna wrzodu pokrywał całą tę powierzchnię. Zastosowaliśmy naówczas okładania z roztworu węglanu sody, i pod ich wpływem 19go października oddzielił się ów strup dokładnie prawie na całej przestrzeni; na przecięciu pionowém dochodziła jego grubość do jednego centymetra. Chory doznawał bólu w czasie działania użytego środka, nie był on jednak nadmiernie mocnym.

Z tych prób powzięliśmy więc przekonanie, że czysty jednochlorooctowy kwas działa jako mocny żrący środek, przenika szybko (a w tém nie zgadzamy się z Drem U r n e r e m,

podług którego przenikanie jego jest powolném) i głęboko, ogranicza się ściśle w swém działaniu, nie niszcząc sąsiednich tkanin, spowodowuje zbity i dość łatwo oddzielający się strup, a ból wywołany tém jego działaniem nie dosięga zbyt wielkiej miary.

Jakiem więc jest działanie jednochlorooctowego kwasu na składowe części tkanin? do jakiego rzędu żrących środków można go zaliczyć? Roztwór jednochlorooctowego kwasu skrzepia z niezmierną siłą ciała białkowate (białko jaja, białko surowicy krwi) w ich roztworach, nadto strąca on klej (glutynę) z jego wodnego roztworu. Tych własności, szerególniej ostatniej z nich, nie posiada sam kwas octowy. Jednochlorooctowy kwas zatem przenikając szybko w tkaniny, skrzepia w nich (w klejodajnej skórze) ciała białkowate i klej; na tém polega jego niszczące działanie, ściśle jego ograniczenie. Ponieważ sam kwas octowy nie zdoła strącić kleju z jego roztworu, chlor zaś — jako woda chlorowa — posiada tę własność, wynika więc ztąd niejako możność przypuszczenia, że chlor, chociaż w chemicznym związku z kwasem octowym istniejący, przenosi doń tę swoją właściwość niezatartą. Klej widocznie zdoła rozłożyć jednochlorooctowy kwas, lub utworzyć z nim nierozpuszczalny jakiś związek, kiedy przeciwnie ze srebrem nawet jednochlorooctowy kwas tworzy związek rozpuszczalny w wodzie.

Jednochlorooctowy kwas można więc zaliczyć do rzędu żrących środków, działających przez ścinanie ciał białkowatych i kleju w sokach i tkaninach.

— Assystentami klinik mianowani zostali: terapeutycznej fakultetowej — **S w i e t l i c k i**, ter. szpitalnej — **F o m b e r g**, chirurgicznej fakultetowej — **B e n n i**, chir. szpital. — **C i u n k i e w i c z**, kliniki syfilitycznej — **L e w i Ń s k i**, klin. chorób umysłowych — **Ż ł o b i k o w s k i**, klin. akuszeryjnej — **K o n d r a t o w i c z**.

— Na ostatniem posiedzeniu Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego przyznano stopnie lekarzy wolno praktykujących, p. p. Zygmunтови **B y s t r z y Ń s k i e m u**, Adamowi **B a u r e r t z**, Jakóbowi **R o s e n t h a l o w i**, Pawłowi **Z d a n o w i c z o w i** i Adolfowi **K i s i e l e w s k i e m u**.

Od Redakcyi Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich. Z d. 1-m miesiąca stycznia 1870 roku rozpoczyna się drugie półrocze czwartego roku czyli tom ósmy **Gazety Lekarskiej**, która w tym samym co i obecnie, ściśle naukowym kierunku i nadal wydawaną będzie. Redakcyja uprasza szanownych P. T. abonentów, aby, stosownie do rozporządzenia władzy pocztowej, zgłaszać się raczyli z prenumeratą **b e z p o ś r e d n i o** do Redakcyi. **Cena Gazety Lekarskiej**: 1) w Warszawie: w Redakcyi i w Księgarniach rocznie r. sr. **pięć**, półrocznie r. sr. **dwa kop. pięćdziesiąt**; 2) na prowincyi w Cesarstwie i Królestwie: w Redakcyi i w księgarniach rocznie r. sr. **sześć**, półrocznie r. sr. **trzy** (licząc w to przesyłkę pocztową, przepaski i expedyceję).

Uwaga: „*Rys historyczno-statystyczny szpitali w Królestwie Polskiem*“ jako **Dodatek bezpłatny** do **Gazety Lekarskiej** w ciągu dalszym i w roku przysłym dołączanym będzie.

Również z m. styczniem rozpoczyna się szóste półrocze wydawnictwa **Biblioteki Umiejętności Lekarskich**, w którym wyjdzie **sto** arkuszy druku. Prenumerujący już to pismo razem z **Gazetą Lekarską** zechcą złożyć przedpłatę na następne półrocze (to jest od 1 stycznia do 1 lipca 1870 r.) r. sr. **dziesięć** (po kop. 10 za arkusz); prenumerujący zaś samą **Bibliotekę** — r. sr. **piętnaście** (po kop. 15 za arkusz razem z przesyłką). Nowi zaś prenumeratorowie **Biblioteki Umiejętności Lekarskich**, którzy są już abonentami **Gazety Lekarskiej**, oprócz tego złożyć zechcą za ubiegłe pierwsze pięć półroczy r. sr. **czterdzieści trzy** i jako rękojmię stałej prenumeraty r. sr. **pięć** czyli razem r. sr. **pięćdziesiąt ośm**; nie prenumerujący zaś **Gazety Lekarskiej** wniosą za pierwsze pięć półroczy r. sr. **sześćdziesiąt cztery kop. pięćdziesiąt**, oraz r. sr. **pięć** jako rękojmię prenumeraty stałej, czyli razem r. sr. **osmdziesiąt cztery kop. pięćdziesiąt**.

Redakcyja **Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich** przy rogu ulicy **Jasnej i Zielonego placu**, w domu **Jaroszyńskiego**, Nr. 1364, mieszkania Nr. 6.

W Drukarni **Gazety Polskiej**. — Za pozwoleniem **Cenzury Rządowej**.

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE
POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,
FARMACYI I WETERYNARYI.

Cena Gazety Lekarskiej. W Warszawie: rocznie r. sr. 5, półrocznie r. sr. 2 kop. 50. W Królestwie i Cesarstwie: w redakcyi (w opasce) rocznie r. sr. 6, półrocznie r. sr. 3; w redakcyi i na poczcie (w kopertach) rocznie r. sr. 7, półrocznie r. sr. 3 kop. 50.

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. W redakcyi półrocznie (od 1 lipca 1869 do 1 stycznia 1870 r.) r. sr. 10; od początku wydawnictwa do 1 stycznia 1870 r. sr. 48.

Cena Kalendarza Lekarskiego na rok 1870 r. sr. 1.

TREŚĆ: Prace oryginalne. Ropień w jamie opłucnej (empyema sinistrum); przebicie klatki piersiowej (thoracocentesis); wyzdrowienie. Spostrzeżenie z praktyki prywatnej Dra Erlickiego. Całkowite podokostne wypłowanie stawu łokciowego prawego (resectio subperiostealis totalis cubiti dextri) z powodu próchnienia kości (olenarthrocace); wyzdrowienie z przywróceniem zupełnej używalności kończyny. Przez Prof. Girsztowta. (Ciąg dalszy i dokończenie). **Kronika Zagraniczna.** O inbacyach i użyteczności tej metody leczenia. Przez Dra Langowskiego. (Ciąg dalszy i dokończenie). **Wiadomości bieżące.** O kwasie jednochlorooctowym. Przez Dra H. Fudakowskiego. Assystenci klinik Ces. Uniwersytetu Warsz. Nowi doktorowie. Od redakcyi. **Dodatek.** Historia szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie, (str. 237—252). Przez Juliana Bartoszewicza. (Ciąg dalszy). — Histologii i Histochemii arkusz 64-ty, Anatomii patologicznej arkusz 24, Farmakognozyi Tomu II-go arkusz 18-ty, 19-ty, 20-ty, 21-szy i 22-gi, Chirurgii teoretycznej Tomu II-go arkusz 12 (z tablicą chromolitografowaną).

Ropień w jamie opłucnej lewej (empyema sinistrum); przebicie klatki piersiowej (thoracocentesis); wyzdrowienie.

Spostrzeżenie z praktyki prywatnej Dra Erlickiego.

W dniu 9 września bieżącego roku (1869), zgłosił się do mnie Andrzej L....., włościanin ze wsi Budy-Kierz, 14 wiorst od Wyszkowa położonej zamieszkały, prosząc o poradę lekarską.

Badając poprzedni stan jego zdrowia dowiedziałem się, że w całym życiu raz tylko chorował przed 12 laty, choroba ta była gorączkową — leżał wtedy przez dwa miesiące. Dopiero 11 maja b. r. idąc piechotą do Częstochowy, zmuszony był na jednej ze stacyi spać na gołej ziemi; po przebudzeniu się zaraz doznał dreszczu w całym ciele parę godzin trwającego, wraz z kaszlem suchym, męczącym. Nie zważając na to szedł dalej; w parę dni przystąpił ból kłujący w lewym boku. Wtedy już tak znacznie był osłabiony, iż piechotą nie mógł wracać z podróży; przyjechał zatem do domu koleją, położył się do łóżka i przepędził w niem około 2ch tygodni, poczem zrobiło mu się lepiej; — kaszel jednak i ból w boku zupełnie nie ustały. W tym stanie przebył do połowy sierpnia, wtedy gdy wyszedł raz w nocy na chłodne powietrze, roz-

grzany wprzód w pokoju, kaszel i ból w lewym boku daleko silniejsze powróciły, poprzedzone dłuższym jeszcze dreszczem, jak to po raz pierwszy miało miejsce. Przecierpiawszy tak jakiś czas, gdy nie doznał żadnej ulgi po użyciu zwykłych domowych leków, przybył do mnie w dniu wyżej oznaczonym.

Przy obejrzeniu go znalazłem co następuje: zgrzybiały starzec, lat 70 liczący, wzrostu dobrego, wychudzony do najwyższego stopnia, oczy w dół zapadłe z wyrazem apatyi; skóra żółtawo-ziemistego zabarwienia, z licznymi po całym ciele fałdami; głos cichy, przytłumiony, jakby z pod ziemi wychodzący; osłabienie tak znaczne że bez pomocy nie jest w stanie utrzymać się na nogach. Duszność w wysokim stopniu. Przy oddychaniu zdaleka już słychać rozmaitego rodzaju rżenia. Puls mały, miękki, 100 uderzeń na minutę. Temperatura mało podwyższona. Język mocno podsychnięty, ku podstawie brudno obłożony, na końcu znacznie zaczerwieniony i ostry. Apetyt żaden, pragnienie znaczne, stolców codziennie bywa kilka rozwolnionych. Kaszel częsty, męczący, w nocy przykrzejszy, więcej suchy jak w dzień. Plwociny nie zachował, dla tego tym razem nie mogłem jęj widzieć. Ból w lewym boku w znacznym stopniu, obecnie już nie kłujący a więcej charakteru tępego. Leżeć choremu najlepiej na lewym boku; przewrócenie na prawy przyprawia go o większą duszność; to samo ma miejsce przy leżeniu na wznak, gdy pod głową nisko. W głowie nieustanny zawrót. Ćmienie w oczach i szum w uszach chwilami tylko występują.

Przy opukiwaniu klatki piersiowej, w siedzącym położeniu chorego, znalazłem od tyłu po lewej stronie tępość odgłosu, zlewającą się bez żadnej różnicy z tępością śledziony i dochodzącą przy stosie kręgowym do 8go żebra w górę. Kierując się ku przodowi, linia tej tępości zniżala się, bo nie przechodziła górnej granicy śledziony (9-te żebro w linii pachowej średniej). Opukując tę samą tępość gdy chory zmieniał położenie z siedzącego na leżące, szła ona nieco wyżej. Przy opukiwaniu granic serca — znalazłem go nieco zepchniętym ku prawej stronie. Wątrobę znalazłem w granicach normalnych. Osłuchiwanie wykazało w całych płucach oddech pęcherzykowy, zaostrowany, z licznymi rżeniami, po lewej stronie więcej śluzowymi, po prawej suchymi; rżenia te były mieszane i grube i drobne, nieco mniej liczne po stronie prawej tak od przodu jak i od tyłu. W miejscu tępości oddech absolutnie niesłyszalny. W témże samym miejscu odstępy międzyżebrowe widocznie były wypukłone i drżenie głosu czy przy słuchaniu (*resonantio*), czy przy trzymaniu ręką drżenie samych ścian klatki (*fremitus pectoralis*) żadne. Nakoniec chory uskarżał się na dreszcze, co dzień pod wieczór ponawiające się od dosyć długiego czasu, po których czuje znaczne rozpalenie głowy i całego ciała.

R o z p o z n a n i e choroby było nader łatwym w tym razie; i zważywszy na tępość, na niesłyszalny w jęj miejscu oddech, na brak rezonancyi głosu i drżenia klatki piersiowej, wreszcie, na wypuklenie odstępów międzyżebrowych, nie ulegało najmniejszej wątpliwości, że mam do czynienia z p ł y n e m z a w a r t y m w l e w é j j a m i e o p ł u c n é j. Zważywszy w dalszym ciągu znakomite wycieńczenie chorego, nieustanny stan gorączkowy z podsychniętym, czerwonym na końcu językiem, ciągłym rozwolnieniem i co-

dziennemi exacerbacyami, więcej skłonny byłem plyn ten przyjąć za ropiasty jak za surowiczy.

R o k o w a n i e, głównie ze względu na starość i stopień wyniszczenia chorego, robiłem bardzo wątpliwem.

Co się tyczy l e c z e n i a, to odrazu powziąłem myśl przebicia klatki piersiowej i wypuszczenia płynu. Z tém wszystkiem środek ten zostawiłem sobie jako ostateczny, a obecnie przepisałem choremu *vesicans* wielkości stopienia i zaleciłem trzymać ją tam przyklepioną do naciągnięcia pęcherza. Do wewnątrz przepisałem lekki środek wykrztuśny: *Rp. Inf. rad. cephaelidis e gr. Vjj, pti ʒ V, Syr. altheae ʒ β. M. D. S.* Co 2 godziny łyżkę. Nadto zaleciłem dyetę ścisłą, rosółek, kleik, po trochu wina starego. Wreszcie kazałem mu bezwarunkowo pozostać w łóżku aż do przyszłej wizyty. Chory odjechał.

Drugi raz przybył do mnie w dniu 17-ym września i znalazłem wszystko bez żadnej zmiany. Miejsce po wezykatoryi zagojone. Chory zapewniał mnie, że po użyciu lekarstwa miał się o tyle lepiej, iż kaszel był mniej męczący. Jeszcze raz przepisałem mu to samo lekarstwo i w ciągu dni kilku kazałem przysłać po siebie furmankę.

W dniu 25-ym września rano, pojechałem do mieszkania chorego. Stan był opłakany. Osłabienie doszło już do tego stopnia, że nawet na łóżku nie może się ruszać bez obcej pomocy. Wypróżnienia stolcowe częstsze jak wprzód; noce spędza bezsennie. Kaszel co dzień większy, przykrzejszy, duszność znaczniejsza. W innych znakach nie znalazłem różnicy od pierwszego zbadania.

Obecnie uznałem już za niewłaściwe dalsze wyczekiwanie i postanowiłem bezwzględnie przystąpić do przebicia klatki piersiowej. Chorego z wielką trudnością przeniesiono na krzesło, tak, aby powierzchnia tylna i boczna lewej strony klatki piersiowej była ku mnie zwróconą; — wtedy po nasmarowaniu trójgrańca, średniej wielkości, w oliwie, wybrałem do przebicia po lewej stronie punkt najznaczniejszego wypuklenia. Punkt ten znalazłem między 11 a 12-ém żeblem, na trzy centymetry ku tyłowi, licząc od linii pachowej tylnej i tu jednem pchnięciem wbiłem trójgraniec. Po wyjęciu sztyletu przez pozostałą rurkę, zaczęła nadzwyczaj drobno wypływać ropa gęsta, biało-żółtawa bez żadnego zapachu (*Pus bonum et laudabile*).

Dla ułatwienia wyjścia téj ropy zaleciłem choremu przechylenie się ku lewej stronie i raz po raz zmieniałem położenie rurki wpychając ją nieco głębiej, to znów wysuwając cokolwiek ku zewnątrz. Ropa z temi samemi cechami wychodziła przeszło dwie godziny do podstawionej umyślnie miski. Po tym czasie ilość jéj znacznie się zmniejszyła, to téż dla tego jak również przez wzgląd na chorego, którego to niedogodne położenie przyprawiło już kilka razy przez ten czas o zemdlenie, — rurkę wyjąłem. Otworu jednak nie zalepiałem, pozostawiając go ziejącym, by jeszcze resztki ropy w jamie klatki piersiowej pozostałe mogły swobodnie odpłynąć.

Chorego kazałem przenieść na łóżko i zaleciłem mu leżenie na lewym boku. Ilość wyszłej ropy zmierzona, dochodziła dwóch kwart.

Chory natychmiast doznał ulgi, duszność i ból zmniejszyły się. Odjeżdżając zaleciłem, na okolicę szarpią opatrzzonego otworu po trójgrańcu, przykładać ciepły kataplazm z lnianego siemienia dla ułatwienia odpływu ropy i przeszkodzenia zasklepieniu się otworu.

Nazajutrz kazałem sobie dać znać.

Na drugi dzień, to jest 26-go września przybyła do mnie żona operowanego z relacją i powiedziała mi, że ropa odpływała po trochu ciągle, aż do dzisiejszego dnia; że nad ranem już zaczął się pokazywać płyn rzadki jak woda, nieco tylko szaro-zielonawo zabarwiony, bez zapachu (*serum*); że ilość jego jest bardzo małą, bo zaledwie kiedy niekiedy tylko wysącza się po kropli. Że chory spał całą noc bardzo dobrze, pokastując cokolwiek zaledwie co parę godzin. Że ból w lewym boku czuje jeszcze, ale bez porównania mniejszy jak wprzód. Że od operacji do chwili, w której ona wyjechała był tylko trzy razy na stolcu. Że nakoniec apetytu jeszcze żadnego nie ma, — ból głowy i szum w uszach tak samo jak wprzód czuje, a choć jest nieco rańniejszym, wszakże osłabienie jeszcze bardzo znaczne pozostało. Dreszczów wczoraj na wieczór nie miał.

Zaleciłem kataplazm ciągle jeszcze robić, w łóżku leżeć, dyetę pożywną i lekko strawną zachować, — przytém stare wino węgierskie po trochu, a kilka razy na dzień popijać. Wreszcie zaleciłem, by mi za kilka dni o stanie chorego znać dano.

Drugiego października sam chory znacznie na siłach wzmocniony przyjechał do mnie. Znalazłem go lepiej odżywionym, z normalnym zabarwieniem skóry; głos zwykły, duszności żadnej, kaszlu żadnego. Apetyt dobry, stolec codzieln jeden, stan bezgorączkowy. Rana po przebiciu trójgrańcem zagojona; odstępy międzyżebrowe, wprzód wypukłone normalne. Oddech w miejscu dawnego stępienia, którego obecnie nie ma ani śladu, wyraźny, pęcherzykowy, bardzo mało zaostrzony. Ból głowy jeszcze w małym stopniu pozostał, sen jednak bardzo dobry. Obecnie tylko chory skarży się, że ma pewną trudność w oddawaniu moczu i lekki przy tém ból kłujący w samym dole brzucha. Zaleciłem mu, po powrocie do domu wziąć parę ciepłych kąpiel i robić takież okład z płótna maczanego w gorącej wodzie na okolicę odpowiadającą położeniu pęcherza moczowego; w dyecie zaś odżywczej nie ustawać, używać szczególnie starego wina węgierskiego, mléka, jaj i tęgiego rosołu.

Dnia 5-go października zawiadomiono mnie, że kąpiele usunęły ból w pęcherzu i trudność w oddawaniu moczu i że obecnie pacjent czuje się być zupełnie zdrowym, chociaż nie tak silnym jak dawniej.

Ostatni raz miałem sposobność widzieć tego chorego w dniu 5-tym listopada. Tak znacznie utył, iż zrazu nie mogłem go poznać. W téj chwili skarżył się, iż tak dużo musi jeść, że finanse jego mocno na tém cierpią.

Z wypadku tego najważniejszy ten da się wyciągnąć wniosek, że i wiek podeszły i wycieńczenie w najwyższym stopniu nie powinny odstraszać od

operacyi przebicia klatki piersiowej i wypuszczenia z niej płynu i że w takich nawet okolicznościach operacyę tę przedsiębiorąc, możemy liczyć na znakomitą jej skuteczność.

Całkowite podokostne wypiłowanie stawu łokciowego prawego (*resectio subperiostealis totalis cubiti dextri*) z powodu próchnienia kości (*olecrarthrocace*); wyzdrowienie z przywróceniem zupełnej używalności kończyny.

Przez Prof. Girsztowta.

(Ciąg dalszy i dokończenie ¹⁾).

Oprócz powyżej opisanego przypadku mieliśmy sposobność wykonać wypiłowanie stawu łokciowego 13 razy, mianowicie: 1 raz obydwóch stawów (*utriusque cubiti*) ²⁾, z powodu przewlekłego ich zapalenia (*olecrarthrocace*), 4 razy pojedynczego całkowitego stawu (*res. totalis*), téż z powodu zapalenia chronicznego i ropienia w stawie, 3 razy z przyczyny drażącój rany postrzałowój (*vulnus sclopetarium penetrans*) i zmiżdżenia kości, 1 raz z powodu rany stłuczonój (*vul. conqussatum*), 4 wypiłowania częściowe w następstwie próchnienia i zgorzeli kości, i 1 raz przy kostnej sztywności (*anchylosis ossea*) w celu przywrócenia czynności kończynie. Z téj liczby wyzdrowiało z odzyskaniem czynności kończyny 10, umarło 2 (z posocznicy), jednemu zrobiliśmy następną amputacyę ramienia (wyzdrowiał), u jednego zaś wytworzyła się sztywność stawu w położeniu zgiętném kończyny.

Ze spostrzeżeń nad temi operowaniami porobionych wyprowadzamy następane praktyczne wnioski:

1) **C o d o s p o s o b u o p e r o w a n i a:** mając na względzie wyprostowywanie przedramienia po operacyi, oraz jak najmniejsze zniszczenie narzędziami chirurgicznymi części miękkich, otaczających staw, jak niemniej łatwość uwolnienia nerwu łokciowego (*n. ulnaris*) z rowka między kłykciem wewnętrznym ramienia, a wyrostkiem łokciowym, z wielkiój liczby sposobów operowania (płatowe, łukowate), oddajemy pierwszeństwo sposobowi **L a n g e n b e c k'a**, zwracamy tylko uwagę, że wykonanie jego wymaga wielkiój wprawy. Sposób ten, jak wiadomo powszechnie, polega na zrobieniu pojedynczego cięcia podłużnego na tylnej stronie stawu, na wewnętrznym brzegu wyrostka łokciowego (*olecranon*) i na zachowaniu w całości połączenia ścięgna mięśnia trójgłowego ramienia (*m. triceps brachii*) z powięzią (*aponeurosis*) przedramienia, okoliczność, która najbardziej wpływa na zdolność czynności ręki (wyprostowanie) po wypiłowaniu łokcia. W tym celu po zrobioném cięciu, skrobaczką (*raspatorium*) starannie oddzielamy od wyrostka łokciowego przyczep mięśnia trójgłowego ramienia, następnie dochodzimy do kłykcia ramienia wewnętrznego (*condylus internus*), między którym a wyrostkiem łokciowym (w rowku) leży nerw łokciowy, uwalniamy ten ostatni z rowka wraz z pochwą,

¹⁾ Patrz Nr. 1 i 5 Gaz. Lek.

²⁾ Dr. F. S o m m e r. O wypiłowaniu stawu łokciowego. Warszawa. 1864, str. 140 i nast.

częściami miękkimi i okostną i odciągamy w stronę. Potem rozdzielamy połączenie kości ramieniowej z kością promieniową (*radius*), obnażamy kość ramieniową i na granicy cierpieniem wskazanej odpiłowujemy ją, nareszcie tymże sposobem usuwamy końce kości przedramienia. Tak postępując w naszych przypadkach zachowaliśmy nienaruszonymi mięsień trójgłowy, nerw łokciowy i oszczędziliśmy od zmiążdżenia okostną, co znakomicie wpłynęło i na przywrócenie utraconych funkcji i na odrodzenie się kości.

2) Co do pooperacyjnego leczenia: bezpośrednio po operacji układaliśmy przedramię pod kątem prostym do ramienia i natychmiast unieruchomiliśmy w tym położeniu za pomocą okienkowego, gipsowego przyrządu nieprzemakającego, *Mitscherlicha*, albo też dawaliśmy położenie kończynie pod kątem tępym (130—140 stopni) i utrzymywaliśmy w tym położeniu kończynę nieruchomą za pomocą żłobka drucianego, potem stosowaliśmy zwykle miejscową kąpiel ciepłą (*immersio, balneum perpetuum*). W szczęśliwych razach po 3—4 tygodniach, jeszcze przed zabliznieniem rany zaczynaliśmy już ostrożne biernie ruchy, które następnie, gdy bólów nie sprawiały, chorzy sami wykonywali. Kiedy mianowicie trzeba zacząć wykonywanie biernych ruchów trudno oznaczyć, zależy to od przestrzeni wypiłowanej kości, od stanu ogólnego odżywiania i od prędszego lub powolniejszego zablizniania się rany. Czas całkowitego leczenia trwał od 5 tygodni do 10 miesięcy.

3) Co do przestrzeni, jaką z końców kości stawowych łokcia bez szkody dla czynności kończyny wypiłować można: pod tym względem ogólnego pravidła ustanowić niepodobna; dawniej sądzono, że *maximum* jest trzy cale, które z przeciwległych końców kości razem wziętych usunąć jest dozwoloném, praktyka jednak pokazała, że po wypiłowaniu 4—5 cali z każdej kości z osobna, czynności kończyny, jakkolwiek w mniej doskonałym stopniu, były przywracane. Wiadomo, że po rezeceji łokcia, mamy, co do używalności przyszłej kończyny, trzy główne zejścia: mniej więcej swobodne ruchy, (staw fałszywy włóknisty) sztywność i zupełną nieużywalność kończyny (*Schlottergelenk*) z powodu zupełnego niepowiązania w staw końców kości; prawdopodobnie, jedno z tych zejść nie tyle zawisło od przestrzeni wypiłowanych kości, ile raczej od pooperacyjnego leczenia, czyli od zaczęcia wykonywania ruchów biernych. Nie ulega wątpliwości, że pozostawienie nienaruszonymi przyczepów (*insertio*) mięśni dwugłowego ramienia i ramieniowego wewnętrznego nie jest bez wpływu na większą lub mniejszą zdolność zginania kończyny; z drugiej strony zwrócić musimy uwagę, że jednemu ze studentów b. naszej akademii lekarskiej z powodu rozszczipienia się kości (*fissura sclopetaria longitudinalis*) wypiłowaliśmy więcej jak połowę prawego ramienia i po dwa cale z kości przedramienia, pomimo to ruchy w fałszywym stawie łokciowym o tyle są dzisiaj możebne, że pacjent nasz może pisać, podnosić łyżkę do ust i zdejmować czapkę, operowaną kończyną.

4) Co do cząstkowego wypiłowania stawu: Jeżeli z trzech kości wchodzących do składu stawu łokciowego jedna albo dwie cierpią,

a reszta pozostaje nie naruszoną, czy robić wypiłowanie całkowite lub cząstkowe? Zdania pod tym względem są rozdzielone: jedni chirurgowie (Stromeyer, Esmarch, Macleod, Lotzbeck), sądząc, że kości na małej przestrzeni wypiłowane sprowadzają sztywność, a zatem nieużywalność kończyny, cząstkowe wypiłowania (*resectio partialis*) odrzucali, zalecając dla uniknięcia tego przykrego zejścia wykonywać zawsze całkowite wypiłowania, to jest wycinać nawet końce stawowe kości zdrowych; jeżeli jednak zwążywszy, że sztywność nie od przestrzeni kości wypiłowanej, ale od nie w porę rozpoczętych ruchów biernych powstaje, zdanie to upaść musi i cząstkowe wypiłowania, przy których rany, jako z mniejszą utratą substancji powiązane, prędzej się goją, pożądańsze są od całkowitych.

5) Jakkolwiek staramy się zawsze przy operacji zachować w całości nerw łokciowy, nie możemy jednak nie zwrócić uwagi na spostrzeżenie Pirogowa, że przy nerwie tym przeciętym, a nawet zmiążdżonym, poszarpanym, nie widział on ani razu naruszenia innerwacji (*paralysis*) dwóch ostatnich palców chorąg ręki.

6) Co do czasu wykonania wypiłowania: kwestya co do czasu wykonania operacji może być tylko rozbieraną przy świeżych obrażeniach stawu, ale pod tym względem niema jeszcze ustalonego zdania. Jedni (Senftleben, Ochwaldt, Stromeyer, Esmarch, Macleod, Legouest) obawiając się rozwoju ostrąg ociekliny ropnej (*oedema acutum purulentum*, Pirogow), radzą wykonać wypiłowanie o ile można najwcześniej, t. j. przed zaczęciem się zapalenia (*resectio primaria*); drudzy znówu polegając na spostrzeżeniu, że przy rozwoju zapalenia okostna łatwiej się oddziela, zalecają późniejszy okres operowania (*resectio secundaria* Langenbeck, Neudörfner, Demme, Lücke). Przy cierpieniu chronicznym stawu (*olenarthrocace*), przy nowotworach w końcach stawowych kości uciekamy się zwykle do operacji po wyczerpaniu wszystkich innych środków do zwalczania tych chorób zalecanych; przyjąć jednakże możemy za prawo, że w obec próchnienia kości czym wcześniej je usuniemy, tym lepsze otrzymamy rezultaty, bo odżywianie ogólne w krótszym stosunkowo czasie choroby, mniejszemu ulegnie zaburzeniu.

7) Porównawcze zestawienie wyników odjęcia i wyłuszczenia ramienia z wynikami wypiłowania stawu łokciowego: w obec zbyt wielkiego zniszczenia części miękkich, albo też spustoszenia kości stawu na rozległej przestrzeni częstokroć jako ostatnia ucieczka pozostaje tylko albo odjęcie ramienia (*amputatio humeri*), albo też wyłuszczenie przedramienia (*exarticulatio antibrachii*). Jedna i druga z tych operacji, nie mówiąc już, że chorego na zawsze robią kaleką, odnośnie do zachowania życia gorsze nie równie od rezekeyi stawu dają rezultaty. Tak np. gdy śmiertelność po odjęciu ramienia wynosi od 62—33%, po wyłuszczeniu kończyny ze stawu łokciowego od 48—25%, tymczasem po rezekeyi tego stawu wśród najgorszych okoliczności nigdy nie przewyższyła 31%, a zwykle dochodzi

do 22, a nawet do 12^o/_o. Okoliczność ta widocznie przemawia za wypitowaniem stawu, i usprawiedliwia ogromnie częste w ostatnich czasach wypitowania łokcia i coraz radsze odjęcia ramienia lub téż wyłuszczenie ze stawu łokciowego. Prawda, operacja ta wykonywa się już od roku 1794 (M o r e a u), ale właściwie szerzyć się zaczęła tylko od roku 1834, a obecnie stała się już prawie codzienną przez każdego umiejętnego chirurga wykonywaną i to nie tylko w praktyce szpitalnej, ale i na polu bitwy. Rzeczywiście jest to jedna z najwdzięczniejszych operacyj tak dla chorego, jak i dla chirurga i przynosi prawdziwy zaszczyt nowoczesnej chirurgii.

KRONIKA ZAGRANICZNA.

O Inhalacyach i użyteczności téj metody leczenia.

Według dzieła Dr. L e v i n'a, (*Die Inhalations-Therapie etc.*) z dodatkiem własnych spostrzeżeń.

Przez Dra Langowskiego.

(Ciąg dalszy i dokończenie). ¹⁾

B a r t h e z w szpitalu dziecięcym, cztery wypadki krupu za pomocą inhalacji taniną leczył i następującą o nich daje wiadomość: roztwór użyty do inhalacji zawierał od 5 do 10 procent taniny, posiedzeń w 24ch godzinach bywało od 8 do 20, a każde trwało od 15 do 20 minut. Zastanawiające jest działanie środka na błony fałszywe: oddech stawał się spokojny i wolniejszy, napady uduszenia znikaly. Pomimo to dwoje dzieci umarło w skutek zatrucia ogólnego.

Dr. S a l e s-G i r o n s ubolewa że po wyprobowaniu środka tego przez T r o u s s e a u, B a r t h e z nie użył jakiego innego, tem więcej że znaną jest większa łatwość rozpuszczania się fałszywych błon w kwasie octowym, saetrze i alkaliach. Jeżeli kwasy nie-tyłe zalecają się do inhalacji, to alkalia w połączeniu ze środkami ściągającymi powinny zasługiwać na uwagę.

3ci wypadek *Anginae membranaceae*, traktowany wdychaniami taniny bardzo często powtarzanemi, był pomysłniejszy. Z początku pierwsze 3 dni, choroba była umiejscowioną i jakby dalszych nie robiła postępów, poczem widocznie było polepszenie prowadzące do zupełnego wyzdrowienia.

4ty wypadek krupu w 1 okresie z zajęciem migdałów, podniebienia miękkiego i języczka przez fałszywe błony. Kaszel, głos ochryply, prawie żaden. Inhalacje taniną, na 4ty dzień zupełne wyzdrowienie.

Prof. Z d e k a n e r w Petersburgu podaje kilka obserwacyj szpitalnych i z prywatnej swój praktyki, które świadczą o skuteczności wdychania roztworu półtoro-chlorka żelaza w krwotokach płucnych. Płyn do tego użyty, składał się z 5j półtorochlorku żelaza i 5vj wody przekroplonej; połowa téj mieszaniny była dostateczną do zatamowania krwotoku.

L i n g e n i W i s t i n g h a u s e n ²⁾ wolnopraktykujący lekarze w St. Petersburgu, również podają ciekawe spostrzeżenia co do inhalacji. Pierwszy cytuje 38letniego urzędnika z gruźlicą, u którego krwotoki płucne do 3ch funtów naraz dochodziły. Wszelkie użyte środki były bezskuteczne, dopiero inhalacje *Liquoris ferri sesquichl.* z 9j. na 5jj, wstrzymały krwotok zupełnie, przez co stan ogólny chorego znacznie się poprawił. Dr. W i s t i n g h a u s e n przytacza 3 historye chorób, a mianowicie: 1-ą piętnastoletniej panny

¹⁾ Patrz Nr. 23 Gaz. Lek.

²⁾ Petersb. medicin. Zeitschrift. 1862, 17. H. s. 137 i 129.

z matki suchotnicy, która po długim katarze kanałów oddechowych, dostała rozedmy (*emphysema*) obydwóch płuc z astmatycznymi przypadłościami. Liczne tak wewnętrzne jak zewnętrzne środki, kuracye u źródeł Weilbach, Ems i Salzbrunn nie przyniosły oczekiwanego skutku; dopiero w skutek zalecenia przez Prof. E c k inhalacyi *Solut. arsen. Fowleri* od 10 do 20 kropli na $\bar{5}$ j wody, dwa razy dziennie, przy używaniu do wewnątrz *arg. nitr.* od $\frac{1}{20}$ do $\frac{1}{4}$ grana, cztery razy dziennie, astma zupełnie ustała i pomimo ostrój zimy i zmiennój pogody wiosennej, więcej nie wróciła. Chora w ciągu kuracyj $\bar{5}$ jv Sol. Fowl. użyła w inhalacyach bez złych następstw. Po czem dostawała inhalacye z X gran taniny na $\bar{5}$ j a w końcu *Extr. Turion. Pini*.

Dwie drugie historye dotyczą chronicznego zapalenia krtani z kaszlem i chrypką. W obydwóch wypadkach zalecone były inhalacye z wody Ems Kränehen, a po 3-ch tygodniach, zupełne nastąpiło polepszenie.

Z niemieckich lekarzy pierwszemu Dr. F i e b e r należy się zasługa wprowadzenia inhalacyi jako środka terapeutycznego. Będąc lekarzem praktykującym w Wiedniu, wiele artykułów tak oryginalnych jako też tłumaczonych z francuzkiego podawał do tamecznych pism publicznych.

Ciekawe są jego własne obserwacye podane *in Wiener med. Wochenschrift 1862, Nr. 40, S. 631*. Opisuje on wypadek gruźlicy z krwią-pluciem i mocnym kaszlem u 28io letniego mężczyzny, gdzie po inhalacyach z makowca i ałunu znaczna nastąpiła poprawa. *W Allg. Med. Central-Ztg 1862 N. 51*, u 4letniej dziewczynki z kokluszem, po inhalacyach z *sem. Hyoscyami* zupełne wyleczenie. *W Wiener Med. Halle, 1862, N. 33, S. 313*: Mężczyzna 48-letni, długi czas cierpiący na katar krtani, tchawicy i zupełną utratę głosu; po inhalacyach z makowca i cynku, nastąpiło zupełne wyleczenie. *W Allgem. Wiener med. Zeitung, 1862 N. 17*, u 46-letniego chorego na *Bronchorrhoea c. dyspnoea i Emphysema pulmonum*, inhalacye z *Zinc. sulphur*; zupełne wyleczenie. *W Allg. Wiener. med. Zeitung 1862 N. 21*: Kobieta 27-letnia z silném zajęciem kataralném oskrzeli, po inhalacyach z makowca i *sem. Hyoscyami* prawie zupełnie wyleczoną została. *W Revue médicale, 1862, 15 Juli* opisuje granulacye na tylnej scianie polyku, za pomocą inhalacyi z taniny i ałunu zupełnie usunięte. Prócz powyższych obserwacyj, Dr. F i e b e r piśmiennie komunikował Drowi L e v i n swoje uwagi co do inhalacyi w krupie. Z 15 wypadków inhalacyj taniną w ilości $\bar{5}$ j na 20 $\bar{5}$ wody co 3 godziny po 5, 8 i 10 minut, $\frac{2}{3}$ uratowane zostało. Tu autor nadmieniam, że sprawdzał wszystkie w tym względzie doświadczenia Dra B a r t h e z i przekonał się, że zdanie jego w niektórych razach różni się ze zdaniem francuzkiego obserwatora a mianowicie: Dr. B a r t h e z powiada, że fałszywe błony pod wpływem taniny, po brzegach zawiązują się, by tym sposobem oddzielać się mogły; gdy tymczasem D. F i e b e r nigdy tego nie widział a zauważył, że fałszywe błony przy ciągłym działaniu taniny, jakby rozpuszczały się — a to stopniowo tak postępuje, że pomimo nie dostrzeżenia ich śladu, przy odpluwaniu, jednakże organ cierpiący przeświecać zaczyna zdrową błoną śluzową. Również ciekawe i nauczające są spostrzeżenia Dra F i e b e r, co do skuteczności półtoro-chlorku żelaza w krwotokach płucnych.

Jedna z wielu przez niego przytoczonych historyj, zasługuje więcej na uwagę: pewien 30-letni mężczyzna cierpiąc od dawna na gruźlicę, nagle przed 6iu tygodniami zapadł na mocny katar oskrzeli i tak obfite wyplwanie krwi, że co chwila życie zostawało w niebezpieczeństwie. Najdoświadczeńsi lekarze miejscowi używali wszelkich środków do wewnątrz, lecz na próżno. Przywołany Dr. F i e b e r, widząc bezskuteczność przepisanej solucyi półtoro-chlorku żelaza \bar{O} jj na \bar{U} jj woły do wewnątrz, zastosował ją do inhalacyi w aparacie S a l e s-G i r o n s. Z początku zalecał 15 razy tylko odetchnąć i to w 3ch odstępach po kwadransie czasu. Takie posiedzenia były dwa na dzień, czyli razem 30 odetchnięć. Następnie przeszedł do 48iu z równą ostrożnością. Po 6ciu tygodniach pacjent tak się poprawił, że przestał brać inhalacye, wysłany został na serwatkę i powrócił do Wiednia w bardzo zaspakajającym stanie.

Drugi z Niemieckich lekarzy więcej oddający się inhalacyi jest Dr. J o h a n S c h n i t z l e r ¹⁾.

Wypadki jego obserwacyj w leczeniu zapaleń polyko-krtaniowych, krtani przewlekłych, taniną i alunem, są bardzo świetne. Każdego chorego natychmiast po inhalacyi badał wziernikiem krtaniowym i przekonał się, że po użyciu środków ściągających, błona śluzowa krtani staje się bledszą.

U jednego z długotrważącą chrypką, gdzie struny głosowe zaczerwienione i śluzem pokryte były, po inhalacyi znalazł struny głosowe poblądłe, czyste a głos znacznie wyraźniejszy.

W zapaleniach przewlekłych krtani w skutek gruźlicy, mniej zadawalniające widział postępy; za to *in bronchitide c. Emphysema* niejednokrotnie z powodzeniem używał do inhalacyi płynu złożonego z $\bar{3}$ j *Aluminis crudi, morph. acet gr. j—jj* w $\bar{16}$ j wody przekroplonej i takową bardzo zaleca.

W Aphonii alun zaleca jako jeden ze środków najdzielniejszych. Na poparcie zdania swego, przytacza historią chorego, który od 2ch lat był mocno ochryply, a od 8 miesięcy zupełnie stracił głos. Bliższy *examin* przedstawiał struny głosowe, jakoteż samą błonę śluzową krtani mocno obrzmiałe. Po 9 dniach inhalacyi alunem, jakkolwiek chryпка jeszcze nie ustąpiła, ale głos o tyle powrócił, iż chorego można było zrozumieć.

Owrzodzenia syfilityczne nosa i krtani traktował płynem z gr. j, sublimatu na $\bar{3}$ j wody z bardzo szybką poprawą.

Z dwóch wypadków krupu, bromkiem potażu w ilości gr. x na $\bar{3}$ j wody inhalowanych, jeden pomyślnym uwieńczony skutkiem.

Dr. W a l d e n b u r g podaje 131 wypadków leczonych iuhalacyami, w których 44 nastąpiło zupełne uleczenie, 72 poprawa a 15 bez skutku. Według rodzaju chorób, te 131 wypadków składają: 6 *catarrhus narium*, 12 *pharyngitis catarrhalis aut granulosa c. laryngitide*, 6 *pharyngo-laryngitis syphilitica*, 18 *laryngitis catarrhalis*, 28 *catarrhus bronchialis*, 9 *catarrhus bronchiorum et laryngis*, 5 *asthma*, 6 *haemoptoë*, 22 *tuberculosis pulmonum* i 19 *tuberculosis laryngis et pulmonum*.

Dr. L e i b l i n g e r ²⁾ z 15 przez siebie inhalacyami leczonych chorych, głównie zaleca w *Emphysema pulm.: ol. terebinthin. rect., ol. cadini*; w chronicznych katarach oskrzeli, taninę, *zincum sulphur*, gr. j na $\bar{3}$ j wody z dodatkiem *tinct. opii s.*, w krwotokach płuc *Liquor sesqui. chl. ferri*. Jeżeli chory częste ma napady kaszlu, z dobrym skutkiem używał *Extr. hyoscyami, extr. cannabis, morph. acet. i t. p.*

Prócz tego autor z własnego doświadczenia zaleca niektóre środki rozproszkowane, w chorobach oczu, a mianowicie w owrzodzeniach rogówki, jak np. *tinct. opii cr.* wpuszczona w oko sprawia nieznośny ból, gdy tymczasem rozproszkowaną, chorzy zupełnie dobrze znoszą, a zabliznianie wrzodów rogówki, daleko w krótszym następuje czasie.

Prócz powyższych, wiele zajmowali się i podawali swoje obserwacye w dziedzinie inhalacyi W e d e m a n z J e n y, S i e g l e ³⁾, którym winniśmy znaczne ulepszenie aparatu inhalacyjnego za pomocą pary; B i e r m e r ⁴⁾, S e m e l e d e r, a w ostatnich czasach najwięcej L e v i n.

C z ę ś ć t e c h n i c z n a i n h a l a c y i .

Stosownie do zasad ogólnie przyjętych i z własnego doświadczenia, pozycya chorego, mającego się leczyć inhalacyami, najwłaściwszą jest siedząca. Głowa powinna być cokolwiek w tył pochyloną, a to dla lepszój komunikacyi z krtanią. Język podczas inhalacyi, nie powinien być wysuwany za zęby, a to dla bardzo prostój przyczyny, że wówczas przy nasadzie grubiejac, zbliża się do tylnej ściany polyku i tym sposobem zmniejsza otwór krtani. Naj-

¹⁾ Wiener medicinal. Halle, 1862 N. 48, S. 442.

²⁾ Allg. Wiener med. Zeitung 1863 N. 8. S. 59.

³⁾ Die Behandlung und Heilung der Hals-und Lungen Krankheiten, Stuttgart 1864.

⁴⁾ Schweizerische Zeitung für Heilkunde III Band, 1864. S. 157.

lepiej utrzymywać go o ile można płasko, na dnie ust, tak, żeby końcem zaledwie dotykał dolnych zębów. Rurka szklana jako zbiornik rozproszkowanego plynu, powinna spoczywać na języku, a odległość jej od ogniska uderzającego plynu tak zachowaną, żeby plyn nie osadzając się na ścianach rurki lub podniebienia, wprost wpadał do tchawicy.

Co do głębszych lub krótszych wdychań, te powinny być względne do organu, dla którego inhalacye są przeznaczone. I tak: chcemy działać na płuca, odetchnięcia powinny być głębsze, jeżeli zaś tchawica i krtani jest cierpiącą, takowe są krótsze, a jeszcze krótsze, jeżeli tylko połyk lub podniebienie miękkie jest celem naszej kuracyi.

Plyn zbierający się w ustach, powinien być odpluwany, a dla uniknięcia zbytnej fazytygi, pacjent dopóki nie nabierze wprawy, często może robić odpoczynki.

Stopień ciepła inhalowanego plynu zależy od choroby i stosownie do tej przez inhalatora ma być wskazany. Tak np. w krwotokach płuca o ile można najniższy, w katarach zaś, koklusz, krupie, temperatura musi być znacznie wyższą.

Co do czasu, inhalacye trwają dłużej lub krócej, a to stosownie do ilości mającego się użyć środka, a ilość środka odpowiednio do przedstawiającego się organu cierpiącego.

Częstość inhalacyj zależy od stopnia natężenia choroby. I tak: w chorobach chronicznych raz na dzień a najwyżej dwa, jest dostateczne, w chorobach zaś ostrych trzy a nawet cztery razy dziennie, nie jest za wiele.

Każdy chory zanim przystąpi do inbalacyi, musi być sumiennie wyexaminowany tak za pomocą auskultacyi, perkusyi, jako téż, a może najgłówniej, laryngoskopii. Examin taki najmniej dwa razy w tygodniu winien być powtarzany, albowiem od niego zależy obraz postępu choroby, dalsze użycie tego samego, lub innego środka; powiększenie ilości, a wreszcie jednoczesne zastosowanie wewnętrznych i zewnętrznych środków.

Z 58 wypadków jakie miałem sposobność obserwować w mojem Inhalatorium przy Krasińskich Ogrodzie, 28 zostało zupełnie wyleczonych, 18 wyszło ze znaczne n polepszeniem a 12 pozostało w jednym stopniu. W liczbie tych ostatnich mieściło się dwóch *c. emphysemate ex utroque latere* sześciu *c. phthisi cavernosa et febre hectica*, czterech *c. laryngitide tuberculosa*.

Na 28 pierwszych wypadków, składały się następujące choroby: *granulationes pharyngis et laryngis*, *catarrh. pulm. chron. c. pharyngit. chr.*, *laryngitis catarr.* z długo trwającą chrypka, *Bronchitis chr. cum incipiente emphysemate*.

Do 18 którzy wyszli ze znacznem polepszeniem zdrowia należą *laryngitis inveterata c. aponia completa*, *tuberculosis pulm. c. haemoptoe*, *pharyngitis granulosa chronica* i *asthma*. Z powyższych wypadków, przytoczę szczegółowe opisy chorób, które więcej zdają się zasługiwać na uwagę i tak:

Pani S. obywatelka, oddawna cierpiąc na trudność w przelykaniu i jakby stojące obce ciało w krtani, które przez ciągle odchrząkiwanie usiłowała się pozbyć, przybyła o poradę dnia 10-go lipca. Przy bliższym examine za pomocą laryngoskopu przekonałem się, iż cała tylna ściana połyka prócz mocnego zaczerwienienia, usiana była małemi wyrostkami (*granulationes*), brzeg nadgłośni zaczerwieniony i struny głosowe obrzmiałe. Prócz tego chora skarżyła się na ciągle pokaszliwanie przy małem oddawaniu płwociny. Ogólny stan tak co do płuca, trawienia i innych funkeyj był zadawalniający. Chora od kilku miesięcy prawie w ciągłej domowej pozostawała kuracyi i jak się sama wyraża, bywały chwile gdzie się czuła lepiej, lecz nie długo tém dobrem się cieszyła.

Pierwszego dnia przybycia chora przepisane miała użycie wody Ems-Kesselbrunn z mlekiem do wewnątrz, inhalacye z soli amoniackiej i pędzlowania składające się z *sulph. zinci gr. v, tinct. opii gutt. x i glycerinac ʒijj*. Po 3ch dniach już chora doznała ulgi a mianowicie, przelykanie było swobodniejsze i odchrząkiwanie nie tak częste. Examin laryngoskopem przekonał mnie, iż czerwoność połyku, pomimo małej różnicy co do granulacyi, znacznie się zmniejszyła, czerwoność nadgłośni zbladła, zresztą stan jak wyżej.

Przepis kuracyi w niczem niezmienny. Po 3ch tygodniach nie dowierzając słowom chorej, która się miała za zupełnie wyleczoną, użyłem laryngoskopu i przekonałem się że czerwonosć tak polyku jakotóż nadgłośni zupełnie znikła, struny głosowe przysły do normalnego stanu a z granulacyi zaledwie ślad gładzie pozostał. Chora czując się zupełnie dobrze przerwała dalszą kuracyę.

Panna N. z powołania śpiewaczka, od 3ch tygodni w skutek zaziębienia ochrypla i pomimo energicznej domowej kuracyi, głos czysty powrócić nie chciał. Laryngoskopia odkryła nabrzmienie błony śluzowej krtani i strun głosowych, a przytem zaczerwienienie w sinawy kolor wpadające spodniej powierzchni nadgłośni. Zalecone miała do wewnątrz picie wód Ems-Kränchen a inhalacye z soli amoniackiej 2 gr. na $\frac{5}{3}$ j wody. W pierwszych dniach nie mogła znieść soli amoniackiej, gdyż i ta wywoływała pewien rodzaj lechtania pobudzający do kaszlu. Natychmiast usunąłem salmiak i zamieniłem go na glicerynę $\frac{5}{3}$ na 4 $\frac{5}{3}$ wody z dodatkiem gr. jj *extr. hyoseyami*. Po kilku dniach inhalacyi, drażliwość wywołująca kaszel, zupełnie usuniętą została, ale obrzmienie tak błony śluzowej jakotóż strun głosowych było prawie w jednym stopniu. Głos jeszcze ochryply, szczególniej w rannych godzinach. Wróciłem do inhalacyi z soli amoniackiej i nateraz były bardzo dobrze znoszone. Po 8iu dniach widoczna nastąpiła poprawa, czerwonosć nadgłośni zbladła, obrzmiałość błony śluzowej i strun głosowych znacznie zmniejszyła się, chora z większą łatwością zaczęła spluwać plwocinę, a głos stawał się czystszym. Tydzień przeszło kuracya w niczem nie była zmieniona, lecz nie będąc zupełnie zadowolonym z czystości głosu, co widocznie pochodziło z uporeczywie nieustępującego nabrzmienia strun głosowych, zmieniłem sól amoniacką na taninę w ilości gr. jj na $\frac{5}{3}$ j wody i takową mieszaniną inhalowałem chorą przeszło 8 dni. Po tym czasie nabrzmienie strun głosowych zupełnie znikło, głos wrócił naturalny, i chora w 5 tygodni czując się zupełnie zdrową, opuściła nasz zakład.

Trzy tego samego rodzaju historye chorób, trzech z powołania śpiewaczek, leczących się jednocześnie z powyższą pacyentką, nie zamieszczam tu, gdyż tak co do natury choroby, i traktowania jako też i zakończenia w niczem się prawie nie różnią.

P. C. lat 35, budowy ciała dosyć silnej, od lat kilku skarży się na ciągły katar, kaszel i ból całej klatki piersiowej, prócz tego od kilku miesięcy doznaje przykrego uczucia bólu gardła, tak przy polykaniu twardych jak i płynnych pokarmów. Perkusya i auskultacya wskazała cierpienie prawego płuca a mianowicie pod prawym obojczykiem i nad łopatką, odgłos stłumiony, oddech zaostrozony, wydychanie przedłużone, przy forsowniejszym kaszlu żyłki krwi w plwocinach, puls 76; prócz tego, tylna ściana polyku mocno zaczerwieniona w siny kolor przechodząca. Tu nie podlega wątpliwości, że rozsiana gruźlica w prawym wierzchołku płuca już od dosyć dawna datuje. Przepisane miał do wewnątrz użycie wody Emskiej Kränchen z serwatką i inhalacye z téjże samój wody. Po sześciu tygodniach takiej kuracyi, jakkolwiek znaki fizyczne prawie w niczem się nie zmieniły, jednakże chory pozbył się chronicznego kataru, przestał kaszlać i długo trwający ból przy polykaniu zupełnie ustąpił.

P. B. urzędnik, wieku lat 35, od kilku miesięcy doznaje bólu gardła przy przelykaniu i głos traci czy to w skutek oziębienia się powietrza, czy też przy dłuższej rozmowie. Prócz tego czuje ciągle lechtanie w gardle, które pobudza go do kaszlu. Przy bliższym examinie gardła za pomocą laryngoskopu przekonałem się, że prócz zaczerwienienia dosyć mocnego całej powierzchni tylnej polyku i ziarnistości (*granulationes*), struny głosowe były nabrzmiałe i zaczerwienione. Auskultacya i perkusya wykryły stan kataralny błony śluzowej oskrzeli większego kalibru (*bronchitis chr.*). Przepisane miał do wewnątrz użycie wody Ems-Kränchen z mlekiem i inhalacye z taniny. Po 2ch tygodniach kuracyi, czerwonosć polyku i nabrzękłość strun głosowych znacznie się zmniejszyły, głos szczególniej w godzinach poobiednich o wiele mocniejszy i wyraźniejszy.

Pomimo to, chory zawsze czuł jeszcze przeszkodę w polykaniu, i przy dłuższem mówieniu głos słabszy. Powtórny examiu laryngoskopem przekonywał, że tak granulacye jako też nabrzęknięcie strun głosowych niezupełnie ustąpiły. Tu pacyent prócz inhalacyi

taniną, zastosowane miał tuszowanie kamieniem piekielnym w ilości gr. 5 na $\frac{3}{4}$ j. W następnych 2ch tygodniach widoczna poprawa z każdym dniem następowała, a po 5ciu tygodniach zupełnie zdrów, z głosem naturalnym, silnym, przerwał kurację.

Pani S. wieku lat 30, silnie zbudowana, od wielu lat skarży się na suchy kaszel z wydawaniem nadludzkiego głosu, więcej zbliżonego do szczekania psa. Przed laty 8iu chora zasięgała méj rady i jak wówczas tak i dziś znalazłem w obydwóch dolnych zrazach płuc lekkie rżenia w rozgałęzieniach większych oskrzeli; oddech ostry, chrapowaty, a około wierzchołka lewej łopatki na ograniczonój przestrzeni, mniej jak pół dłoni, oddech tak zaostrozony, że za czysto oskrzelowy przyjąć go można było. Kaszel powiększój części suchy tak był męczący, że chora oblana potem na nogach utrzymać się nie mogła. Prócz tego od kilku miesięcy chora czuje znaczną zmianę w głosie, c., wykryte laryngoskopem nabrzmienie strun głosowych dostatecznie tłomaczy.

Pacjentka zalecone miała picie wód Ems-Kränchen, inhalacye głębokie z téjże samój wody, i bańki między łopatki. Po siedmiu dniach kaszel, a raczej szczekanie zmieniło swój charakter, w miejsce suchego, forsownego; kaszel był daleko łagodniejszy, wilgotny. Po 3ch tygodniach chora czuła się prawie wyleczoną, kaszel, który dzień i noc nie ustawał, zmienił się na ranny z dosyć obfitým odpluwaniem śluzu, głos powracał do normalnego, nabrzmienie strun głosowych zaledwie dająca się dostrzedz, a oddech ostry, chrapowaty w obydwóch płucach, ustąpił miejsca wilgotnym rżeniom.

Po 5iu tygodniach kuracyi chora wysłaną została na wieś w sosnowo lesiste okolice, zkad wróciła zupełnie zdrową.

Kilkanaście podobnych historyj chorób tak polyka, krtani jako téż płuc nie przytaczam, gdyż nie wiele różniąc się tak w przebiegu jako téż i kuracyi, byłyby bezkorzystném powtarzaniem się.

O chorych, którzy w ciągu 3ch lat zgłaszali się o poradę sposobem inhalacyjnym, to zdanie wypowiedzieć mogę, iż we wszystkich krwotokach tak mniejszych jako téż większych, płuc, zastosowana woda zimna, alun, tanina a głównie półtorochlorek żelaza, zawsze natychmiastowym odznaczały się skutkiem. W katarach chronicznych płuc, woda Emska, sól amoniacka, sól kuchenna; przy większych i obfitych wydzielinach śluzu oskrzelowego, tanina, zbawienny wpływ wywierały.

W zapaleniach krtani z utratą głosu, woda Emska, sól kuchenna, tanina, alun; w owrzodzeniach polyku i krtani skrofulicznych, lub długo trwającego kataru, inhalacye z kamienia piekielnego. W owrzodzeniach syfilitycznych dwuchlorek rtęci.

W rozedmie płuc roztwór F o w l e r a w ilości $\frac{2}{3}$ na $\frac{1}{2}$ j wody wielką przynosił ulgę.

W chronicznych katarach płuc ze śluzotokiem oskrzelowym i plwocinami ropiastemi, woda smołowa w krótkim czasie nietylko odtrącała nieprzyjemną woń, ale nadto ograniczała wydzielinę śluzo-ropiaste.

Z narkotycznych środków, jeden dotychczas ekstrakt szaleju używałem w spazmodycznych suchych, męczących kaszlach, w ilości gr. jj na $\frac{3}{4}$ j wody, z pomyslnym skutkiem.

W wypadkach gdzie ani w krtani, ani w płucach nie można było odkryć widocznej dotykanej przyczyny ciągłego pokaszliwania, które więcej może ze zbytnej czulości błony śluzowój krtani na wpływ atmosferyczny pochodziły, gliceryna na wpół z wodą destylowaną była prawie jedynym środkiem.

Wiadomości bieżące.

— Posiedzenie oddziału anatomii, fizyologii i nauk przyrodniczych Tow. Lekar. Warszaw. z d. 26 października 1869 r. O kwasie jednochlorooctowym przez Dra H. Fudakowskiego.

Powierzchnowe działanie, chociaż najmocniejszego kwasu octowego, działanie jego ograniczające się bardziej na powierzchnię skóry, pozwalało zawsze zaliczać ten środek naj-

wyżej do rzędu drażniących środków (*rubefacientia, vesicantia*). Wiedziano już dawniej o tém że rogowe utwory pęcznieją w mocnym octowym kwasie, w occie lodowatym, że w części nawet mogą się w nim rozpuścić, z wyjątkiem włosów. W ubiegłym roku jeszcze obwieszczoném zostało jedno opracowanie (Gustaw J ü d e l l), mające na celu zbadanie działania octu lodowatego na rogowe utwory, a także na tkaninę sprężystą, w zatopionych rurach, przy ogrzaniu do 120°C. Między innymi, niezlicznymi faktami, mającymi bardziej teoretyczne znaczenie, podał autor tego opracowania odkrytą przez niego rozpuszczalność nawet włosów w occie lodowatym, przy wyżej wymienionych warunkach. Na powyższej téż własności kwasu octowego, na działaniu jego na naskórek naszej skóry opierali się, już przed całym szeregiem lat, C a r m i c h a e l i S z o k a l s k i, polecając ten kwas na wyniszczenie nagniotków. Niedawnemi czasy zaś polecano wstrzykiwania tego kwasu, jako środka umiarkowanie gryzącego, w złośliwe nowotwory.

Kwasy jednochlorooctowy i trychlorooctowy, powstające przez podstawienie chloru na miejsce wodoru w kwasie octowym, jakkolwiek znane już od trzydziestu lat, mało badano pod względem działania ich na organizm, niepróbowano zatém użycia ich jako środków leczniczych.

Dr. K l e i n w Bonnii próbował zastosowanie krystalicznego nieczystego jednochlorooctowego kwasu do leczenia małych kędzierzaków (*telangiectasis*), brodawek, i te to próby skłoniły U r n e r a do bliższego zbadania działania tego kwasu na tkaniny organizmu.

Dr. F. A. U r n e r (*Chloressigsäure als Aetzmittel. Inaugural Dissertation. Bonn 1868 r.*), porównywał działanie, jak powiada, kwasu dwuchlorooctowego na tkaniny martwe (na wyprawioną skórę) oraz na tkaniny żyjącego zwierzęcia, z działaniem innych gryzących środków: kwasu azotnego dymiącego, azotanu srebra, chlorku cynku, potażu gryzącego.

W pomienioném opracowaniu Dra U r n e r a znajduje się jednak niedokładności, które przyczyniają się wiele do zmniejszenia naukowej wartości wyników przezeń otrzymanych. Dr. U r n e r mówi ciągle w swéj rozprawie o kwasie dwuchlorooctowym czystym, wspomina jednak że używał téż często mieszaninę kwasu dwu i jednochlorooctowego dla téj przyczyny, że trudno otrzymać pierwszy z nich w czystym stanie. Wiadomo zaś, że kwasu dwuchlorooctowego nie można otrzymać w czystym stanie, że przypuszcza się obecność jego w surowym materiale, otrzymanym przez działanie chloru na ocet lodowaty; Dr. U r n e r używał więc zapewne i tę nieczystą mieszaninę, otrzymaną dłuższém działaniem chloru na kwas octowy. Nadto Dr. U r n e r mówi o słabszych i mocniejszych roztworach, nie wiemy jednak jaką miarę zastosować w tych stopniowaniach. Dr. U r n e r przeświadczył się więc, że kwas dwuchlorooctowy jest mocnym gryzącym środkiem, że wymaga jednak pewnego czasu dla przeniknięcia przez naskórek. Porównywając jego działanie z działaniem kwasu azotnego dymiącego, doszedł on do wyników określonych w następujących słowach: kwas azotny dymiący przegryza wprawdzie tkaniny martwe i żyjące szybko i mocno, lecz rozszerza swe działanie na otaczające tkaniny, spowodowując w nich silne zapalenie, i pozostawia brzydkie owrzodzenie; kwas dwuchlorooctowy zaś przegryza równie mocno i głęboko, lecz nie tak szybko. Ten ostatni przedstawia tę wyższość nad kwasem azotnym, że ogranicza ściśle swe działanie, jednakowo przenika wgląb, powoduje przytem w otaczających tkaniach małe zapalenia, o czém przekonywa doświadczenie wykonane na delikatném uchu królika.

Dr. U r n e r użył następnie swój dwuchlorooctowy kwas do leczenia brodawek, nagniotków, małych kędzierzaków (*telangiectasia*), szyszkowin stożkowatych (*condyloma acuminatum*), brodawkowca (*papilloma*) w jednym wypadku, nareszcie leczył on również w jednym razie w znacznej części toczeń wyżerający (*Lupus exulcerans*), który u dziewięcioletniego dziewczęcia zajął był dolną część nosa, i rozszerzył się z obu stron na 1 1/2 cala.

Leczenie ostatniego z wymienionych cierpień było daleko mniej bolesném aniżeli azotanem srebra.

Zebrane w tych wypadkach własne doświadczenie wyraził Dr. U r n e r w następujący sposób:

1) „Dwuchlorooctowy kwas należy do środków gryzących, działających najgłębiej; nie ustępuje on w swém działaniu kwasowi azotnemu.“

2) „Może być ten kwas użyty do wygryzania nowotworów, działa bowiem z jednaką siłą w głąb' tkanin, nie rozszerzając się na tkaniny sąsiednie.“

3) „Ból przy zastosowaniu dwuchlorooctowego kwasu nie jest tak wielkim, jak przy użyciu innych gryzących środków; zapalenie dokoła nie jest téż mocnym. Pozostający strup nie jest zbyt wielkim, oddziela się on łatwo od dna pokrytego dobrém ziarnkowaniem. Blizny są gładkie, nie ściągają się nadmiernie.“

4) „Nie należy obawiać się zatrucia kwasem dwuchlorooctowym.“

„Użycie jego jest zatem dogodnym; potrzeba małych ilości dla skutecznego działania.“

Nadmieniam jeszcze, że Dr. U r n e r używając roztwory w mowie będącego kwasu, niemi powlekał właściwe miejsca na które środek zastosowywał.

Chcąc sprawdzić ważniejsze z powyższych podań Dra U r n e r a, oraz wyjaśnić dokładniej działanie c z y s t e g o j e d n o c h l o r o o c t o w e g o k w a s u, przyrzadziłem z pomocą p. A. J a k o w i c k i e g o, słuchacza nauk lekarskich, czysty jednochlorooctowy kwas ($C_2H_3ClO_2$), i wykonaliśmy z nim w następującem opisanem próby.

Racyonalna metoda leczenia chemicznego, na podstawach znajomości chemizmu właściwego organizmowi, wymaga, jak wiadomo, koniecznie dokładnej znajomości, o ile to jest możliwem, chemicznych dobrze określonych własności użytego środka, oraz ich stosunku do chemicznych składowych części, do chemizmu organizmu.

I). Pierwszą małą próbę zrobiłem na sobie. Kroplę roztworu 2,651 grm. rozplywającego się skrytalizowanego kwasu w 10 kroplach wody rozpostarłem na skórze, i pozostawiłem ją 3 minuty, a następnie zmyłem kwas jaknajdokładniej. Skóra w téj chwili zbieiała i wkrótce dał się uczuć szczypiący ból, nie zbyt przykry. Odgraniczenie od zaczerwienionej sąsiedniej skóry bardzo ściśle. W ośm dni już utworzony strup dość gruby, sięgający w głąb' skórnój tkaniny, zaschły, wklęsły, dobrze odgraniczony, otoczony nieco zaczerwienionemi i bolesnemi brzegami. Odpadł on, a pod nim pozostała gładka blizna.

II) Trzy szerokie szyszkowiny (*condylomata lata*) obrałem z pomocą Dra T e i c h a na chorym łaskawie mnie przezeń dostarczonym. Jedną posmarowaliśmy powyższym roztworem 2,651 grm. kwasu w 10 kroplach wody, drugą samym rozplywającym się kwasem, trzecią zaś posmarowaliśmy tylko mocnym octowym kwasem. Dwie pierwsze zbieiałały natychmiast, ściagnęły się; strup utworzony i mocno przylegający oddalił się łatwo pod okładami z węglanu sody, poczem przeświadczyliśmy się, że posmarowanie lekkie badanym środkiem starczyło, aby zgryźć tkaniny na grubość 3—4 mm. Ból trwał około 10 minut, nie zbyt mocny. Trzecia zaś szyszkowina posmarowana kwasem octowym zaledwie trochę zbieiałała, i nic się zresztą nie zmieniła.

III) Dr. O r ł o w s k i podał mi w swoim oddziale, w szpitalu Dzieciątka Jezus, zręczność zastosować jednochlorooctowy kwas na dzikie mięso, wznoszące się na blisko dwa centymetry i na znacznej części powierzchni dna wielkiego wrzodu modzelowatego (*ulcus callosum*). Powleczenie jednorazowe cienką warstwą rozplywającego się krytalicznego kwasu dało strup biały, około 3ch mm. gruby, który z łatwością od oczyszczonego dna się oddzielił. Ażeby wzmocnić działanie, móżd dokładniej zbadać siłę przenikania i niszczenia tego kwasu, nałożyliśmy 15go października b. r. około 3ch mm. grubą warstwę mieszaniny z mniej więcej równych części mąki i rozplywającego się krytalicznego jednochlorooctowego kwasu, na powierzchnię 8 centym. długą a 3 centym. szeroką, i otoczyliśmy to ciasto dokoła szarpia. 17go października gruby strup brudnego szarego koloru, ściśle odgraniczony i mocno przylegający do dna wrzodu pokrywał całą tę powierzchnię. Zastosowaliśmy naówczas okładania z roztworu węglanu sody, i pod ich wpływem 19go października oddzielił się ów strup dokładnie prawie na całej przestrzeni; na przecięciu pionowém dochodziła jego grubość do jednego centymetra. Chory doznawał bólu w czasie działania użytego środka, nie był on jednak nadmiernie mocnym.

Z tych prób powzięliśmy więc przekonanie, że czysty jednochlorooctowy kwas działa jako mocny żrący środek, przenika szybko (a w tém nie zgadzamy się z Drem U r n e r e m,

podług którego przenikanie jego jest powolném) i głęboko, ogranicza się ściśle w swém działaniu, nie niszcząc sąsiednich tkanin, spowodowuje zbity i dość łatwo oddzielający się strup, a ból wywołany tém jego działaniem nie dosięga zbyt wielkiej miary.

Jakiem więc jest działanie jednochlorooctowego kwasu na składowe części tkanin? do jakiego rzędu żrących środków można go zaliczyć? Roztwór jednochlorooctowego kwasu skrzepia z niezmierną siłą ciała białkowate (białko jaja, białko surowicy krwi) w ich roztworach, nadto strąca on klej (glutynę) z jego wodnego roztworu. Tych własności, szerególniej ostatniej z nich, nie posiada sam kwas octowy. Jednochlorooctowy kwas zatem przenikając szybko w tkaniny, skrzepia w nich (w klejodajnej skórze) ciała białkowate i klej; na tém polega jego niszczące działanie, ściśle jego ograniczenie. Ponieważ sam kwas octowy nie zdoła strącić kleju z jego roztworu, chlor zaś — jako woda chlorowa — posiada tę własność, wynika więc ztąd niejako możność przypuszczenia, że chlor, chociaż w chemicznym związku z kwasem octowym istniejący, przenosi doń tę swoją właściwość niezatartą. Klej widocznie zdoła rozłożyć jednochlorooctowy kwas, lub utworzyć z nim nierozpuszczalny jakiś związek, kiedy przeciwnie ze srebrem nawet jednochlorooctowy kwas tworzy związek rozpuszczalny w wodzie.

Jednochlorooctowy kwas można więc zaliczyć do rzędu żrących środków, działających przez ścinanie ciał białkowatych i kleju w sokach i tkaninach.

— Assystentami klinik mianowani zostali: terapeutycznej fakultetowej — **S w i e t l i c k i**, ter. szpitalnej — **F o m b e r g**, chirurgicznej fakultetowej — **B e n n i**, chir. szpital. — **C i u n k i e w i c z**, kliniki syfilitycznej — **L e w i Ń s k i**, klin. chorób umysłowych — **Ż ł o b i k o w s k i**, klin. akuszeryjnej — **K o n d r a t o w i c z**.

— Na ostatniem posiedzeniu Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego przyznano stopnie lekarzy wolno praktykujących, p. p. Zygmunтови **B y s t r z y Ń s k i e m u**, Adamowi **B a u r e r t z**, Jakóbowi **R o s e n t h a l o w i**, Pawłowi **Z d a n o w i c z o w i** i Adolfowi **K i s i e l e w s k i e m u**.

Od Redakcyi Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich. Z d. 1-m miesiąca stycznia 1870 roku rozpoczyna się drugie półrocze czwartego roku czyli tom ósmy **Gazety Lekarskiej**, która w tym samym co i obecnie, ściśle naukowym kierunku i nadal wydawaną będzie. Redakcyja uprasza szanownych P. T. abonentów, aby, stosownie do rozporządzenia władzy pocztowej, zgłaszać się raczyli z prenumeratą **b e z p o ś r e d n i o** do Redakcyi. **Cena Gazety Lekarskiej**: 1) w Warszawie: w Redakcyi i w Księgarniach rocznie r. sr. **pięć**, półrocznie r. sr. **dwa kop. pięćdziesiąt**; 2) na prowincyi w Cesarstwie i Królestwie: w Redakcyi i w księgarniach rocznie r. sr. **sześć**, półrocznie r. sr. **trzy** (licząc w to przesyłkę pocztową, przepaski i expedyceję).

Uwaga: „*Rys historyczno-statystyczny szpitali w Królestwie Polskiem*“ jako **Dodatek bezpłatny** do **Gazety Lekarskiej** w ciągu dalszym i w roku przysłym dołączanym będzie.

Również z m. styczniem rozpoczyna się szóste półrocze wydawnictwa **Biblioteki Umiejętności Lekarskich**, w którym wyjdzie **sto** arkuszy druku. Prenumerujący już to pismo razem z **Gazetą Lekarską** zechcą złożyć przedpłatę na następne półrocze (to jest od 1 stycznia do 1 lipca 1870 r.) r. sr. **dziesięć** (po kop. 10 za arkusz); prenumerujący zaś samą **Bibliotekę** — r. sr. **piętnaście** (po kop. 15 za arkusz razem z przesyłką). Nowi zaś prenumeratorowie **Biblioteki Umiejętności Lekarskich**, którzy są już abonentami **Gazety Lekarskiej**, oprócz tego złożyć zechcą za ubiegłe pierwsze pięć półroczy r. sr. **czterdzieści trzy** i jako rękojmię stałej prenumeraty r. sr. **pięć** czyli razem r. sr. **pięćdziesiąt ośm**; nie prenumerujący zaś **Gazety Lekarskiej** wniosą za pierwsze pięć półroczy r. sr. **sześćdziesiąt cztery kop. pięćdziesiąt**, oraz r. sr. **pięć** jako rękojmię prenumeraty stałej, czyli razem r. sr. **ośmdziesiąt cztery kop. pięćdziesiąt**.

Redakcyja **Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich** przy rogu ulicy **Jasnej i Zielonego placu**, w domu **Jaroszyńskiego**, Nr. 1364, mieszkania Nr. 6.

W Drukarni **Gazety Polskiej**. — Za pozwoleniem **Cenzury Rządowej**.
