

I.

PRACA ORYGINALNA.

Z ODDZIAŁU DR. MED. TEOFILA ŻERY W SZPITALU S-go ŁAZA-
RZA (WARSZAWA).

Sto przypadków leczenia dymienic metodą Biera.

p o d a ł

Dr. Leon Wernic.

Odczyt, przeznaczony na X zjazd lekarzy i przyrodników we Lwowie
r. 1907.

CZĘŚĆ PIERWSZA.

Już Ambroży Paré, słynny chirurg francuski, żyjący w wieku szesnastym, zauważył, iż sztucznie wywołane przekrwienie miejscowe sprzyja formowaniu się odcisku kostnego po złamaniach. Dummreicher zaproponował metodę sztucznego wywoływania przekrwienia zastoinowego, przez uciskanie miejsca złamanego za pomocą specjalnych kliników. Obwodowa część kończyny miała być chroniona od ucisku nadmiernego przez odpowiednio nałożone bandaże. W ciągu czterech tygodni opatrunek ten ulegał częstej zmianie, a po upływie tego czasu stosowano opatrunek gipsowy.

Nicoladoni opublikował metodę Dummreichera już w r. 1875, ale nie rychlej jak w 12 lat po tem Helferich zaznajomił szer-

szy ogół z wynikiem leczenia za pomocą przekrwienia zastoinowego. W ośmiu przypadkach cierpień stawowych i pięciu złamań stosował on tę metodę z powodzeniem.

Lecz dopiero Bier, asystent Esmarcha, dzisiejszy prof. uniw. Berlińskiego, nadał metodzie szerszy rozgłos. Na 21-y m zjeździe chirurgów niemieckich wygłosił on referat, dający początek dzisiejszemu zainteresowaniu się tą sprawą. Aczkolwiek bowiem zjazd¹ ten odbył się w roku 1892-im i poddał metodę Biera wielu zarzutom, od tej chwili datuje się energiczna praca Biera w tym kierunku, nie ustająca aż do roku 1906-go, kiedy na 34-y m zjeździe chirurgów niemieckich mógł ogłosić całą litanię wypadków, leczonych metodą własną z wynikiem (jak wynikało z mowy jego) wspaniałym.

Bier oparł metodę swoją na spostrzeżeniach Heffericha, potwierdzonych przez obserwację własną, że chorzy, cierpiący na zastój żylny, wskutek niedomogi sercowej, są nader mało skłonni do gruźlicy płuc.

Początkowo zarówno technika metody Biera była źle opracowaną, jak i wskazania do jej stosowania nie były ściśle określone. Tem się tłumaczy, że do r. 1906-go metoda ta była mało popularną.

Dopiero 34-y zjazd chirurgów niemieckich pozwolił na jej uwydatnienie i rozpowszechnienie.

Jednakże już w roku 1905, a więc na rok przed zjazdem, wyszło drugie wydanie dzieła Biera „Hyperämie als Heilmittel“.

W obszernej tej monografii Bier opiera swą metodę na trzech tezach, naukowo dowiedzionych:

Po pierwsze. — Każdy narząd ludzki podczas pracy ulega przekrwieniu.

Po wtóre. — Przekrwienie zjawia się również podczas czynności rozrodczej i funkcyi wzrastania, a to w stopniu tym większym, im energiczniej przejawiają się te czynności.

Po trzecie. — Przekrwienie występuje stale, jako odczyn, broniący organizm od ciał obcych, przedostających się zewnątrz, jako to: drobnoustrojów, środków chemicznych, kurzu, etc. Wogóle niema ogniska chorobowego, któreby wywoływało stan niedokrwistości, natomiast każde wywołuje stan przekrwienia.

Wychodząc z tych założeń Bier uważa przekrwienie za wyraz *samoobrony organizmu* i stara się je zwiększyć w sposób sztuczny.

W celach leczniczych stosuje on przekrwienie tętnicze t. j. czynne i przekrwienie żyłne czyli bierne, wreszcie przekrwienie naczyń włoskowatych czyli mieszane.

Pierwsze t. j. *tętnicze* wywołuje się za pomocą ciepła i środków chemicznych, drażniących (wysokoku, terpentyny i t. d.), dając pierwszeństwo ciepłu.

Przekrwienie bierne wywołuje Bier przez nakładanie na kończyny lekko uciskających opasek gumowych.

O ile przy stosowaniu przekrwienia tętniczego, które powodujemy przy pomocy specjalnie pomyślanych przyrządów ogrzewających, dąży Bier do wywołania wyraźnego zaróżowienia skóry, o tyle przy przekrwieniu biernem żąda nadania części kończyny, leżącej poniżej opaski, zabarwienia sinawego. Część, leżąca poniżej bandaża, obrzęka tem silniej, im wyższy i dłuższy jest ucisk. Atoli powinniśmy pamiętać, że 1-o nie należy doprowadzać do silnego stopnia obrzęku, 2-o tętno w części tętnicy, leżącej poniżej opaski, powinno być wyraźnie wyczuwane, i 3-o ciepłota okolicy skóry, poddanej zabiegowi, ma być normalna, lub wyższa, nigdy zaś nie może być niższą niż normalna.

Oprócz czynnego i biernego, jak mówiliśmy, istnieje trzecia postać przekrwienia — mieszana, w której główny udział biorą naczynia włoskowate — tętnicze i żyłne. Tę postać otrzymujemy przy pomocy baniek Bierowskich. Do tejże kategorii przekrwień mieszanych należy zaliczyć i dłużej trwające zabiegi z opaską.

Wpływ długotrwałego przekrwienia sięga głębiej, niż krótkotrwałego. Obejmuje ono bowiem nawet jamę wnętrza kości i powoduje zmiany przy takich cierpieniach, jak zapalenie szpiku kostnego.

Metoda, w jaki sposób stosować zabiegi, została opracowana szczegółowo przez Biera.

Przekrwienie tętnicze najlepiej wywołać za pomocą ciepłego powietrza. Dla oddzielnych okolic tułowia są wyrabiane przyrządy specjalne, które pozwalają na ich wygodne zastosowanie.

Podobny wynik można otrzymać przy pomocy żarowych lampek elektrycznych. Następstwem zabiegów są obfite poty obok wybitnego zaczerwienienia skóry, występującego wraz z uczuciem błogości, trwającym czas pewien, nawet po usunięciu czynnika wywołującego. Tego rodzaju termoter-

pia musi być dokonywana z zachowaniem wszelkiej ostrożności tak, aby nie powodować oparzeń.

Przeciwwskazaniem dla stosowania metody przekrwienia czynnego są wypadki chorobowe u osób wyczerpanych, doznających bólów głowy, bicia serca, oraz duszności i napadów osłabienia ogólnego. Również nie można stosować metody wymienionej podczas okresów menstruacyjnych. T^o powietrza przy termoterapii nie powinna przekraczać 114°C, gdyż wyższej nie może znieść bez szkody żywy organizm.

Do leczenia *przekrwieniem czynnem* nadają się wypadki *przewlekłe*, a częściowo *podostre*. Działaniu przekrwienia czynnego nie podlegają wypadki o charakterze zakaźnym.

Przekrwienie zastoinowe t. j. *żyłne* można wywołać za pomocą bandaża gumowego, 6 cm. szerokiego. Bandaż ten należy układać bądź wprost na gołe ciało, bądź też na uprzednio nałożony bandaż muślinowy. Ten ostatni stosujemy w przypadkach skóry drażliwej, która na bandaż gumowy może reagować zapaleniem.

Dla kończyn dolnych, szczególnie bioder, właściwy jest szeroki bandaż Martina. Należy nakładać opaskę w ten sposób, aby nie leżała zbyt blisko od miejsca chorego. Tak np. przy cierpieniach napięstka Bier radzi stosować bandaż na przedramię; przy cierpieniach przedramienia na ramię.

Dla ułatwienia techniki nakładania opaski gumowej dr Bronisław Kozłowski z Drohobycza stosuje przyrząd, przez siebie specjalnie pomyślany. Na walec, którego jeden koniec jest zaopatrzony w tarczę z kołem zębatym i sprężyną, nawija się dowolnej długości taśmę gumową. Za pomocą klucza, przechodzącego prostopadle do osi walca, możemy w sposób, odpowiadający potrzebom, zacisnąć taśmę na danej części ciała. Stosowanie nieumiejętne przekrwienia biernego może pociągnąć za sobą nawet bardzo znaczną zgorzel, połączoną z rozpadem miejscowem krwinek.

Rozpatrując działanie fizjologiczne przekrwienia, widzimy, że przekrwienie *czynne* powoduje przyspieszoną cyrkulację krwi w danym miejscu, przez co wzmaga się wehlanianie i przemiana materii. Wpływ bakteryobójczy przekrwienia czynnego jest bardzo nieznaczny. Przekrwienie *zastoinowe*, wywołujące miejscowo nadmierne skupienie się limfy, powoduje rozcieńczenie jądów bakteryjnych oraz osłabienie ich toksyczności przez dopływ odpowiedniej ilości antytoksyn; po-

siada ono przeto działanie silnie bakterjobójcze. Ciała takie, jak skrzepy krwi, ziarniny stawowe, a nawet, jak twierdzi Bier, bliznowce, ulegają przeprowadzeniu w stan rozpuszczalny i zostają wchłonięte.

Przekrwienie zastoinowe połączone bywa stale z nadmiernem miejscowem zbieraniem się limfy, której zastój jest większy niż krwi i przejawia się w postaci zastój białego.

Zarówno przekrwienia czynne, jak i przekrwienia bierne, prowadzą do wzmożonego odżywiania miejscowego. Następstwem tego jest silny rozrost nabłonka pokrywającego, (np. na włosach) naskórka i tkanki łącznej, natomiast nabłonek wydzielniczy — gruczołowy ulega zanikowi, dzięki uciskowi ze strony nowo tworzących się komórek łącznotkankowych.

Ullman, asystent Biera, twierdzi, że stała zmiana, wskutek leczenia metodą Biera, polega raczej na szybkim i gruntownem zniszczeniu tkanek chorych, aniżeli na regeneracji tkanki normalnej; na pasorzyty specyficzne (tuberkuliczne, i syfilityczne oraz gonokoki) metoda Biera ma działać w ten sposób, że zmniejsza ich jadowitość bez wywoływania leukocytozy miejscowej.

W jaki sposób, za pomocą jakich narzędzi, jak długo w jakich wypadkach należy stosować metodę Biera?

Jak już mówiliśmy wyżej, dla wywołania przekrwienia czynnego, Bier stosuje gorące powietrze. Przyrządy, w tym celu używane, są bardzo proste. Kończynę wprowadza się do skrzynki zamkniętej zewsząd, w której powietrze rozgrzewamy przez rurkę, połączoną ze źródłem ciepła. Dwie skrzynki, specjalnie zbudowane, służą do ogrzewania pleców. Stosowanie przekrwienia czynnego Bier zaleca tylko w przypadkach niezakaźnych.

Metoda leczenia przekrwieniem zastoinowem, jak mówiliśmy, stosowaną bywa 1-o za pomocą opaski, 2-o za pomocą baniek. Opaskę czyli szeroki bandaż gumowy nakłada Bier powyżej miejsca chorego w ten sposób, aby obroty zachodziły na siebie dachówkowato. Opaska ma być obciążona na tyle, aby wywołać silne obrzmienie żył podskórnych; skóra leżąca poniżej opaski staje się błękitno-czerwoną, a po upływie godziny chory doznaje w niej lekkiego kłucia. Bóle znikają prawie zupełnie, a puls przy prawidłowo nałożonej opasce jest dokładnie wyczuwalny. W przypadkach zapaleń ostrych Bier trzyma bandaż nieraz po 20 godzin, następnie

robi przerwy 4 godzinne. Zastój może wywołać powiększenie objętości chorej kończyny, wzmożony przyrost włosów i wpłynąć na powiększenie gruczołów nasiennych. Leczenie zastoinowe jest wskazane, *szczególniej przy chorobach sakaśnych*.

Dla leczenia przekrwieniem mieszanem, t. j. zastoinowo-tętniczem, pierwszeństwo oddać należy bańkom wyjałowionym, (przechowywanym w 1:1000 sublimacie), za pomocą których można usunąć ropę i wywołać przekrwienie. Stosowanie ich nie jest połączone z niebezpieczeństwem, grożącym choremu przy stosowaniu nieostrożnem opasek.

Szczególniej pomyślne wyniki widział Bier przy leczeniu ropni sutki za pomocą baniek dużych, t. zw. dzwonów szklanych, połączonych z gumowymi balonami. Bańki te stawia się na sutce tak długo, póki nie zacznie wydzielać się surowica krwawa, bez ropy. Wyniki, co do leczenia mastitis, potwierdza Zacharias, który pozwala karmić piersią chorą, nb. przez ochraniacze gumowe. Leczenie zastoiny należy rozpoczynać wczesnie.

Z chorób, przy których Bier stosuje swoją metodę, w pierwszym rzędzie wymienię gruźlicę kości. W tym wypadku stosowanie jednorazowe opaski trwa nie dłużej, niż 3 godziny do wywołania obrzęku nieznacznego. Trwanie całego zabiegu wynosi 9 miesięcy. Metoda leczenia zastoiną również zalecaną była przy przetokach, oraz przy gruźlicy jądra (można w woreczku podwatowanym, a bandażyk na 1—3 godzin); gruźlica przyjądra dawała mniej pomyślne wyniki.

Opaskę stosuje Bier również przy ostrych zapaleniach i ropniach; seanse trwają po 20 do 22 godzin, a w ciągu pozostałych 2—4 godzin układa się kończynę wysoko dla zmniejszenia obrzęku powstałego.

Szczególniej pomyślne wyniki przy pomocy małych nacięć i masażu otrzymywał Bier przy zajęciu ropnem pochevek ścięgniętych.

Rozpatrując literaturę danego przedmiotu, oprócz wyżej wspomnianych Biera i Ullmana, widzimy, że poglądy autorów różnią się pomiędzy sobą.

Danielson z Marburga podał 105 przypadków ostrych chorób zapalnych (czyrak, karbunkul, panaritium, zapalenie naczyń chłonnych i t. d.). W 101 notował zupełne wyleczenie. Stosował on pod znieczuleniem chloretyłowem—małe na-

klucia, a następnie przekrwienie zastoinowe. Dokładna technika i kontrola są, zdaniem Danielsona, niezbędne przy stosowaniu zabiegów Biera.

D-r Leopold Moll z Pragi, stosował zastoinę przy zapaleniu sutki oraz przy braku pokarmu ze skutkiem pomyślnym.

D-r Lexer z Monachium odzywa się sceptycznie o działaniu metody Biera w sprawach ostrych. Nazywa on ją mieczem obosiecznym, nawet przy stosowaniu *lege artis*. Przy nacieczeniach powierzchownych różnego stopnia działanie jej bywa czworakie: 1) *nacieczenie znika zupełnie*—lekkie wypadki bezgorączkowe—wczesne stosowanie zastoiny; 2) *nacieczenie szybko mięknie*, nie rozszerzając się—wypadki lekkie bezgorączkowe, trwające kilka dni—lub cięższe z niewielką gorączką, lecz wczesnie leczone; po otwarciu ropnia gorączka spada; 3) *nacieczenie mięknie i rozszerza się włąb*—gorączka się podnosi—przypadki ciężkie z gorączką, często bywa zaczerwienienie różycowate skóry oraz występują pęcherzyki z zawartością surowicza; 4) *nacieczenie wzrasta szybko* i tworzy się flegmona; gorączka podnosi się, bakterye przedostają się do krwi. Tu nie są wskazane małe ukłucia Bierowskie, lecz *cięcia szerokie*.

Zmiany, które wywołuje w tkance metoda Biera, dotyczą zdaniem Lexera, 4 punktów: 1) wchłaniania, 2) wytwarzania ciał ochronnych, 3) fermentów proteolitycznych i 4) przesieków.

Już Klapp dowiódł, że *wchłanianie* ogniska zapalnego podczas zastoju jest osłabione, natomiast po zdjęciu opaski wzrasta się. W organie podległym zapaleniu, nagromadzają się obok produktów przemiany materii, jady bakteryjne, toksyny i endotoksyny (t. j. jady, wydzielające się po zniszczeniu bakteryi). Te ostatnie nie wytwarzają antiendotoksyn, podczas kiedy antitoksyny powstają. Nagromadzone endotoksyny szkodzą silniej komórkom w warunkach sztucznego zastoju, niż w warunkach zwykłych. I aczkolwiek, dzięki transudacyi jady w miejscu chorem są silnie rozcieńczone, ale po zdjęciu opaski dostaje się ich bardzo dużo naraz do krwiobiegu,—co powoduje często wzniesienie gorączki. Organizm, zgodnie ze zdaniem Biera, może zniszczyć te jady, lecz tylko w wypadkach lżejszych, w ciężkich metoda ta zawodzi.

Co do *ciał ochronnych*, dostają się one do miejsca zapalnego przy zastoju w ilości większej, lecz pomimo to bakterye nie znikają prawie do zupełnego wyleczenia sprawy,

jak to bywa w warunkach normalnych, a nieraz żywotność ich nawet się nie zmniejsza, (dowodem tego wtórne zachorowanie po kuracji Biera).

Oczywistem jest, że *ciała ochronne*, dostarczane z przesiękiem, ulegają szybkiemu zniszczeniu. Nagromadzenie się kwasu węglowego i produktów przemiany materii nie przyspiesza bakteryolizy. Nadmierne wchłanianie się endotoksyn, następujące po zdjęciu opaski, może wywołać ostre pogorszenie. Korzyść z zabiegu osiągać się daje w bardzo świeżych przypadkach i w bardzo lekkich, choć nieświeżych, dopóki drobnoustroje nie zdążyły się rozmnożyć. Natomiast nacięcie, połączone z zastojem sztucznym może uprzedzić działanie endotoksyn.

Co do *fermentów proteolitycznych*, Lexer twierdzi, że nacieczenia zapalne, nie ulegające wessaniu zupełnemu przy zastoinie sztucznej, szybko ulegają zropieniu i nekrotyczne części rany rozpadają się. Nagromadzone leukocyty, rozpadając się, dostarczają fermentu proteolitycznego. Zastój, mówi Lexer, w przypadkach silnej lub dłużej trwającej infekcyi, działa jak kataplazm, którego dla oszczędzenia tkanek unikamy i którego działanie uprzedzamy przez wczesne nacięcie. Zastoinę radzi L. stosować w tych przypadkach infekcyi długotrwałej lub ciężkiej, dopiero po nacięciu.

Wzmnożona przez zastoinę ilość przesięku i wysięku w ogniskach zamkniętych sprzyja przeniesieniu aczkolwiek rozcieńczonych, lecz obfitych jądów do organizmu po usunięciu opaski. Jedynie w przypadkach lekkich może nagle wchłanianie ich pozostać bez szkody dla organizmu. Inaczej sprawa ma się w ogniskach otwartych; tam zwiększona, skutkiem metody Biera eksudacya jest zjawiskiem korzystnym, usuwa bowiem bakterye i ich produkty.

Ostatecznie Lexer twierdzi, że przypadki lekkie można leczyć samą zastoiną, cięższe zaś dopiero po szerokim nacięciu.

Tillmans należy do zwolenników stosowania zastoiny w przypadkach gruźlicy stawów (z wyjątkiem ciężkich), zapalenia stawów wiewiórowego i przewlekłego zeszywnienia po urazach, zapaleniach i t. p.

Nötzel przez odpowiednie doświadczenia potwierdził poglądy Biera na bakterybójcze działanie zastoiny. 67 królikom wywoływał on przekrwienie i w miejsca przekrwione zastrzykiwał b. złośliwe hodowle węglika: 16 królików zdechło—

51 wyzdrowiało. Gdy potem zastrzyknął te same hodowle tymże 51 królikom bez wywoływania zastoiny, wszystkie zdechły.

Klapp dokładnie opracował metodykę leczenia za pomocą baniek. Stosował on bańki tak, że stawał na 5 minut, poczem 3 minuty trwała przerwa. Zabieg cały ciągnął się na jednym posiedzeniu 3 kwadransie. Okolicę ogniska zakażonego radzi Klapp na dużej przestrzeni smarować uprzednio tłuszcem, aby zapobiedz przeniesieniu zarazka. Po zdjęciu baniek należy zmyć skórę benzyną. Bańki powinny siedzieć na skórze lekko, w razie przeciwnym powodują silny ból i zbyt wielkie przekrwienie zastoinowe. Na 1000 wypadków (czyraki, węgliki, ostre ropnie, nacieczenia, zapalenia gruczołu mlecznego, zakażone rany świeże i stare, ziarniny, zastrzały i t. p.) wyniki Klappa były pomyślne przy stosowaniu samych baniek; nacięcia małe stosował on co najwyżej w wypadkach ropiejących.

Podskórne i podokostnowe zastrzały leczył Klapp za pomocą specjalnych baniek ssących — z palcem gumowym i drenikiem dla pompki.

Przewlekłe cierpienia stawów leczył Klapp za pomocą gorącego powietrza, stosowanego w ciągu godziny. Można kombinować ten zabieg z opaską. Leczenie rany kulszowej i nerwu trójdzielczego za pomocą powietrza gorącego dawało również wyniki dodatnie. Wreszcie opaskę stosowano na szyję przy bólach głowy, pochodzących z anemii.

I do ginekologii również wkroczyła metoda Biera w postaci powietrza gorącego i baniek, specjalnie obchwytyjących szyjkę. W dermatologii z dobrym skutkiem leczono gorącym powietrzem pryszczycę i łuszczycę.

Do pryszczycy ostrej stosowano leczenie zastoinowe (bandażyk i bańki).

Ullmann stosował bańki co 2 dzień przy trądziku. Różę twarzy leczył on (w 13 przypadkach) bandażykiem, nałożonym naokoło szyi. Gorącym powietrzem leczył również przypadki słonowacizny, a nawet odmrożenia.

Bestelmeyer stosował w klinice monachijskiej przekrwienie zastoinowe w 200 przypadkach zapaleń ostrych. Cięcia, stosowane równocześnie, były długie na $\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$ cm. Z ran małych wyciskano ropę, nigdy wszakże ich nie tamponowano. Ropienie szybko się zwiększało, lecz również szybko i ustawało.

Bestelmeyer przekłada jednakże cięcia szerokie ze stosowaniem zastoiny. Dalej B. leczył pomyślnie ropnie okołoprostnicze i około szczykowe, natomiast przy róży nie widział wyników dodatnich. Ropnie głębokie, zapalenie szpiku i torebek ścięgnistych również nie dały wyniku pomyślnego. Zarzut, czyniony metodzie przez B., polega na tem, że leczenie bańkami wymaga zbyt wielkiego zachodu ze strony lekarza.

Tomaszewskij w sprawie zapaleń ostrych radzi stosować na 18 — 20 godzin opaskę dla wywołania przekrwienia czerwonego (sine uważa za szkodliwe). Ciepłota miejsca chorego ma być wzniesiona. Bańki stosuje on (na 5 minut z 3 minutową przerwą) w ciągu trzech kwadransy.

Działanie przekrwienia zastoinowego sprowadza Tomaszewskij do: 1-o zmniejszenia ew. usunięcia bólu, 2) zniszczenia drobnoustrojów, 3-o do lepszego odżywiania tkanek, 4) rozpuszczania i niszczenia toksyn i innych substancji trujących i 5) do obniżenia wchłaniania. Przekrwienie czynne (występujące po zdjęciu baniek) sprzyja wchłanianiu jądów, rozcieńczonych przez przekrwienie zastoinowe (oba te okresy obserwujemy przy leczeniu bańkami).

Calley rozcieńczał ropę za pomocą pożywki buljonowej w dwu probówkach, poczem do jednej wlewał podwójną ilość przesięku, pochodzącego z ogniska chorego i obrzękłego w skutek zastoiny. Myszy, zakażone zwyczajną ropą, zdychały po 14 godzinach, a zakażone ropą, zmieszaną z wysiękiem, chorowały, ale nie zdychały. Przesięki ze zdrowych kończyn nie osłabiały zjadliwości ropy, co dowodzi, że w częściach, przekrwionych metodą Biera, niezależnie od reszty organizmu, powstają niweczniki. Niezależność ta jest wszakże względną, gdyż obserwowano równocześnie powiększenie gruczołów podskórnych w całym ciele. Po stosowaniu zabiegu Calley radzi krótkie kąpiele (36 — 37° C) dla poprawy ogólnego krążenia. Colley również zachwala działanie zastoiny przy dymienicach.

Resmer za pomocą opaski, nałożonej na szyję, wywoływał przekrwienie całej głowy i leczył tą metodą mięszkowe zapalenie rogówki.

Helhold radzi stosować przekrwienie przy zastrzałach—po dokonaniu małych nacięć lecz bez tamponady.

Hirsch stosował opaskę przy tryprohem zapaleniu stawów. Bóle ustępowały bardzo szybko. Zabieg trwał od kilku

minut do 2 godzin (t. j. krócej znacznie niż to zrobił Bier). W przerwach pomiędzy zabiegami stosował on kataplazmy gorące. Choroba trwała przeciętnie dłużej niż zwykle—lecz wyniki zabiegów były jednakowe.

Joseph podwiązywał łapki królicze i wstrzykiwał śmiertelne dawki strychniny; na 7 królików, poddanych zabiegom, 6 pozostało przy życiu. Króliki, służące do kontroli, pozdychały. Przyczyną pomyślnego wyniku było rozcieńczenie i wiązanie jadu na miejscu.

Prof. Baumgarten w r. 1906 ogłosił badania D-ra Heydego. Królika zakażono prętkami gruźliczymi, gronkowcami i prątkami węglika, a następnie nakładano mu opaskę. Przy gruźlicy stosowano ją na 1—2 godzin, przy innych w ciągu 12 do 48 godzin. Najgorsze wyniki otrzymywano przy zakażeniu gronkowcami, aczkolwiek ostatnie są mniej zjadliwe u królików, niż u człowieka. Wogóle rany goiły się lepiej przy opasce. Wyjątek stanowiły *rozległe ropienia*, przy których spostrzegano po założeniu opaski *pogorszenie*, a po zdjęciu *śmierć*. Zupełnie *bezcelową* okazała się opaska przy leczeniu *zakażenia gruźliczego*. Sprawy stawowe pogarszały się i nieraz dołączało się ogólne zakażenie organizmu. *Przebieg*, twierdzi Heyde wbrew Nötzlowi, działa *stabiliej* bakteryobójczo, niż surowica normalna. Korzystne działanie zastoiny polega tylko na zwolnieniu wessania i rozcieńczeniu toksyn.

K a e f e r leczy rany po operacji zastoiną, gdy występują zaburzenia gojenia (ból, ciepłota i t. d.). Otrzymywał on rychłozrost tam, gdzie zwykle miał gojenie per secundam.

D e u t s c h l ä n d e r przekrwieniem biernym leczy złamania kości. Aby opatrunek gipsowy nie przeszkadzał zabiegowi, powyżej miejsca złamania zostawiano okienko, przez które nakładano opaskę na 6 — 8 godzin dziennie. Następstwem tego zabiegu było rozmiękczenie tkanek zmiażdżonych i wessanie się ich, co ułatwiało gojenie.

Martens stawiał bańkę na przetokę, doprowadzał rozrzedzenie powietrza do maximum, dzięki czemu naczynia pękały, krew występowała, a brzegi przetoki nabierały wyglądu świeżej rany. Bańkę pozostawiał on przez 3 kwadransy, powtarzał ten zabieg codziennie przez kilka dni. Zwykle 3 posiedzenia wystarczały — po tygodniu następowało zagojenie. Jeżeli pomimo odświeżenia brzegów nie ukazywała się ziarnina na brzegach przetoki, to Martens wykrywał obecność

martwiaka, jedwabiu lub innego ciała obcego. Po usunięciu ich przetoka goiła się.

Karafa Korbut podał w № 9-ym Wraczebnej Gazyty 1907 r. wyniki 25 przypadków, w tej liczbie 4 dymienie do wrzodach miękkich, które zostały wyleczone w 10—28 dni, 1 dymienie o charakterze gruźliczym (70 posiedzeń bez skutku) 7 wypadków czyraków (od 4—13 posiedzeń) wyleczonych, 4 wypadki płęgmone (1 wynik dodatnio, 3 pozostałe bez skutków) 2 zapalenia sutek (pomyślnie) i 6 przypadków gruźlicy miejscowej (bez skutku).

Przechodząc do autorów polskich, to w sprawie metody Biera dokonano u nas b. mało. Dotychczas, oprócz referatów zbiorowych, ogłoszonych przez Biehlera w Kronice Lekarskiej, Dobrowolskiego w Gazecie Lekarskiej oprócz i krótkiego sprawozdania z pism niemieckich w Medycynie, możemy odnotować na palcach ilość prac oryginalnych polskich.

A więc Hermann ze Lwowa ogłosił pracę, w której doradza stosowanie zastoiny na dobę przed operacją i pozostawienie jej w ciągu 22 godzin. Obrzęk, występujący w tkankach, a pozostający pomimo usunięcia zastoiny na 2 godziny przed zabiegiem chirurgicznym, nie utrudnia rozpoznania stosunków topograficznych. Żądaniem autora, drobnoustroje, które dostałyby się zzewnątrz, w tkankach, przesiąkniętych płynem zastoinowym, działającym bakteryo-bójczo, dzięki aleksynom i mikrofagocytom ulegają zniszczeniu.

D-r Mindes opisał przyrząd Kozłowskiego z Drohobycza dla regulowania stopnia ucisku. Autor przyrządu radził najprzód wywołać przez ucisk—zabarwienie sinawe, a następnie po 2 minutach obluźniał opaskę dla wywołania zabarwienia różowego.

D-r Frommer stosował i opisał wyniki metody Biera: 1-o w przypadkach gruźlicy stawów i kości, 2-o w zapaleniu ostrem szpiku kostnego, 3-o w doleczaniu ran po sekwestromii, w ropieniu ostrem wyrostka sutkowego po otitis media, 4) w przewlekłym zapaleniu wyrostka sutkowego i 5) w ropnem zapaleniu stawów, tkanki podskórnej i ścięgien, wreszcie 6) w zgorzeli starczej.

Na 42 wypadki gruźlicy, 22 zostały wyleczone, 12 uległo poprawie, a 8 pozostało bez skutku. Najlepsze wyniki otrzymywano przy sprawach, umiejscowionych na dłoni, stopie, go-

leni i w stawie łokciowym. Najgorsze przy zajęciu kolan. Ruchy chorą kończyną były dokonywane od początku. Na 54 wypadki t. zw. spraw zapalnych (osteomyelitis acuta 5, osteomyelitis recidiva 6, post sequestretom. 8, empyema processus mastoideus 3, post trepan. proc. mast. 5, phlegmone 22, gangraena senilis et praesenilis 5) w 41 osiągnięto wyleczenie, w 11 poprawę, a w 2 poprawy nie było. Najlepsze wyniki otrzymywano przy zabiegach po sekwestrotomii i empyema processus mastoidei mniej pomyślne przy osteomyelitach i ropowicach.

Przy zapaleniu ropnem tkanki podskórnej i ścięgien Frommer stosował zabiegi w ciągu 1 do 4 godzin dziennie.

Zabiegi Bierowskie stosowane były w szpitalu krakowskim przez lat 12, lecz z początku zbyt energicznie i bez skutku, następnie zostały udoskonalone i wyniki zjawily się pomyślniejsze. W korespondencji, jaką Frommer przeprowadził z Bierem, ostatni wygłosił zdanie, że w ropowicach wyników dodatnich od krótkotrwałego zastoju nie widział. W gruźlicy natomiast radził uczony niemiecki ropnie otwierać jak najwcześniej, a zgorzel starczą leczyć zastoiną i przekrwieniem czynnem.

Glasner z Krakowa opisał 312 przypadków stosowania metody Biera, a mianowicie: 1-0 96 wypadków czyraków — leczenie trwało od 3—6 dni — posiedzenia 3 kwadransowe (5 minut bańki, 3 minuty przerwa). Czyraki zropiałe leczyły się w ciągu 6 dni, świeże krócej. Ulga w bólu i swoboda ruchów występowały b. szybko.

2-0 Drugą grupę stanowiły 48 wypadków czyraków t. zw. ciężkich karbunkulów. Stosowano tu zamiast małych baniek duże balony — leczenie trwało 10—16 dni. Wynik był dobry, nawet u diabetyków (4 wypadki).

3-0 Trzecia grupa to 29 przypadków gruczolaków limfatycznych i zapalenia nieropnego gruczolów chłonnych. Co do pierwszych, to jest limfomatów, wyniki czasem bywały dobre, lecz przeważnie ujemne. W drugiej kategorii spraw t. j. zapaleniach gruczolów, wynik bywał zawsze dodatni.

4-0 Zapalenie sutki w 31 przypadkach—(Zabieg trwał $\frac{3}{4}$ godziny; 5 minut, potem 3 minuty przerwy; stawiano dużą bańkę). W świeżych przypadkach nacieki ustępowały po kilku dniach. Miejsca chelboczące przekłuwano strzykawką lub nożykiem, poczem stawiano balon. Opatrunek stosowano powierzchniowy (bez drenów). Leczenie trwało od 5 do 29 dni zawsze ze skutkiem pomyślnym.

5-o Ropni otorbionych i ograniczonych 54. Zawsze uprzednio robiono nacięcie małe, a następnie stawiano bańkę ($\frac{3}{4}$ godziny po 5 minut z 3 minutową przerwą). Podczas dalszych opatrunków w bańce nigdy nie znajdowano treści czysto ropnej, lecz surowiczokrwawą.

6-o 6 przypadków przetok (5 ostrych i 1 zimny ropień). Leczenie długo trwające, lecz wynik pomyślny.

7-o 1 wypadek wysięku przy i okołomacicznego i 4 ran, gojących się per secundam — ze skutkiem pomyślnym. We wszystkich tych przypadkach, leczonych bańkami, nie wprowadzano sączków.

Leczenie za pomocą opasek, stawianych na przeciąg 20—22 godzin aż do wywołania znacznego obrzęku, lecz z zachowaniem pulsu stosował Glasner w przypadkach następujących:

1-o w 24 przypadkach zastrzału. Leczenie trwało od 5 do 29 dni. W przypadkach, gdzie nie doszło do znacznieszego ropienia, a istniało powikłanie ze strony naczyń i gruczołów, wyniki pomyślne następowały zwykle po 5 dniach. W przypadkach zropiałych, lub gdzie występowało znaczniesze ropienie, robiono nacięcia małe, a następnie zakładano opaskę na 22 godziny;

2-o w 3 przypadkach zapalenia stawu kolanowego z dobrym skutkiem; w 1 z dwu obserwowanych wypadków zapalenia szpiku kostnego wynik był pomyślny.

W zapaleniach gruczolichyach wynik zabiegów Biera, podobnie jak w innych cierpieniach przewlekłych był wątpliwy.

Wszelkie zmiany techniki, wywoływanie przekrwienia na czas krótszy niż 20 — 22 godzin, zdaniem Glasnera utrudniały gojenie.

Mieczkowski z Poznania ogłosił dwa wypadki leczenia spraw ropnych metodą Biera.

Pomorski jest za stosowaniem nacinania nacieków zapalnych przed stosowaniem zastoiny.

Łazarewicz stosował metodę Biera w ginekologii. Za pomocą baniek wziernikowych, działających ssąco i wywołujących przekrwienie, otrzymujemy efekt oszczędzający, a w połączeniu ze skaryfikacyami, poprawiający krążenie. W kilku wypadkach zapalenia błony śluzowej macicy stosował on ten zabieg ze skutkiem pomyślnym. Rudolf stosował bańkę przy partus artificialis, a Kroemer przy ostrym zakażeniu ropnem po porodzie.

Lazarewicz zaleca wypróbować metodę Biera, zgodnie z Kroemerem: 1) Przy ostrych sprawach zapalnych w przewodzie rodnym dla umiejscowienia ogniska zapalnego. 2) Przy sprawach zapalnych, przewlekłych ew. ich następstwach: a) dla wywołania przekrwienia mieszanego celem rozpułchnienia zwiężeń, blizn, wessania nacieków i t. d.

b) dla usunięcia przekrwienia biernego, (ewentualnie zabieg Bierowski w połączeniu z nacięciami).

Pozatem Lazarewicz, który wogóle własnych doświadczeń nie cytuję, twierdzi o dobrym wyniku zabiegu przy zajęciu ropnem sutki.

Opierając się na doświadczeniach Koppego, że przekrwienie głowy jest pomocniczym zabiegiem przy pewnych chorobach oka, zapalenia mięszowego rogówki, Stasiński w kilku wypadkach chorób oka stosował opaskę na szyję poniżej krtani, w ciągu 12 — 24 tygodni. W 2 wypadkach wynik był dodatni, w 1 ujemny. Wogóle pogląd na stosowanie Biera Stasiński wygłasza sceptyczny, licząc, że udoskonalenie metody pozwoli na lepsze wyniki.

Dembiński, powołując się na cudze wyniki, twierdzi, że w sprawach przewlekłych ucha metoda Biera zawodzi. W sprawach ostrych zdaje się, że oddziałują korzystnie na zajęcie wyrostku sutkowego, lecz niema pewności, czy sprawa ustępuje istotnie, czy też ustępują tylko objawy zewnętrzne.

Wreszcie Karwowski przytoczył dane co do stosowania metody Biera, w dermatologii i urologii. Omawia on fakty leczenia zanokceicy, czyraków i tocznia (w postaci owrzodzialej) ze skutkiem pomyślnym.

Co do chorób płciowych, to w 5 przypadkach gruźlicy jądra (przypadki Ullmana) 4 razy wyniki były dobre. Lepiej stosować bańki, lecz można używać opaski. Zajęcie sznurka nasiennego nie przeszkadza stosowaniu zabiegu na jądrach. W rzeżączkowym zapaleniu przyjądrzy, wessanie wskutek zastoiny przyspieszało się. Zabiegi Biera na sterzu pozostawały bez skutku. Natomiast przy periurethritis, barhtolinitis, bubonach i cooperitis, stosowanie baniek, zdaniem Ullmana, a za nim Karwowskiego zmniejsza ból i chroni od blizn.

Przy rzeżączce ostrej metoda zastoinowa wyników dodatnich nie daje; przy przewlekłej natomiast, zdaniem Karwowskiego, może dawać.

W goścu rzeżączkowym wyniki są b. względne.

Niestety i Karwowski nie podaje wyników własnych obserwacji. Tak więc prace 5 ostatnich autorów polskich z Poznania (w Nowinach lekarskich № 1, 1907 r.) są raczej streszczeniami niż pracami oryginalnymi i nauki obserwacjami oryginalnymi w tej dziedzinie nie zubożyły.

Frommer i Glasner — oto jedyni lekarze polscy, którzy dotychczas zubożyli nasze piśmiennictwo obserwacjami własnymi nad metodą Biera.

CZĘŚĆ DRUGA.

Dla dokładnego poznania okolicy, w której prowadziliśmy nasze obserwacje, rozpatrzmy umiejscowienie gruczołów pachwinowych.

Okolica pachwinowa od góry ogranicza się przez łuk biodrowy, od tyłu przez linię, przeprowadzoną od przedniej i górnej ości kości biodrowej do krętarza wielkiego, wreszcie od dołu przez linię, stanowiącą ciąg dalszy fałdy pośladowej. Rozpatrując warstwy tej okolicy spotykamy:

po pierwsze skórę, po wtóre tłuszcz podskórny, po trzecie powięź powierzchowną, po czwarte powierzchowny listek powięzi szerokiej, (f. lata), po piątą pierwszą warstwę mięśni i naczyń, po szóste głęboki listek powięzi szerokiej, po siódme drugą warstwę mięśni i po ósme staw biodrowy.

Skóra tej okolicy jest cienka; na miejscu zgięcia biodrowego jest ona zrosnięta z warstwą, leżącą niżej. Malgaigne ze względu na kierunek włókien elastycznych radzi w razie operowania dymienic prowadzić cięcie prostopadle do więzów Pouparta, gdyż wówczas już małe cięcie wystarczy — brzegi się rozchodzą, lecz nie zwracają do wewnątrz.

Tkanka tłuszczowa bywa grubości rozmaitej. W miejscu zgięcia pachwinowego jest jej bardzo mało.

Powięź powierzchowna składa się z dwu warstw: powierzchownej, łączącej się z odpowiednią warstwą powięzi brzusznej i głębokiej, która łączy się z łukiem biodrowym. Pomiędzy temi warstwami znajduje się obfita tkanka tłuszczowa.

Gruczoły chłonne okolicy pachwinowej znajdują się pomiędzy listkami powięzi szerokiej, podobnie jak i naczyń krwionośne.

Rozróżniamy dwie kategorie gruczołów: powierzchowne i głębokie.

Pierwsze leżą ponad powięzią sitową (t. j. powierzchownym listkiem powięzi szerokiej), drugie pod tą powięzią. *Gruczoły powierzchowne* zajmują bądź to górną część, właściwą okolicę pachwinową, zgięcie pachwinowe i noszą nazwę *właściwych gruczołów pachwinowych*, bądź też są umieszczone poniżej zgięcia pachwinowego i zwą się *udowymi*.

Większa część gruczołów ma kształt owalny, podłużna ich oś leży równolegle do zgięcia pachwinowego. Każda grupa gruczołów ma swój system naczyń chłonnych.

Do *gruczołów pachwinowych* sensu strictiori dochodzi limfa z okolic: podpępkowej, pośladkowej, rzyciowej a po części i zewnętrznej płciowej.

Naczynia limfatyczne, przynoszące limfę z okolic rzyci i organów płciowych, dochodzą do tej części gruczołów pachwinowych, które leżą ku wewnątrz; naczynia chłonne, zbierające limfę ze ścianki brzusznej, doprowadzają ją do grupy gruczołów pachwinowych, która leży pośrodku; wreszcie naczynia chłonne okolicy pośladków doprowadzają limfę do gruczołów, leżących najbardziej ku zewnątrz.

Do *gruczołów udowych* limfa dochodzi z kończyn dolnych. Wyjątkowo tylko niektóre naczynka chłonne okolicy sromu kobiecego doprowadzają treść swoją do tych gruczołów.

Gruczołów powierzchownych zwykle jest około tuzina.

Gruczoły *pachwinowe głębokie* mieszczą się pod listkiem powierzchownym powięzi szerokiej, ku wewnątrz od żyły udowej w kanale pachwinowym. Jest ich zazwyczaj b. niewiele, bo dwa lub trzy, lecz są one rozmieszczone w okolicy, bardzo często wystawianej na działanie uszkodzeń różnego rodzaju, które wywołują aż nazbyt często ich zapalenie, dając objawy b. niebezpieczne, symulujące uwięźnięcie przepukliny pachwinowej i powodujące poważne zabiegi operacyjne.

Naczynia chłonne okolicy pachwinowej również leżą w kilku warstwach. Odróżniamy: 1-o naczynia powierzchowne, leżące w skórze, 2-o naczynia głębsze—w tkance podskórnej i 3-o najgłębsze, leżące pod rozciętnem.

Zapalenia gruczołów często pociągają za sobą zapalenie naczyń.

Rozpatrując cierpienia gruczołów pachwinowych, należy zaznaczyć, że podlegają one takim samym niedomogom, jak i gruczoły szyjowe. Różnica polega głównie na tem, że

obrzmiwiają one zwykle równocześnie ze sprawą chorobową okolicy sąsiadującej, podczas kiedy gruczolę szyjowę często ulegają cierpieniom pierwotnym.

Jakie przyczyny powodują cierpienia gruczolów okolicy pachwinowej? Należy je rozpatrzeć w szeregu dosyć długim. Będą należały one po części do przyczyn ogólnokonstryktacyjnych, po części zaś do miejscowych.

Do przyczyn miejscowych należą:

1-o Uszkodzenia, lub podrażnienia, działające na powierzchniowe drogi chłonne.

2-o Uszkodzenia, głębiej sięgające.

Do 1-o odnieść musimy: a) wszelkiego rodzaju zadrapania, rany i ropienia w okolicy pośladków, dolnej części brzucha i organów płciowych, cierpienia skóry kończyn dolnych, np. świerzbiczka i t. d.

b) cierpienia organów rodnych, a więc wrzód miękki, rzeżączka i gruźlica kanału moczowego, zapalenie napletka, stulejka, załupek.

Do 2-o odnieść należy: wszelkie rany atoniczne, drażące, wrzody atoniczne goleni, flebektatyczne, rozpadające się wrzody gumatyczne i t. d.

Do przyczyn ogólnych zaliczyć trzeba: epidemiczne powiększenie gruczolów — dymienice, występujące zależnie od chorób infekcyjnych (dżuma), malaryczne i leukemiczne powiększenie gruczolów, nowotwory, wreszcie powiększenie gruczolów przy kile.

Sprawy chorobowe gruczolów chłonnych, jak widzimy, bywają ostre i przewlekłe. Do tej ostatniej kategorii odnieść należy zajęcie gruczolów z przyczyn ogólnych. Nas najbardziej interesuje zajęcie gruczolów ostre — t. zw. dymienice (bubones) ostre, a przedewszystkiem dymienice, powstające na tle cierpień wenerycznych: wrzodu miękkiego, rzeżączki i wyjątkowo kiły. Jest to właściwy temat pracy niniejszej, a jeżeli zatrzymaliśmy się dłużej nad etiologią danej sprawy, to czyniliśmy powodowani względami na powierzchowne traktowanie dymienic przez autorów, stosujących zabieg Biera, zarówno pod względem genezy, jak i topografii.

Jeżeli rozpatrzymy charakter i przebieg dymienic, występujących na tle złożeń chorobowych seksualnych, to po pierwsze ujrzymy, że dymienice gruczolów głębokich mają przebieg gorszy, niż dymienice gruczolów powierzchownych.

Powtórę dymienice, zależnie od ilości i jakości produ-

któw chorobowych, posiadają bardziej lub mniej złośliwy charakter.

Gay i Lesser dzielą dymienice, powstające wskutek wrzodów miękkich, na zwykle i zakaźne. Te ostatnie, występujące w 10% ogółu wypadków, są zwykłymi wrzodami miękkimi gruczołów z laseczkami Ducrey'a, podczas kiedy pierwsze są zjawiskiem wtórnem, wskutek owrzodzeń w okolicy narządów płciowych.

Autorowie nowsi tego podziału nie robią. Badania nowoczesne wykazały we wszystkich rodzajach dymienic obecność laseczek Ducrey'a.

Najcięższą postać stanowią dymienice żrące t. j. przypadki, w których rany, pozostające po otwarciu dymienic zamieniają się we wrzody, które pelzają, podminowują brzegi i doprowadzają tkanki do nekrozy i t. d.

U osób zolizowanych, anemicznych i gruźliczych, a również u cierpiących na kiłę—zapalenie gruczołów w następstwie dołączającego się wrzodu miękkiego często przyjmuje charakter przewlekły: gruczoł nie ropyje, nie zmniejsza się. Skóra ponad gruczołem jest zrosnięta z guzem, barwy blado różowej; guz jest mało bolesny, przy ucisku wyczuwa się chęłbotanie wyraźne. Jeśli taki guz przeciąć, to może nie okazać się ropa, lecz krew, a przy ucisku wyskakują twarogowate kawałki—konglomeraty serowato zwyrodniałych komórek chłonnych. Te dymienice znane są pod nazwą „bubo strumosus“.

Jeżeli dymienice tego rodzaju przepękną, to goją się bardzo powoli, a ziarnina ich jest biała. Często przytem gruczoł pozostaje nieuszkodzony, a zropieniu podlega tkanka otaczająca.

Rozpatrując patologo-anatomiczną stronę dymienic—widzimy, że w okresie wczesnym gruczoły są powiększone, na przecięciu barwy szaro-czerwonawej, a nieraz, pomimo braku chęłbotania, we wnętrzu ich istnieją gniazda rozpadowe z ropą. Początkowo zwykle (wyjątek stanowi bubo strumosus) jest zajęta tkanka samego gruczołu, a następnie dopiero otaczająca ją tkanka łączna. Kiedy proces przejdzie na tę ostatnią, sprawa zapalna przechodzi na sąsiadujące tkanki, skóra zrasta się z gruczołem i nie daje się nad nim przesunąć. Przepowiednia przy dymienicach zwykłych powierzchownych jest najlepsza, nieraz nie dochodzą one do ropienia, w dymienicach głębokich i t. zw. zakaźnych sprawa przedstawia się daleko poważniej; najgorsza prognoza bywa przy t. zw. dymienicach

fagadenicznych t. j. żrących i przy bubo strumosus. Ostatnie goją się bardzo powolnie.

Leczenie chirurgiczne dymienic polegało dotąd na stosowaniu cięć szerokich i usuwaniu rozpadłych mas palcem lub łyżeczką. Tą drogą oraz za pomocą opatrunku z jodoformu, ewentualnie za pomocą gazy jodoformowej udawało się doprowadzić w ciągu 2 do 8, przeciętnie zaś 5 tygodni, dymienice do zagojenia.

Pierwsi Colley i Klapp stosowali w 12 wypadkach dymienic metodę Biera. Wyniki, podane przez nich, były bardzo zachęcające, aczkolwiek zaznaczyć trzeba, że autorowie nie bawili się w subtelność określenia, do jakiego typu dymienic zaliczały się przypadki leczone.

Dalej, już po dokonaniu naszej pracy, zjawił się artykuł dziś nieżyjącego Putzlera z Gdańska, który w 5 wypadkach dymienic przy szankrze miękkim otrzymał wyniki bardzo dodatnie, gdyż 100% wyleczenia, przyczem w 2 przypadkach tylko stosował punkcję, a w trzech (w 1-ym wyraźne chelbotanie) obyło się bez punkcyi; wyleczenie następowało w ciągu 7—30 dni.

Również zadawalające wyniki podał Karaffa Korbut w 4 przypadkach dymienic szankrowych. I tutaj, jak u poprzednich autorów, seanse trwały po 45 minut, a całość zabiegu trwała w 10 do 24 dni.

Co się tyczy naszych obserwacji, to przeprowadziliśmy je nad z górą 100 przypadkami.

Odliczając 10 wypadków komplikacji rzeżączkowych, parę wypadków węglika, 1 przypadek zapalenia ropnego ucha, wreszcie 1 przypadek nowotworzenia gruczolów pachwinowych, (o tych wynikach dam sprawozdanie na końcu pracy niniejszej), około stu wypadków dymienicy przeszło przez moje ręce w ciągu r. 1906, dzięki uprzejmości d-ra med. T. Żery, który łaskawie pozwolił mi korzystać z przypadków na swoim oddziale.

W liczbie dymienic, traktowanych metodą Biera, 75% odnieść należało do wrzodu miękkiego, 4% do rzeżączki, a resztę, t. j. 21% do przymiotu i jego komplikacji. Znajomimy sz. czytelników z najciekawszymi historiami chorób, przez nas obserwowanemi.

1. N. E. lat 29. Ulcus venereum, adenitis et periadenitis suppurativa dextra superficialis. Urzędnik. Choroba rozpoczęła

się przed dwoma tygodniami. Obecnie na brzegu napletka i na wędzidelku *wrzody weneryczne* w okresie rozwoju, przeważnie po stronie prawej. Gruczoly pachwinowe prawostronne powiększone i bolesne na dotyk. Skóra nad nimi przesuwalna. Początkowo w ciągu tygodnia t. j. od 2/V do 10/V 1907 r. stosowano na obrzmiale gruczoly plaster rtęciowy i kompresy gorące, a jodoform na wrzody weneryczne. Wrzody oczyszczały się, lecz równocześnie stan gruczolów się pogarszał. 8/V wyraźne chelbotanie, a 10/V dokonałem dwu nakłuc i postawiłem bańkę Biera na $\frac{3}{4}$ godziny (po 5 minut bańka i 3 minuty pauzy). Po 4 seansach z bańkami wystąpiło miejscowe zapalenie skóry—wskutek czego nastąpiła 2 dniowa przerwa i traktowanie maścią obojętną. Po 6 seansach jeden otwór zagoił się — drugi wypełnił się ziarniną, a po 11 chory wypisał się ze szpitala. Nacieczenie zapalne znikło, ropa się nie wydzielala. Następnie chory leczyl się bańkami prywatnie u mnie, a po 4 seansach i drugi otwór zaciagnął się. Leczenie trwało od 10 do 30 maja t. j. trzy tygodnie, licząc od dnia nakłucia. Chory znosil zabieg wyśmienicie, bolesność ustąpiła zaraz po pierwszych bańkach.

2. S. E. lat 21 strażak. *Ulcus venereum. Adenitis dextra superficialis.* Choroba trwa dwa tygodnie. Na główce członka wrzód miękki ziarninujący. W lewej pachwinie ku wewnątrz, ponad więzadłem Pouparta, ropień pęknięty. Zaraz z początku po nieznacznem rozszerzeniu otworu zaczęliśmy stosować bańki. Leczenie trwało od 13/V do 20/V t. j. tydzień. Bolesność znikła, ziarninowanie odbywało się bardzo szybko, aż wreszcie rana dymienicowa zagoiła się d. 20/V. Chory po 5 seansach wyzdrowiał. Wrzody pod jodoformem zagoiły się.

3. G. M. lat 24 strażak. *Adenitis et periaadenitis inguni. sinistra superficialis. Cicatrix post ulcus venereum.* Wrzód przed 2 tygodniami zagoił się. W prawej pachwinie ponad więzadłem Pouparta guz chelboczący. Chory zapisał się 13/V, a 14/V zrobiono ukłucie i zastosowano bańki. Już na 3-ci dzień ropa przestała się wydzielać, obrzmienie i zaróżowienie wraz z bolesnością znikły, atoli w górnym brzegu pozostała wrażliwość i bolesność, wskutek czego zastosowałem od 20/V dwukrotny zabieg rano i wieczór po $\frac{3}{4}$ godziny. Chory bez bolesności wypisał się z polepszeniem d. 29/V. Zaznaczyć wypada, że chory miał skłonność do fagadenizmu, a rana po dymienicy przyjęła charakter wrzodu i ujawniła tendencje pełzające.

4. A. St. lat 28 mechanik. *Ulcus venereum virulentum*

Urethritis, Prostatitis, Cystitis, Adenitis superficialis. Zachorował na wrzód miękki 2 tygodnie temu. Na miejscu zniszczonego wędzidełka, wrzód w okresie zaciągania blizną. Wyciek ropny z cewki moczowej. Druga porcja moczu z krwią. Lewostronne obrzmienie gruczołów pachwinowych z wyraźnym chębotaniem. Zaraz dokonano przekłucia i zastosowano Biera. Tutaj wynik nie należał do zbyt pomyslnych. Pomimo incyzji—brzeży rany przybrały charakter wrzodu miękiego. Samodzielnie powstały w dymienicach dwa otwory, które pod wpływem baniek wypelnily się ziarniną.

Wrzód miękki pod wpływem jodoformu zagoił się. Cystitis przeszło.

Wydzielina surowicza w ilości nieznacznej. Chory po 12 seansach wypisał się na własne życzenie z poprawą.

5. K. M. lat 34 robotnik. Ulcus venereum Peri et Adenitis suppurativa dextra superficialis. Wstąpił do szpitala 13/VI 1906. W rowku żołądźwiowym wrzód miękki w okresie zablizniania się. Po nakłuciu dymienicy stosowano bańki, na wrzód jodoform. Po XI seansach wydzielala się tylko surowica—ziarnina buja obficie. Wrzód zagojony. Z dymienicą na wygojeniu został wypisany d. 26/VI.

6. K. F. lat 24, ślusarz. Ulc. venerum. Adenitis inguinalis sinistra. 14 czerwca wstąpił do szpitala. Na wewnętrznej powierzchni napletka, w rowku i na wędzidełku kilka wrzodów wenerycznych w okresie rozwoju. Bolesność i zaczerwienienie okolicy gruczołów pachwinowych prawostronnych. Stosowano Biera bez nakłucia—bolesność i zaczerwienienie znikło, pozostał po IV seansach Biera tylko powiększony gruczoł. Wrzód weneryczny na zagojeniu. Chory wypisał się w d. 19 czerwca.

7. N. T. lat 37 stójkowy. Ulc. vener. Periadenitis et Adenitis suppurativa duplex superficialis. Chory wstąpił do szpitala w d. 14/VI. Wrzód miękki na wewnętrznej powierzchni napletka, w okresie zaciągania się. Gruczoły pachwinowe prawostronne obrzmiałe, skóra nad nimi nie przesuwala się. Wyczuwala się chębotanie. 15/VI dokonano nakłucia i postawiono bańkę. Ropy dużo. 17/VI. Bolesność gruczołów pachwinowych lewostronnych. Postawiono i tutaj bańkę. Dnia 23/VIII przecięcie lewej dymienicy—ropa obfita. D. 26/VIII chory wypisał się z poprawą; z ran ropa nie wydostawala się.

8. J. Al. lat 19, rzeźnik. Ulc. vener. bubo inguinalis superficialis. Wstąpił do szpitala d. 16/VI. Na rowku żołądźwiowym i na

powierzchni napletka kilka wrzodów miękkich w okresie rozwoju. Zapalenie gruczołów pachwinowych ropne lewostronne. Nakłucie zrobiono. Po 3 seansach Biera ropa przestała się wydzielać i chory się wypisał d. 19/VI z poprawą.

9. G. F. I. 29. Furman. Ulc. ven. Bubo ing. sinister, superficialis. Wstąpił do szpitala d. 16 czerwca. W rowku wrzód miękki w okresie zaciągania się. W lewej pachwinie zapalenie gruczołów ropiejące. Zastosowano d. 16/III bańkę, a 17/III przeklucie. Ropy wyszła tylko jedna kropla. Po III zabiegach Biera rana zaciągnęła się. Wypisał się dnia 25 czerwca. Szan-kier na zagojeniu. Chory podobno przechodził nieswędzącą wysypkę przed laty, atoli niema żadnych objawów ze strony przymiotu.

10. K. J. lat 37 krawiec. Ulc. vener. Adenitis ing. sinistra rupta superficialis. Chory od 2 tygodni. Na wewnętrznej powierzchni napletka wrzód w okresie ziarninowania. W lewej pachwinie pęknięta dymienica. Po 3 seansach Biera, od 17 do 20/VI ropa przestała się wydzielać, a na miejscu rany pozostał strup. Chory wyleczony wypisał się d. 25/VI.

11. Rz. St. lat 27 rzeźnik. Adenitis et perilymphadenit. ing. sinistra superficialis. Wstąpił do szpitala d. 26/VI — cierpienie trwa od 2 tygodni. W lewej pachwinie guz chelboczący. Nakłucia i bańka Biera. Ropy sporo. Po 6 seansach rana zaciągnęła się. Chory wyleczony wypisał się d. 24/VI ze szpitala.

12. G. St. I. 21 pisarz. Ulcera venerea, Adenitis dextra suppurativa superficialis. W rowku napletka wrzody weneryczne z dnem nieczystem. Prawostronne zapalenie ropne gruczołów pachwinowych. Dokonano nakłucia i postawiono bańki Biera. Po 6 seansach ropa przestała wydzielać się i rana zaciągnęła się; d. 12—VII chory, po dwutygodniowym pobycie wypisał się zdrow.

13. Pr. Jan, lat 18 przy rodzicach. Ulc. venerea, Aden. ing. suppur. dextra superficialis. Wrzody miękkie w okresie rozwoju u wejścia cewki i na miejscu przegryzionego wędzidełka. W prawej pachwinie zapalenie gruczołów ropne. Nakłucie w dniu przyścia do szpitala t. j. 24—VI i bańki. Po 10 seansach — ropa przestała się wydzielać, lecz rana nie zaciągnęła się. Chory w takim stanie wypisał się dn. 14—VII.

14. Kr. J., I. 38, subjekt. Ulc. vener. Adenitis et peria-denitis inguin profunda suppurativa phagedaenica. Wstąpił do szpitala 30 czerwca. Chory od 3-ch tygodni. Na wewnętrznej powierzchni napletka, po stronie lewej duży wrzód weneryczny z dnem atonicznem. W lewej pachwinie guz chelbo-

czący. Mając przed oczami przypadek Nr. 9, w którym, pomimo chelbotania zjawiała się tylko kropla ropy, pamiętając również o wypadku Nr. 6, gdzie chelbotanie rozeszło się bez nakłucia, postawiłem bańkę, nie nacinając. Atoli po 3 dniach, gdy guz się nie zmniejszał, dokonałem nakłucia— wyszło b. dużo ropy. Po 8 seansach Biera ropa przestała się wydzielać, natomiast pod powięzią utworzyła się zatoka i trzeba było ją rozciąć. Dalsze leczenie prowadzono w sposób zwykły, za pomocą gazy jodoformowej. Chory z poprawą wypisał się d. 10/8, po upływie z górą miesiąca.

15. P. E. l. 23, malarz. Ulc. vener. Adenitis suppurans superficialis. Chory od dni 10. Stulejka zapalna, na brzegu napletka kilka wrzodów wenerycznych w okresie rozwoju. W prawej pachwinie dymienica chelbocząca. Dokonano nakłucia i postawiono bańkę — ropy mało. Od 5 lipca do 9 postawiono 4 Biery—rana po nakłuciu zagoiła się. Wrzody weneryczne oczyszczyły się i chory dn. 14 — VIII wypisał się.

16. K. J. tokarz, l. 42. Ulc. vener, Adenitis ing. ambolateralis superficialis. Choroba trwa od dni 28. Wstąpił do szpitala d. 5/VII. Na główce członka gojący się wrzód weneryczny. W pachwinach guzy chelboczące. Nakłucie z obu stron i bandaż. Dn. 6—VII; dn. 9—VII zagoiła się dymienica prawa. Na lewą dymienicę stawiano 7 dni bańki, rana pokryła się ziarniną, a d. 21—VII chory wypisał się na wygojeniu.

17. G. T., l. 33, wyrobnik. Adenitis inguinal. suppur. sinistra superficialis; chory od 3 tygodni. W lewej pachwinie dymienica pęknięta. Po 4 zabiegach Biera, ropa przestała się wydzielać. Po IX ziarnina pokryła ranę i chory się wypisał, przebywszy w szpitalu od 8 do 28 lipca.

18. Cz. Ed., lat 21, szewc. Wstąpił do szpitala 22-go lipca. Ulc. venereum, Adenitis et periaadenitis profunda. Chory od 2-tych tygodni. Na skórcie napletka kilka owrzodzeń wenerycznych, stulejka, w lewej pachwinie pęknięta dymienica ropiejąca. Rozpoczęto stawiać bańki Biera, lecz po 4 seansach — wykryto zatokę pod powięzią i przecięto ją. Następnie opatrywano ranę gazą jodoformową. Dnia 10 sierpnia chory wypisał się z raną na zagojeniu.

19. Zb. St., lat 30, wyrobnik. Ulc. vener. Adenitis dextra Chory od 3 tygodni. Wstąpił do szpitala 24/XII. Na żołądźci członka i skóry dwa wrzody w okresie rozwoju. Prawostronne zapalenie gruczołów pachwinowych pęknięte. Po 8 zabiegach

z bańką rana zagoiła się. Szankry zagoiły się później. Dnia 14/VII, chory wypisał się bez oznak.

20. G. St. lat 43, wyrobnik. Chory 3 tygodnie. *Ulc. vener. Psoriasis vulgaris. Adenitis et periaidenitis suppur.* Wstąpił do szpitala d. 25/VII. Na wewnętrznej stronie napletka duży wrzód miękkki w okresie rozwoju. W lewej pachwinie ropiejąca dymienica. Zrobiono nakłucie. Ropy niewiele. Po IX Bierach — zwykle opatrunki. Rana ziarninuje po dymienicy. Wrzód miękkki traktowany jodoformem. Wypisał się do oddziału skór nego prawie wyleczony 10/IX 1906.

22. K. St. lat 21 wyrobnik. Wstąpił do szpitala 9 sierpnia. *Ulcus vener. Adenitis et periaid. suppurat superficialis.* Na zewnętrznej powierzchni napletka atoniczny wrzód weneryczny. W lewej pachwinie wyczuwa się guz chełboczący. 2 dni stawiano bańki bez nakluwania, poczem objętość gruczołów zmniejszyła się. Następnie zrobiono nakłucie — ropy wyszło bardzo mało. Kilka seansów z bańkami (6 seansów), chory z zaciągającą się raną wypisał się 20 sierpnia.

23. War. R. lat 26 wyrobnik; 11 sierpnia zapisał się do szpitala. *Ulc. venereum, adenitis inguinalis superficialis.* Choroba trwa 4 tygodnie. W rowku i na wewnętrznym brzegu napletka wrzody w okresie gojenia. Prawostronne obrzmienie gruczołów pachwinowych. Bańki 2 dni bez nakłucia. Dnia 14/VIII zrobiono nakłucie, poczem ropy wydzielilo się sporo. Stosowano 3 razy bańki Biera; na ostatnim seansie ropa prawie nie wydzielala się. Dnia 23 chory z poprawą i zagojonymi szankrami wypisał się.

24. G. Z. lat 20 ślusarz. Wstąpił do szpitala 17 sierpnia r. 1906. *Ulc. vener. Adenitis et periaidenitis inguinalis superficialis.* Choroba trwa 3 tygodnie. Stulejka zapalna—liczne wrzody miękkie na fałdach napletka. Pęknięta dymienica pachwinowa, prawostronna. Bańki Biera stawiano dni 10. Z ziarninującą raną chory wypisał się d. 12 września. Szankry zagojone.

25. K. Fr. l. 25 numerowy. Zapisał się d. 19 sierpnia. *Ulcus ven. Adenitis ing. suppur. superficialis. Urethritis acuta.*— Trwa 3 — 4 tygodnie. Na skórze napletka szankier miękkki, w okresie rozwoju. Wyciek obfity ropny z cewki. *Cystospasmus.* Obrzmienie gruczołów znaczne w pachwinie lewej. 2 seanse z bańką, nakłucie d. 22/VIII—ropy sporo. Jeszcze 4 bańki—ropa nie wydziela się. Dymienica zagoiła się dnia 31. Szankry zagojone. Chory wypisał się zdrów 1/XI.

36. N. Al. l. 20, dorozkarz. Wstąpił do szpitala d. 9 września. Początek choroby przed 10 dniami. Ulc. venerea. Adenitis et Peridenitis superficialis. W rowku i na wędzidelku kilka wrzodów miękkich w okresie rozwoju. Wędzidelko przegryzione. Bańkę stosowano najprzód na $\frac{3}{4}$ godziny, później na 2—3 godziny. Nacieczenie deskowate i zaczerwienienie oraz bolesność z początku zmniejszyły się następnie znikły. Pozostał gruczoł niebolesny. Punkcyi nie robiono. Po 10 seansach chory wypisał się z owrzodzeniami miękkimi, gojącymi się.

37. J. St. malarz. Wstąpił do szpitala d. 10 września Adenitis et peradenitis inguinalis suppur. fluctuans superficialis. Nakłucie 14/X. Bańki Biera 1-v raz na 1 godzinę, 2-gi na 2 godziny—później na $\frac{3}{4}$. Wydzielina surowicza. Chory wypisał się z polepszeniem d. 22/IX 1907.

48. E. An. l. 22 szewc przyjęty 2 października do szpitala. Ulc. venerea. Adenitis et peradenitis inguinalis superficialis. Początek choroby 4 tygodnie temu. Stulejka zapalna. Na brzegu napletka wrzody w okresie rozwoju. Zapalenie gruczołów prawostronne, chłeboczące.

Stawiałem IX baniek na prawą pachwinę — flukuacya bez nakłucia przeszła. Obrzmienie znaczne i czerwoność lewostronnych gruczołów pachwinowych. Pod wpływem baniek obrzmienie i bolesność przeszły. Wypisany bez oznak 2/XI.

49. R. Piotr lat 23, urzędnik. Wstąpił do szpitala d. 6 października. Ulcus venereum, bubo ruptus. Początek choroby przed 3 tygodniami. Na brzegu napletka, w rowku i na skórze członka wrzody weneryczne w okresie rozwoju. W lewej pachwinie wrzód na miejscu dymienicy pękniętej. Stosowano bańki—XXV seansów. Wrzód miał charakter pelzający. Ostatecznie dymienica pokryła się ziarniną czystą. Chory wypisał się 26/XI z bujającą ziarniną na dogojeniu; rana w $\frac{3}{4}$ zaciągnęła się.

50. R. Wl. lat 22, krawiec. Zapisał się 8 października. Ulcera venerea, urethritis, adenitis superficialis. Choroba trwa 3 tygodnie. Na skórze moszny, ze strony prawej kilka wrzodów w okresie rozwoju. Bolesne zajęcie gruczołów prawostronne. Bez robienia nakłucia postawiono bańki. Gruczoły pachwinowe po 4 seansach Biera zmniejszyły się i utraciły bolesność. Chory wyleczony wypisał się d. 29/IX.

51. H. Ad. l. 28 numerowy, wstąpił do szpitala 21 października. Ulc. vener., adenit. inguin. superficialis. Choroba trwa 3 tygodnie. W rowku wrzód weneryczny w okresie zablizniania;

w lewej pachwinie dwa wrzody z zatokami, w następstwie pękniętej i przeciętej dymienicy; stosowano bańki. Powstało kilka przetok, które po VIII seansach zagoiły się, z wyjątkiem jednej, na którą stosowano 15 seansów baniek, poczem i ta poczęła się zaciągać. Chory wypisał się 27 listopada.

52. Grz. Lud. I. 35 stróż, wstąpił do szpitala 27 października. Ulc. venerea. Adenitis inguinalis superficialis. Początek choroby 4 tygodnie temu. Na wędzidełku i wewnętrznym listku napletka wrzody weneryczne w stanie ziarninowania. W lewej pachwinie dwie dymienice chelboczące. Wrzody weneryczne leczono jodoformem. Stosowano bańki przez 4 dni. Seanse trwały dłużej, niż Bier zaleca, gdyż po 5 godzin 2 razy dziennie. Chelbotanie znikło—gruczoly zmniejszyły się, i chory wypisał się bez dymienic, z gojącymi się wrzodami wenerycznymi d. 8/XI 1906 r.

58. Mil. Mord. lat 20 szewc, wstąpił do szpitala dnia 6 listopada. Ulc. venereum. Adenitis superficialis. W rowku ze strony prawej wrzód weneryczny w okresie rozwoju. W obu pachwinach zajęcie gruczolów ropne. Na ciele wykwitły herpes tonsurans. Stosowano bańki po 7 do 16 godzin bez incyzyi. Lewostronna dymienica wessała się, prawa dymienica zmniejszyła się i stała się mniej bolesną, lecz nie rozchodziła się; zrobiono z prawej strony nakłucie dnia 24/XI i ropy wydzielilo się sporo. Następnie stawiano bańki, a chory wypisał się z raną, — gojącą się d. 30/XI. I tutaj stosowano długie kilkogodzinne seanse (do 6 godzin na posiedzenia).

59. Śc. Fr. lat 26, wyrobnik, zapisał się do szpitala d. 7/XI. Adenitis inguinalis suppurativa superficialis. Był to najniepomyślniejszy wypadek stosowania baniek. W pachwinie lewej wyczuwa się guz chelboczący. Postawiono bańki bez nakłucia. Seanse, długo trwające (po 4—5 godzin) do d. 19/XI; wobec trwającego chelbotania zrobiono punkcję i postawiono bańkę — wyszło dużo ropy. W ciągu tygodnia stosowano bańki; ropa znikła d. 24/XII. Wydzielina surowicza nieznaczna—lecz rana przybrała charakter zatoki i goiła się bardzo powoli; dopiero po przejściu do zwykłych zabiegów opatrunkowych (gazy) wyleczył się w końcu stycznia 1907 r.

60. Bogd. Kon. I. 22, urzędnik, wstąpił do szpitala d. 9 listopada. Ulcera venerea, adenitis inguinalis dextra; początek choroby 2 tygodnie temu. W rowku i na wędzidełku wrzody weneryczne w okresie rozwoju. Zajęcie gruczolów

pachwinowych obustronne. I tutaj, nie robiąc incyzyi, stosowaliśmy bańki (5 seansów) do 29/XI.—Wobec bolesności, odczuwanej przy seansach, baniek nie stawiano do 21/XI. Wówczas zrobiono punkcję i postawiono bańkę.

Pod wpływem baniek, a następnie kompresów pod ceratką z wodą Bourowa, lewa dymienica zagoiła się, a prawa wypełniła ziarniną. Chory wypisał się d. 26 listopada.

61. W. Br. lat 19, ślusarz, wstąpił do szpitala dnia 13 listopada. Ulcera venerea, bubo ruptus. Początek przed 3 tygodniami.

Od trzech tygodni w rowku trzy wrzody miękkie, obecnie ziarninujące. W lewej pachwinie dymienica pęknięta, z której wycieka płyn surowiczy. Stosowano bańki Biera w ciągu długich seansów (4 godziny)—rana wypełniła się ziarniną i w takim stanie chory wypisał się w stanie na zagojeniu 2/XII 1906 r.

62. Ryb. Kon. lat 33, wyrobnik, wstąpił do szpitala d. 20 listopada. Ulc. vener. Adenitis superficialis. Początek choroby od 3 tygodni.

W rowku wrzód weneryczny w okresie rozwoju. Zajęcie prawostronne gruczołów pachwinowych; stawiano bańki. 23/XI chełbotanie wyraźne, 25/XI zrobiono nakłucie i postawiono bańkę. Ropy ilość umiarkowana i tu do 7/XI t. j. do dnia wypisu stosowano bańki, (2 seansy dłuższe), ale wydzielina surowiczokrwawa jeszcze się zjawiała — rana wypełniła się ziarniną.

63. Marc. Jul. lat 41, garbarz, wstąpił do szpitala 30 listopada. Ulc. venerea, Adenitis duplex superficialis suppurativa. Początek choroby przed 3 tygodniami. W rowku wrzód weneryczny w okresie rozwoju. W obu pachwinach bolesne zapalenie gruczołów. Stawiano bańki w ciągu dni 5; 6-go dnia pobytu zrobiono nakłucie prawej, a 7-go lewej dymienicy—ropy niewiele. Stosowano bańki (długie seansy) — wydzielina surowicza; rana wypełniła się ziarniną, chory wypisał się d. 9/I na zagojeniu.

64. Mosz. Ch. I. 22, uczeń. Wstąpił do szpitala 21 listopada. Ulc. ven. susp. Adenitis inguinalis sinistra superficialis. Na skórze podstawy członka — wrzód weneryczny w okresie ziarninowania, z brzegami stwardniałymi. W lewej pachwinie pod więzadłem Pouparta — chełboczące ropnie. Stawiano bańkę do 10/XII. 10 grudnia nakłucie—ropy wypłynęło sporo. Nazajtruz chory wypisał się. Bolesność w tym, jak i w innych

wypadkach stosowania baniek (wyjątek, 1 tylko wypadek) znikła natychmiast.

65. Mich. St. lat 27, stójkowy, wstąpił do szpitala dnia 5 grudnia. *Ulc. venereum Adenitis inguinalis superficialis*. W rowku wrzód w okresie rozwojowym. W lewej pachwinie dymienica chelbocząca. Bańkę stawiano zaraz po wstąpieniu do szpitala. Punkcyja 9/XII, ropy sporo. Z raną zaciągającą się i bez ropy chory wypisał się dnia 28/XII.

66. Sz. J. l. 20, kelner wstąpił do szpitala d. 15 grudnia *Ulc. vener. Adenitis suppurativa superficialis*. Początek choroby 4 tygodnie temu. W rowku, w pobliżu wędzidelka wrzód weneryczny w okresie rozwoju. W prawej pachwinie guz chelboczący. Bańki przez 3 dni, na 4-y sama dymienica pękła, poczem znowu stawiano bańki; z początku wypływało dużo ropy, następnie zaś ilość jej zmniejszyła się, a 31/XII ropy już nie było — z ziarninującą raną chory wypisał się. I tutaj seansy trwały długo.

67. Myc. Tad. l. 31 strażak wpisał się d. 30 grudnia. *Ulcus wener. Adenitis ing. sinistra superficialis*. Początek choroby przed 14 dniami. W rowku wrzód weneryczny w okresie rozwoju. W lewej pachwinie zapalenie gruczołów. Postawiono bańki. Wrzody zagoiły się 7/I — bańki stawiano do 10/I; tego dnia wobec wyraźnej fluktuacyi dymienicę przecięto — wyszło dużo ropy. Następnie stawiano bańki przez 2 dni; poczem stosowano zwykle opatrunki. Chory wypisał się d. 28/I z raną zagojoną.

69. Osip Jer l. 19, artelszczyk wstąpił do szpitala d. 3 stycznia. *Ulcera venerea, Adenitis inguinalis sinistra superficialis*. Na wewnętrznym listku napletka i na rowku — wrzody weneryczne w okresie rozwoju. Zapalenie gruczołów pachwinowych lewostronne. Oprócz miejscowego leczenia wrzodów stosowano bańki. 7/I gruczoły mniej bolesne, 11/I chelbotanie wyraźne — nakłucie dało dużo ropy; stawiano jeszcze przez 2 dni bańki. Następnie stosowano opatrunki zwykłe. D. 21/I 1907 r. chory wypisał się z raną ziarninującą.

70. Tuł. Jak. l. 27 stolarz wstąpił do szpitala d. 4 stycznia. *Ulc. vener. Bubo inguin. sinister — sclerodermia manus*. Stulejka zapalna; na brzegu napletka kilka wrzodów wenerycznych w okresie rozwoju. Bolesne obrzmienie gruczołów lewostronnych. Stawiano bańki 10/I. Bolesność i obrzmienie gruczołów nieznaczne, 15/I fluktuacya i przecięcie — ropy sporo. Rana wypełniła się granulacją. D. 24/I wypisany z prawą.

Przytoczyliśmy szereg wypadków dymienic na tle wrzodów wenerycznych sensu strictiori. Wymienione zostały wszystkie bardziej zajmujące przypadki, jakie w naszej obserwacji się znajdowały.

A oto szereg przypadków — dymienic, gdzie istniało zakażenie mieszane, bądź też dymienice formowały się w następstwie rozpadających się tworów przymiotowych.

71. Kow. Br. l. 23 stelmach wstąpił do szpitala d. 20 maja. Syphilis r. sec., adenitis suppurativa ambolateralis superficialis. Początek choroby 2 miesiące temu.

W rowku wrzód pierwotny w okresie rozwoju. Wysypka plamista, początkująca. Plaques w gardle, adenosclerosis ogólna, najsilniejsza w pachwinach. Chory dostał 1 frykcyę i 6 igieł HgBr₂ 4^o/. Dnia 28/V wystąpiły guzy chęlboczące i bolesne w obu pachwinach. Z lewego po nakłuciu zjawiała się umiarkowana ilość ropy, z prawego zaś prawie nie wydzielila się. Stawiano bańki w ciągu $\frac{3}{4}$ godziny; po 4 seansach obie dymienice zagoiły się i zaciągnęły blizną. Chory bez objawów wypisał się d. 13 czerwca.

72. Mik. Fel l. 28 doróżkarz wstąpił do szpitala d. 28 maja. Syph. r. sec. et adenitis suppur. superciales. Początek choroby przed 2 miesiącami. Na wewnętrznej powierzchni napletka w rowku i na żołądźci liczne owrzodzenia. Grudki. Adenosclerosis pachwinowa prawa. Zakażenie przymiotem przed rokiem, 3 razy brał kuracyę igłami (18). Ostateczna kuracya przed 3 miesiącami.

D. 31/V chęlbotanie w prawej pachwinie i zaczerwienienie na miejscu gruczołów powiększonych. 1 czerwca dokonano punkcyi, wyszło dużo ropy. Stosowano 2 seanse z bańkami po $\frac{3}{4}$ godziny. Ropa przestała się wydzielać. Chory bez bólu wyszedł w stanie na wygojeniu d. 2/XI 1906 r.

73. Józ. Cz. l. 17, szewe wstąpił do szpitala 10 czerwca. Ulcus ven. adenitis et periaadenitis inguin, początek choroby przed 3 tygodniami. Wrzód, dziurawiący wędzidełko. Chory podobno brał kuracyę specyficzną. Lewostronne zajęcie gruczołów pachwinowych, które są bolesne na dotyk i lekko chęlboczą. Nauczony przypadkiem № 9 stosowałem tylko bańki bez nakłucia; po 4 seansach — $\frac{3}{4}$ godzinnych bolesność i chęlbotanie znikły. Wrzód oczyścił się, a chory wypisał 18/VI 1906 r.

74. Mal. Lud., l. 27 wyrobnik, 20 czerwca wstąpił do szpi-

tala. *Ulc. vener Adenitis et periadenitis dextra dolens superficialis.* Początek choroby przed 2 tygodniami. Na wewnętrznej powierzchni napletka i w rowku wrzody, zaciągające się blizną. Dymienica prawostronna, pachwinowa bolesna. Przed 3½ latami chory leczył się przeciw przymiotowi (24 Inj. Hg). Odrazu, bez nakłucia stawialiśmy bańki Biera. Chelbotanie z początku było wyraźne, lecz później przeszło po kilku seansach ¾ godzinnych. Chory z twardymi gruczołami w pachwinie po 6 frykcyach wypisał się bez oznak d. 2 lipca.

75. Korz. Dom. I. 24 szewc wstąpił do szpitala d. 23 czerwca. *Syphilis r. sec.—Ulc. ven. Adenitis et Periadenitis suppurativa dextra.* Początek choroby przed 2 miesiącami. Stulejka zapalna, w rowku wrzody miękkie, nieczyste. Na mosznie, lewym biodrze i u rzyci, grudki owrzodzone. *Leucoderma colli.* Powiększenie gruczołów nieznaczne. Prawostronna dymienica pęknięta. Po 8 seansach rana oczyściła się i wypełniła ziarniną. Szankry podgoiły się. Chory w tym stanie wypisał się d. 16/VII.

76. Słow. Jul., lat 27 szewc, wpisał się do szpitala 23 czerwca 1906 r. *Lues hereditaria. Ulc. ven. phaged. adenitis et periadenitis inguin. superficialis.* Początek przed 4 tygodniami. Na główce członka wrzód weneryczny, duży, w okresie rozwoju. Na wewnętrznej powierzchni napletka dwa wrzody w okresie ziarninowania. Nos zapadnięty z powodu braku przegrody. Zapalenia gruczołów pachwinowych lewostronne. Z początku bez nakłucia stawiano bańki—4 seansy. Bolesność w pachwinie znikła, lecz po upływie 4 dni świeżo się zjawila, wobec czego dokonano nakłucia i postawiono bańki—ropy b. mało. Po 3 seansach zagojenie całkowite. D. 8/VII szankry goją się. Dnia 19 lipca chory wypisał się zdrowy.

77. Ostr. An., I. 19 szewc, wpisał się do szpitala d. 3 lipca. *Ulcera venerea, Adenosclerosis superficialis.* Początek choroby przed miesiącem. Wrzód weneryczny, dziurawiący wędzidelko. Zapalenie gruczołów pachwinowych obustronne, bolesne. Bez nakłucia postawiono bańki. Po 3 seansach bolesność znikła. Szankry zagoiły się 13 lipca, i chory wypisał się.

78. Kondr. Mich. I. 22 robotnik, wpisał się 4 lipca. *Syphil. r. sec. Adenitis et periadenitis dextra superficialis suppurativa.* Zachorował przed 6 miesiącami. Na zewnętrznej powierzchni napletka duże blizny stwardniałe. Wysypka plamisto-grudkowa. *Adenosclerosis.* Zapalenie ropne gruczo-

łów pachwinowych w prawej pachwinie. Chelbotanie wyraźne. I tutaj bez nakłucia stawialiśmy bańki; po 4 bańkach objawy zapalne — chelbotanie, infiltrat zapalny i bóle znikły. Chory dostał VI Inj. HgBr_2 4‰ (2 na tydzień) i d. 31/VII wypisał się bez objawów.

79. Józ. Cz. l. 17 (p. № 73) szewc wstąpił do szpitala po raz wtóry 8 lipca. *Ulc. vener. Adenitis et periaadenitis suppurativa dextra superficialis.* Początek choroby przed 2 tygodniami. Wrzód, dziurawiący wędzidelko. W prawej pachwinie zapalenie gruczołów bolesne i z lekka chelboczące. Przecięto wędzidelko i postawiono bańki Biera. Po 4 seansach bolesność znikła. Wrzód pod jodoformem zagoił się. Chory wypisał się zdrow d. 16 lipca.

80. Niew. Fr. l. 29 stolarz, wstąpił do szpitala 11 lipca. *Adenitis et periaadenitis inguin. sinistra profunda.* Choroba rozpoczęła się przed 3 tygodniami. W lewej pachwinie dymienica chelbocząca. Blizna na wędzidelku po wrzodzie. Nakłucie zrobione — bańka postawiona. Chory przed 1 $\frac{1}{4}$ rokiem leczył się na przymiot iniekcjami rtęci. Bańki stawiano codziennie. Ropa przestała się wydzielać z przeciętego miejsca, natomiast powstał drugi otwór i ten długi czas wydzielał surowicę. Chory po 10 seansach Biera i 3 igłach HgBr_2 3‰ wypisał się z zianującą raną d. 25/VII.

81. Mod. Wł. l. 18, wyrobnik, wstąpił do szpitala d. 3 sierpnia. *Ulcera. vener. Adenitis inguin. suppurativa.* Początek choroby przed 3 tygodniami. Na skórze podstawy członka wrzody weneryczne, atoniczne, dosyć czyste. Zapalenie gruczołów pachwinowych prawostronne — ropne. *Adenosclerosis sinistra.* Zrobiono punkcję i postawiono bańki; po 7 seansach 2 godzinnych jeszcze zjawiała się wydzielina surowiczo ropna. Chory w takim stanie wypisał się.

82. Olsz. W. l. 21 pończosznik, wstąpił do szpitala d. 28/VIII. *Syphilis, Ulc. ven. Adenitis et periaadenitis superficialis.* Na skórze tułowia zabarwione miejsca po wysypce. Plaques w gardle. Wrzody weneryczne w rowku. Ostatni raz leczył się przeciwko przymiotowi przed 3 miesiącami (6 iniekcji). W dniu 21 września t. j. po 7 iniekcjach HgBr_2 3‰ gruczoły pachwinowe były jeszcze bolesne i lekko zaczerwienione. Stosowano bańki przez 2 dni po 3 godziny (rano i wieczór t. j. 4 seansy) i wszelkie objawy podrażnienia gruczołów przeszły.

83. Jar. Wl. l. 23 cieśla, wstąpił do szpitala dnia 1 września. *Ulc. vener. susp. q. luem. Adenitis et periadenitis superficialis. Stulejka zapalna. Wrzód duży, stwardniały i nieczysty na brzegu napletka obrzmiałego. Zapalenie skóry w obu pachwinach ex usu t-rae jodi. Ogółem stawiano bańki na 1/2 godziny (1 seans) i na 2 godziny (9 seansów). Dnia 10/IX szankier oczyścił się na napletku i bolesne zapalenie gruczołów zmniejszyło się (było to po 3 seansach Biera) 21/IX. Zapalenie gruczołów przeszło—bolesności niema. 24/IX szankier zagoił się, zapalenie stulejki przeszło.*

84. Now. Fr. l. 26 stróż, wstąpił do szpitala d. 3/IX. *Ulcera venerea. Adenosclerosis susp. Adenitis et Periadenitis sinistra dolens superficialis. Początek choroby przed 3 tygodniami. Stulejka zapalna. Na brzegu napletka kilka wrzodów wenerycznych w okresie rozwoju. Adenitis lewostronna bolesna. Stawiano 2 razy bańki. Bolesność przeszła. Chory wypisał się d. 14/IX z poprawą.*

85. Ogr. Józ. l. 19, służący, wstąpił do szpitala 11/IX. *Periadenitis inguinalis superf. Początek przed 2 tygodniami. W lewej pachwinie pęknięta dymienica. Brak miękkiego podniebienia. Słuch osłabiony, blizny na tyle stopy. Ozaena. Postawiono bańki. Po 2 seansach (na 2 godziny) jeden z otworów dymienicy zagoił się, a drugi wypełnił ziarniną po brzegi. Miało miejsce wszystkiego 6 seansów. Chory wypisał się z poprawą.*

86. Demb. St. l. 19 garbarz, wstąpił do szpitala d. 26 września. *Bubo inguinalis ruptus vener.. Początek choroby przed 3 tygodniami. W lewej pachwinie pęknięta wrzodziejąca dymienica. Blizna na wewnętrznej powierzchni napletka po wrzodzie. Zabarwienie, pozostałe po wysypce, na kończynie dolnej. Stawiano bańki—w d. 27/IX na 1 1/2 godz. 28/IX na 2 godz. 29/IX i 30/IX na 6 godzin (godzina stawiania bańki i przerwa kwadransowa). 1/X na 2 godziny. Seansów dokonano około 15. Rana straciła charakter weneryczny, wypełniła się po brzegi ziarniną i chory w stanie gojenia wypisał się dnia 5 listopada.*

87. Chm. Józ. l. 25 urzędnik, wstąpił do szpitala 13/X. *Periadenitis inguin. dextra. W rowku żółtziowym blizna po owrzodzeniu lekko stwardniała. W prawej pachwinie guz chęłboczący. Rozpoczęliśmy bez nakłucia szereg seansów z bańkami. W dniu 4/X na 4 godzin, d. 5 i 6/X na 6 godzin,*

w d. 8/X na 6 godz. 9/X fluktuacja wessała się i bolesność zniknęła. Gruczoł w pachwinie powiększony; pozostał, jako jedyny objaw (susp. q. luem). Dnia 16/X chory wypisał się, kuracyi specyficznnej nie przechodził.

88. Brz. Ant. l. 21 szewc, wstąpił do szpitala dnia 10 października 1906 r. Ulc. vener. susp. q. luem. Początek choroby przed 3 tygodniami. U podstawy członka i w rowku dwa nieczyste wrzody miękkie. Bolesne powiększenie gruczołów z obu stron. Rozpoczęto seanse z bańkami, jodoform stosowano na wrzód. D. 19/X po 5 seansach silna bolesność gruczołów (i tu seanse długie 3 — 5 godz.), fluktuacja wyraźna. Incyzyi pomimo to nie robiliśmy — chociaż fluktuacja wyczuwała się na przestrzeni dłoni małego dziecka. Po XVI seansach chębotanie znikło zupełnie. Wrzody zagoiły się. Chory bez oznak wypisał się 31/X.

89. W. J. l. 27 wyrobnik, wpisał się do szpitala dnia 24 października. Periadentis amboinguinalis superficialis suppurativa. Syphilis. Urethritis. Początek choroby przed 4 tygodniami. W obu pachwinach chębotający periadentis. Na napletku blizna po wrzodzie. Leucoderma colli. Chory przed rokiem brał 6 igieł. 1-a porcja moczu mętna — bolesność gruczołu krokowego. Stawiano bańki od początku (seanse długie). Od samego początku zabiegu okolica pachwinowa stała się mniej bolesną, następnie zaś d. 22/XI same dymienice przepękły i wyszła czysta surowica. Dymienice te b. szybko się goiły i d. 17/XI zaciągnęły się całkowicie. Chory d. 17/XI wypisał się zdrow.

96. W. Ant. l. 28 robotnik, wstąpił do szpitala d. 21/XI. Adentis et periadentis inguin dextra superficialis — ulc. vener. praeputi. i Syph. rec. sec.. Początek choroby wener. przed 2 tygodniami. (Syfil. od 1/2 r.) Stulejka. W prawej pachwinie zapalenie gruczołów bolesne. Wrzody weneryczne na napletku. Stosowano frykcyje i igły (VII fr. i 2 igły HgBr₂ 4%) oraz bańki Biera. Te ostatnie stosowaliśmy przez 4 seanse długie. Bolesność pachwiny znikła. D. 30/XI zjawiała się wysypka plamisto-grudkowa, która znikła od kuracyi. Wrzody zagoiły się. Chory wypisał się bez objawów d. 12/XII 1906 r.

99. W. stróż miejscowy, szpitalny, l. 40. Syphilis susp. Przed 2 laty zaraził się przymiotem. Obecnie silnie bolesne dymienice — skóra nad nimi zaczerwieniona, chodźć prawie nie może. D. 15/VII rozpoczęto seanse Biera, po 3/4 godziny trwające; po 6 seansach wessały się obie dymienice. Bolesność również zginęła. Kuracyi specyficznnej nie stosowano.

100. Emeljan. podoficer l. 25, przychodził leczyć się ambulatoryjnie. Wyszedł d. 26/VII 1906 r. ze szpitala Ujazdowskiego; wypisany z fistułą w pachwinie. W anamnezie syfilis. Rozpoczęliśmy stawianie baniek i oto po 4 seansie ($\frac{3}{4}$ godz.) — brzeżgi blizny nad fistułą rozeszły się i ułatwiły nam dalsze zabiegi, które ograniczyły się do tamponacji jodoformową gazą i kuracyi specyf. Chory leczył się ambulatoryjnie, przeto stosowanie baniek było bardzo utrudnione. Chory wyleczył się — rana zagoiła się w dwa tygodnie.

Jak widzieliśmy, chorzy nasi w pierwszym okresie stosowania przez nas metody Biera, mieli zakładane bańki w sposób opracowany przez Klappa. Następnie atoli przekonaliśmy się, że nieraz fluktuacya dosyć wyraźna, przechodziła bez incyzyi.

Ostateczną opinię, co do patogenezy oraz mechanizmu przekrwienia, wygłosimy w części ostatniej naszej pracy, teraz zaś chcemy zapoznać czytelników z wynikiem kilku przypadków rzeżączki, leczonej tą metodą. Oto wypadki, leczone za pomocą zastoiny.

26. W. J. lat 60, wyrobnik, wstąpił do szpitala dnia 10 września. Epididymitis sinistra. Początek choroby od 4 dni. Lewe przyjądrze obrzmiałe, lekko bolesne, wyczuwa się chęłbotanie. Mocz mętny w obu porcyach. Następnie po przejściu zapalenia pęcherza, zapalenie i ból przyjądrza wzmogły się. Nałożono dnia 12/X opaskę na przyjądrze, a następnie zrobiono nakłucie. Chory opaski nie znosił — zdjęto ją też po kilku dniach stosowania. Rana oczyszczała się stopniowo, a chory wypisał się z polepszeniem 5/XI.

29. Fl. An. lat 26, mechanik, wstąpił do szpitala d. 30 października. Epididymitis gonorrhoeica — urethritis. Ostre zapalenie prawego przyjądrza. Wyciek śluzoropny z cewki. Założono na przyjądrze opaskę. Przyjądrze zmniejszyło się po 3 seansach. Chory wypisał się z poprawą d. 6/XI.

38. Ban. An. lat 24, tkacz, wstąpił do szpitala dnia 7 listopada. Abscessus scroti, urethritis. Ropień jądra, wyciek śluzoropny z cewki. Nałożono opaskę Biera, po 2 seansach ropień pękł — wypłynęło dużo ropy. Opaskę jeszcze zakładano do 18/XI. Jądro już niebolesne. Dnia 19 listopada otwór ropnia zabliznił się. Pierwsza porcyca moczu w dalszym ciągu mętna. Chory z poprawą wypisał się d. 29/XI 1906.

57. Kon. Cz. lat 19, praktykant, wstąpił do szpitala d.

22 września. Cystitis Gonitis gonorrhoea. Syph. roseola. Początek przed 2 miesiącami. Mocz mętny w obu porcjach. Ból w kolanie. Nałożono opaskę Biera na (2 godziny) na udo. Po 5 seansach bóle przeszły, lecz po 3 dniach wróciły, aby zniknąć ostatecznie. Zjawiała się wysypka plamista na kończynach dolnych. Chory zrobił XI wcierań i d. 16/X wypisał się bez objawów cystitis i bez oznak.

Δ oto kilka oddzielnych przypadków bardzo ciekawych, ze względu na antecedentia.

92. X. Z., przysłany przez W-go D-ra Med. Zerę do mnie. Chory ma pod pachą prawą ogromnie powiększone gruczoły, *Lymphadenoma*. Chory czas dłuższy był leczony bez powodzenia światłem Röntgena. Stosowałem miejscowo 15 seansów baniek. Guz wielkości 15×10 ctm. zmniejszył się do 3—2 ctm. Chory mógł swobodnie, bez bólu ruszać ręką, podczas kiedy przedtem miał rwące bóle w stawie barkowym. Bóle te przeszły prawie zupełnie, po pierwszym zabiegu z zastoiną.

106. M. D. lat 21, kamasznik, wstąpił do szpitala dnia 9/IX. Syph. r. sec.. Furunculus. Chory od 12 tygodni. Na skórze moszny, u rzyci i kąta ust grudki owrzodzone. Wysypka plamisto-grudkowa na tułowiu. Na lewym palcu czyrak. Po 2 dniach stosowania opaski Biera czop wyszedł i czyrak zagoił się. Działanie, kojące ból, wprost cudowne. Po jednokrotnej $\frac{3}{4}$ godzinowej opasce—ból jakby ręką odjął. Chory wypisał się bez objawów po 6-iu igłach d. 30/IX.

107. Z. B. lat 23, stangret, wstąpił do szpitala d. 11/IX 1906 r. Ulc. ven. Ulc. fistulosum cruris dextri. W lewym rowku kilka wrzodów wenerycznych. Zapalenie szpiku kostnego goleni prawej. Nałożyliśmy dwa razy opaskę Biera, każdorazowo na 24 godziny, lecz skutku nie doczekaliśmy się. Chory po 3 dniach wyszedł ze szpitala.

108. Jank. Jul. lat 25, piekarz wstąpił do szpitala 22 września. Syphilis r. sec., Psoriasis. Oprócz plaques w gardle, z prawego ucha wydziela się ropa. D. 5/X nałożono opaskę na szyję. 1 seans trwał kilka godzin.

Seansów odbyło się 6; wydzielina już po pierwszym seansie zaczęła się szybko zmniejszać i znikła zupełnie. Dnia 29/X chory wypisał się zdrowy na ucho.

Na tem ograniczały się nasze obserwacye, odnośnie do metody Biera.

Widzimy, że ani poglądy Lexera—bezwzględnej krytyka

ani poglądy Nötzla i Klappa, bezwzględnych wielbicieli metody Biera, nie mogą być naszym udziałem.

Cały szereg obserwacji dowodzi, że pogląd Lexera o nieobecności antiendotoksyn, o niezmnijszaniu się żywotności laseczek Ducrey'a pod wpływem zastoiny, o obecności i zwiększonej ilości fermentów proteolitycznych, zarówno jak obawa jego o przeniesienie po za linię zastoiny naraz znacznej ilości trucizn, są nieuzasadnione. Według pojęć i badań współczesnych, zarówno Bezançon'a, Griffon'a i Le Sourd'a, jak Tomaszewskiego, Lipschütz'a i Karwowskiego, przychodzimy do wniosku, że w dymienicach, powstałych przy wrzodach miękkich, głównym winowajcą jest laseczka Ducrey'a. Tymczasem nasze przypadki № 6, 36, 48, 50, 52, a po części i 58 t. j. przypadki zupełnie typowych dymienie po wrzodach miękkich i to wyraźnie chelbozących, przechodziły bez śladu pod wpływem jedynie zabiegów z bańkami. Jeżeli do tego doliczymy wypadki, zjawiające się w następstwie wrzodów miękkich u syfilityków, czyli wskutek zakażenia mieszanego, (wypadki № 73, 74, 77, 78, 79, 82, 83, 84, 87, 88, 96 i 99), co stanowi 62% ogółu syfilityków, leczonych tą metodą, będziemy tembardziej zmuszeni uznać, że poglądy Lexera nie są ściśle i dostatecznie przez fakty potwierdzone.

Pewnem atoli jest, że w 86% wypadków dymienie przy zwykłych wrzodach miękkich, stosowaliśmy punkcję i że sprawa określenia czasu, kiedy należy dokonać nacięcia jest jeszcze do rozstrzygnięcia.

Faktycznie, w całym szeregu wypadków, gdzie odkładaliśmy moment przekłucia, następowało częściowe zmniejszenie nacieku, a po przekłuciu wypływała minimalna ilość ropy lub też czysta surowica. Dowodem tego jest przypadek № 22 i 76, gdzie po dwu seansach Biera objętość nacieku zapalnego zmniejszyła się, a po dokonaniu przekłucia ropy okazało się bardzo mało. W przypadku № 89 dymienice chelbozące przepękły, a wyszła z nich czysta surowica.

Atoli w większości przypadków ilość ropy pod wpływem zastoiny nie ulegała zmniejszeniu. Tak było w przypadkach № 42, 43, 58, 59, 65 i 66.

W jednym przypadku wystąpiły komplikacje (№ 4), pomimo natychmiastowego stosowania zastoiny: brzeży przeciętej rany nabrały charakteru wrzodu pełzającego. W dwu innych przypadkach (№ 14 i 51) stosowanie zastoiny nie za-

bezpieczyło od sformowania się przetok, co przedłużyło znacznie sprawę gojenia się.

Stosowaliśmy bańki według przepisów Klappa, tylko w pierwszym rzędzie przypadków t. j. od miesiąca maja do sierpnia, lecz od początku sierpnia wprowadzaliśmy długie seanse, trwające od 2 do 6 godzin, przyczem stawialiśmy bańki najczęściej po $\frac{1}{2}$ godziny, z przerwą $\frac{1}{4}$ godzinną. Tak więc krótkie seanse typowe, trwające $\frac{3}{4}$ godziny, stosowaliśmy w 52% ogółu wypadków, reszta zabiegów t. j. 48% była dłużej trwająca.

Z pierwszej kategorii przypadków (zabiegi krótkie) wynik pomyślny bez przekłucia otrzymaliśmy w 16% dymienie szankrowych i 50% mieszanych: № 6 (szankrowe zakażenie) i № 73, 74, 77, 78, 79 i 82 (infekcja mieszana). Co się tyczy przypadków dymienie przekluwanych, to w bubonach po szankrach otrzymaliśmy 40% wygojeń (№ 1, 2, 9, 10, 11, 12, 15, 19, 21 i 25) 48% poprawy (№ 3, 4, 5, 7, 8, 13, 16, 17, 22, 23, 24) i bez poprawy 8% (№ 14 i 18).

W drugiej kategorii przypadków wynik pomyślny bez inicyzyi otrzymaliśmy w 84% dymienie szankrowych i 50% mieszanych (№ 36, 48, 50, 52 i 58 (szankry) oraz № 83, 84, 87, 88, 96 i 99 (inf. mieszana); z inicyzą wyleczyło się z dymieniem po szankrach (№ 60 i 67) 14%, poprawiło 80% (№ 37, 49, 58, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 69 i 70), a bez poprawy pozostało 6% (№ 59 z zatoką).

Przy infekcji mieszanej inicyza i seanse krótkie dały wyniki następujące: wyzdrowienia (p. № 71, 72, 76) w 50%, a polepszenie (№ 78, 80, 81) też w 50%.

Przy inicyzyi i seansach długich mieliśmy wyzdrowienie w 25% (p. № 89), a poprawę w 75% (p. № 85, 86, 100).

Widzimy przeto, że: 1-o przekłucie prawie stale jest niezbędne przy leczeniu dymienie szankrowych (tylko 16% wyleczyło się bez przekłucia);

2-o że w dymienicach o charakterze mieszanym można bardzo długo stosować tylko bańki, uchylając się jak najdłużej od przekłucia;

3-o że zastoina rzadko tylko może powstrzymać tworzenie się ropni w dymienicach, daleko posuniętych;

4-o że atoli tylko bardzo rzadko (6%) wyczekiwanie jest przyczyną formowania się zatok;

5-o że zastoina nie jest w stanie szybko zamienić złośliwy (fagedeniczny) charakter dymienicy na niezłośliwy.

6-o że stosowanie zastoiny długotrwałej ma wpływ dodatniejszy na dymienice szankrowate, leczone bez incyzyi, niż zabiegi krótkotrwałe (16% wyleczone w drugim, a 74 w pierwszym razie);

7-o że długotrwałe zabiegi zastoinowe w dymienicach o charakterze mieszanym, o ile traktowaliśmy ostatnie bez incyzyi, działają tak, jak i krótkie;

8-o że, o ile stosować przekłucie z zastoiną następczą, to odnośnie do dymienic szankrowatych, zastoina krótkotrwała daje wyniki lepsze (40% wyzdrowień) niż długotrwała (wyzdrowień 14%), wreszcie

9-o co do dymienic o charakterze mieszanym, to, o ile one były leczone przekłuciem i zastoiną następczą, zabiegi zastoinowe krótkie dawały wyniki lepsze (75% wyzdrowień), niż zabiegi długotrwałe (25% wyzdrowień); nakoniec 10^o że dymienice gruczołów głębokich (p. № 14 i 18) nie nadają się do leczenia zastoiną, lecz wymagają szybszego zabiegu chirurgicznego.

Pierwszym, typowym, uderzającym stale zjawiskiem przy leczeniu zastoiną, było zmniejszenie się bolesności.

Drugim faktem, zasadniczo potwierdzonym przez nasze obserwacje, jest niewielki stopień niebezpieczeństwa, będący następstwem usunięcia zabiegu chirurgicznego nad dymienicą. Wbrew Lexerowi, a zgodnie z Tomaszewskim, jesteśmy skłonni przyjąć, że endotoksyny, wydzielane ze śmiercią lasecznika Ducrey'a, ulegają znacznemu rozcieńczeniu i zneutralizowaniu.

Najprawdopodobniej następuje to, dzięki przywzowowi wzmoczonemu ciał ochronnych do okolic, objętych zastoiną.

Istnienie recydyw (p. № 73 i 79) nie obala faktu, że zwykle powtórzenie zabiegu jest w stanie doprowadzić do całkowitego zneutralizowania jadów i wyzdrowienia recydywisty.

Fermenty proteolityczne, powstające wskutek rozpadu leukocytów, nie dawały się we znaki w naszych przypadkach, gdyż tylko w 2 (№ 14 i 51) powstały zatoki, a w jednym rana nabrała cech wrzodu żrącego (№ 4).

O zwiększeniu zdolności wchłaniania miejscowego dowodzi fakt, że (№ 92) gruczoł podpachowy uległ wessaniu nadzwyczaj szybko, oraz fakt (№ 100), że blizna, wytworzona na ranie u podoficera Emel. uległa wchłonięciu, a brzegi rany otworzyły się.

Zdaje się, że stosowanie Biera przy sprawach nieropnych zyskać może pole bardzo szerokie.

Niefortunne leczenie keloidów za pomocą Röntgena, mogłoby, zdaje się, być zastąpione przez zastoinę bierowską, z większym efektem i z większem uwzględnieniem kosmetyki.

W każdym razie, im więcej w danej dziedzinie się obserwuje wypadków, tem bardziej ustępować musi zarówno bezkrytyczny entuzjazm, jak również nieuzasadniony sceptycyzm.

Szereg pierwszych leczonych przez nas zastoiną, wprost zdumiewających przypadków, budził nadzieję rychłego przewrotu w leczeniu chirurgicznym dymienic, atoli obserwacje dalsze przekonały nas, że metoda Biera, podobnie jak fototerapia, jest tylko jednym ze środków do walki z chorobą — środkiem nieraz zdumiewającym.

Metoda Biera w leczeniu dymienic i to bez przecięcia w postaciach mieszanych, a z przecięciem i długotrwałymi seanсами (lecz nie do wywołania bólu) w postaciach szankrowatych, zasługuje na dłuższe wypróbowanie.

Stosowanie metody tej w epididymitis (zapalenie przyjądrza) sprawia również ulgę, lecz przytem powinna być zawsze uwzględniana wrażliwość chorego. Wypadki tego rodzaju w ilości 3 były pod moją obserwacją i dały wyniki dodatnie.

Atoli potrzeba stosować zabieg Biera *lege artis*: najlepszą jest zastoina krótka w przypadkach ostrych, długa w przewlekłych. Przy stosowaniu metody Biera należy ściśle zachowywać zasady aseptyki i mieć dużą dozę cierpliwości.

Zabiegi w dziedzinie chorób kości gruźliczych zawiodły nas w 2 przypadkach, natomiast długotrwałe stosowanie za stoiny w przypadku poliomyelitis infantum wpłynęło na zgrubienie kończyny i mięśni.

Szanownemu szefowi memu Dr. Med. T. Żerze niniejszym jeszcze raz składam serdeczne podziękowanie za łaskawe wskazówki i udzielenie materiału.

LITERATURA DANEGO PRZEDMIOTU.

- Arnsperger. „Erfahrungen mit Bierscher Stauung bei acuten Eiterungen“. Münchener med. Wochenschrift. Nr. 51, 1905.
- Baumgarten. Erfahrungen über die Wirkung der Stauungshyperämie nach Bier in den infectiosen Krankheiten. (Münch. med. Woch. 1906, № 48).
- Bum. „Die Behandlung von Gelenkerkrankungen mittels Stauung“. Wiener Presse. Nr. 3 i 4, 1905.
- Biehler. Streszczenie zbiorowe w №№ „Kroniki lekarskiej“, 14, 15, 16, 17, rok 1906.
- Bier. 1. „Behandlung acuter Eiterungen mit Stauungshyperämie“. Münch. med. Wochenschrift. 1905, Nr. 5, 6 i 7.
2. „Ueber den Einfluss künstlich erzeugter Hyperämie des Gehirns und künstlich erzeugten Hirndrucks auf Epilepsie, Chorea und gewisse Formen von Kopf schmerzen. Mitteilung aus Grenzgebieten. Tom 7, II i II zeszyt, 1900.
3. „Weitere Mitteilungen über die Behandlung chirurgischer Tuberculose mit Stauungshyperämie“. Verhandl. d. Gesellsch. f. Chirurgie. 1894, str. 94.
4. „Ueber verschiedene Methoden künstliche Hyperämie zu Heilzwecken hervorzuzufen“. Münch. med. Wochensch. Nr. 48 i 49, 1899.
5. „Das Verfahren der Stauungshyperämie bei acuten entzündlichen Krankheiten“. Archiv. f. klin. Chirurgie. Tom 77, 1905, zeszyt I.
6. „Heilwirkung der Hyperämie“. Münch. med. Wochenschrift. Nr. 32, 1897.
7. „Ueber die practische Anwendung künstlich erzeugter Hyperämie“. Therapie d. Gegenwart. Luty, 1900
8. „Behandlung des chronischen Gelenkreumatismus etc“. Münch. med. Wochenschrift. Nr. 31, 1898.
9. Ueber ein neues Verfahren der conservativen Behandlung von Gelenktuberculose“. Verhandl. d. deutsch. Gesellsch. f. Chirurgie. 1892, Tom I
10. „Behandlung chirurgischer Tuberculose der Gliedmassen mit Stauungshyperämie“. V. Esmarch's Festschrift. Kiel, 1893, str. 53.
11. „Weitere Mitteilungen über die Behandlung chirurgischer Tuberculose mit Stauungshyperämie“. Archiv. f. klin. Chir. 1894.
12. „Behandlung der Gelenktuberculose mit Stauungshyperämie“. Berliner Klinik. Listopad, 1895.

13. „Hyperämie als Heilmittel“. Wydanie III w Lipsku, 1906.
- Bestelmeyer. „Erfahrungen über die Behandlung acuter entzündlicher Processe mit Stauungshyperämie nach Bier“. Münch. med. Wochenschrift. Nr. 14, 1906.
- Baar. „Die Biersche Stauung in der gynaekologischen Praxis“. Wiener. klin. Wochenschrift. Nr. 47, 1905.
- Blecher. „Ueber den Einfluss der Künstlichen Blutstauung auf Gelenksteifigkeiten nach Trauma und längerer Immobilisation“. Deutsche Zeitschrift. f. Chirurgie. Tom 60
- Brunn. „Ueber die Stauungsbehandlung der acuten Entzündungen nach den bisherigen Erfahrungen der Brunnschen Klinik“. Beiträge z. klin. Chirurgie. Tom 46, zeszyt 3, 1905.
- Colley. „Beobachtungen und Betrachtungen über die Behandlung acuter eitriger Processe mit Bierscher Stauungshyperämie“. Münch. med. Wochenschrift. Nr. 6, 1906.
- Derlin. „Ein Beitrag zur Behandlung acuter Eiterungen mit Bierscher Stauungshyperämie“. Münch. med. Wochenschrift. № 29, 1905.
- Deutschländer. „Die Behandlung der Knochenbrüche mit Hyperämie“. Zentralblatt. f. Chirurgie. № 13, 1906.
- Danielsen. „Ueber die Bedeutung der Bierscher Stauungsbehandlung acuter Entzündungen für die chirurgische Poliklinik und den praktischen Arzt“. Münch. med. Wochenschrift. № 48, 1905.
- Dembiński. Bier w otologii, Nowiny lekarskie № 1, r. 1907.
- Dobrowolski. „Metoda Biera w obecnej fazie rozwoju“ Gazeta lekarska № 7—11, r. 1906.
- Engländer. „Eitrige Brustdrüsenentzündung bei einer Stillenden nach Bier behandelt mit Ausgang in Heilung“. Zentralblatt f. Gynaekologie. № 16, 1906.
- Eversmann. 1. „Die Biersche Stauung in der Gynaekologie“. Zentralblatt f. Gynaekologie. № 48, 1905.
2. „Die Klappsche Saugbehandlung bei eiternden Hautwunden“. Zentralblatt f. Gynaekologie. № 9, 1906.
- Friedrich. „Die Behandlung infectionsverdächtiger und inficirter Wunden einschliesslich der panaritiales, phlegmonösen und furunkulösen Entzündungen“. Deutsche med. Wochenschrift. № 26, 1905.
- Frommer. „Ueber die Biersche Stauung mit besonderer Berücksichtigung der postoperativen Behandlung und der Altersgangrän“. Wiener. klin. Wochenschrift. № 8, 1906.
2. O przekrwieniu biernym według Biera ze szczególnem uwzględnieniem ran pooperacyjnych i zgorzeli starczej (Przegląd lekarski № 14, 15, 16, 17, 18 i 18), r. 1906.
- Fraenkel. 1. „Eine Verbesserung des Bierschen Saugapparates“. Vortrag in Berlin am 8 mai, 1905.
2. „Zur Behandlung von Handsteifigkeiten mit dem Bierschen Saugapparate“. Zeitschrift. f. diätet. u. physik. Therapie. Tom IX, zeszyt 10, 1905.

- Guth. „Die Behandlung entzündlicher Erkrankungen mit Stauungsbinden und Saugapparaten in der Praxis“. Prager. med. Wochenschrift. № 2, 1906.
- Glasner. „Wyniki lecznicze, osiągnięte przekrwieniem Biera w 312 wypadkach“. Przegląd lekarski № 17, 1907.
- Heine. „Ueber die Behandlung der acuten citrigen Mittelohrentzündung mittels Stauungshyperämie nach Bier“. Berliner klin. Wochenschrift. № 28, 1905.
- Herhold. „Anwendung der Stauungshyperämie bei acuten citrigen Processen im Garnisonslazaret Altona“. Münch. med. Wochenschrift. № 6, 1906.
- Honeth. „Ueber den Wert des Sondermanchen Saugapparates zur Therapie und Diagnose der Nasenerkrankungen“. Münch. med. Wochenschrift. № 49, 1905.
- Herman. Tygodnik lekarski 19/IV 1906.
- Hanusa. „Ueber die Behandlung lokaler Erfrierungen mit passiver und aktiver Hyperämie“. Correspondenzblatt des Aerzte-Vereins des Bezirkes Stralsund. 1905.
- Habs. „Ueber die Biersche Stauung“. Münch. med. Wochenschrift. № 29, 1903.
- Hofmann. „Veränderungen im Granulationsgewebe fistulöser fungöser Herde durch Hyperämisierung mit Saugapparaten“. Münch. med. Wochenschrift. № 39, 1905.
- Hirsch. „Ueber die Behandlung der Arthritis gonorrhoeica mit Bierscher Stauungshyperämie“. Berliner. klin. Wochenschrift. № 39, 1905.
- Hochhaus. „Ueber die Behandlung acuter Halsaffectionen mittels Stauungshyperämie“. Therapie der Gegenwart. Paßdziernik, 1905.
- Hempel. „Die Biersche Stauungshyperämie und ihre Anwendungswweise bei acuten Eiterungsprocessen“. Deutsche med. Wochenschrift. 1905, str. 1858.
- Henle. 1. „Zur Technik der Anwendung venöser Hyperämie“. Centralblatt f. Chirurgie. № 13, 1904.
2. „Zur Technik der venösen Hyperämie“. Verhandl. d. deutschen Gesellsch. f. Chirurgie. Tom I, 1904.
- Joseph. „Einige Wirkungen des natürlichen Oedems und der künstlichen Oedemisierung“. Münch. med. Wochenschrift. № 40, 1905.
- Klapp. 1 „Ueber die Behandlung der Gelenkergüsse mit heißer Luft“. Münch. med. Wochenschrift. № 23, 1900.
2. „Die Anwendung der mobilisierenden Wirkung der Hyperämie auf scoliotische Versteifungen“. Deutsche Zeitschrift. f. Chirurgie. Tom 79, 1906.
3. „Ueber die Behandlung entzündlicher Erkrankungen mittels Saugapparaten“. Münch. med. Wochenschrift. № 16, 1905.
- Karwowski. O stosowaniu metody Biera w dermatologii i urologii. Nowiny lekarskie, № 1, r. 1907.
- Karafa-Korbut. K'kazuistikiy lechen. chirurgiez. zabolowanij. Kongest. giperamiej (Wr gaz. № 9, 1907).

- Kaefer. „Zur Behandlung der acuten eitrigen Entzündungen mit Stauungshyperämie nach Bier“. Zentrallblatt f. Chirurgie. № 10, 1906.
- Keppler. „Die Behandlung entzündlicher Erkrankungen am Kopf und Gesicht mit Stauungshyperämie“. Münch. med. Wochenschrift. № 45 i 47, 1905.
- Kuhn. „Technisches zur Bierschen Stauung“. Münchener. med. Wochenschrift. № 21, 1906.
- Küfer. Beitrag zur Behandlung mit Stauung der acuten eitrigen Entzündungen. Zeits. f. Chirurgie № 10, 1906.
- Krause. 1. Erfahrungen über therapeutische Verwendung überhitzter Luft“. Verhandl. d. deutsch. Gesell. f. Chir. 1899, str. 230.
2. Die örtliche Anwendung überhitzter Luft“. Münch. med. Wochenschrift. № 18, 1898.
- Laquer. 1. „Ueber den Einfluss der Bierschen Stauung auf die bactericide Kraft des Blutes“. Zeitscher. f. experim. Patholog. u. Therapie. Tom I, 1905.
2. „Die Anwendung der physikalischen Heilmethoden in der Therapie des acuten Gelenkreumatismus“. Berlin. klin. Wochenschrift. № 11, 1906.
3. „Zur physikalischen Behandlung der gonorrhoeischen Gelenkerkrankungen“. Berlin. klin. Wochenschrift. № 23, 1905.
- Leuwer. „Ein neuer Nasensauger“. Deutsche med. Wochenschrift. № 10, 1906.
- Lossen. „Biersche Stauungshyperämie bei Schnenscheidenphlegmone“. Münch. med. Wochenschrift. № 39, 1905.
- Lexer. „Zur Behandlung acuter Entzündungen mittels Stauungshyperämie“. Münch. med. Wochenschrift. № 14, 1906.
- Luxemburg. „Ueber Biersche Stauungshyperämie“. Münch. med. Wochenschrift. № 10, 1903.
- Leyden und Lazon. „Ueber die Behandlung der Gelenkentzündungen mit der Bierschen Stauungshyperämie“. V. Leuthold-Gedenkschrift. Band I.
- Lieck. „Ueber den Einfluss der arteriellen Hyperämie auf die Regeneration“. Archiv. f. klin. Chirurgie. Tom 67, str. 229.
- Lazarewicz. O leczeniu zastoiną Bierą w ginekologii. Nowiny lekarskie № 1, r. 1907.
- Martens. Semaine medicale № 52, 1906.
- Moll. Wiener Klin. Wochens. № 17, 1906.
- Muck. „Ueber eine Vorrichtung zum Ansaugen von Sekreten usw.“ Münchener med. Wochenschrift. № 42, 1905.
- Mendelsohn. „Ueber die theoretische Verwendung sehr hoher Temperaturen“. Verhandl. des 16 Kongres. f. innere Medicin. 1898.
- Mindes. „Zur Technik des Bierschen Verfahrens mit Stauungshyperämie“. Münch. med. Wochenschrift. № 6, 1906.
2. Tygodnik lekarski 1/II 1906.
- Mieczkowski. „O leczeniu przekrwieniem zastoinowem w chirurgii metodą Bierą“. Nowiny lekarskie № 1, r. 1907.

- Mindes-Drohoger. „Zur Technik des Bierschen Verfahrens bei der Stauungshyperämie“. Zentrallblatt f. Chir. № 3, 1906.
- Nötzel. „Ueber die baktericide Wirkung der Stauungshyperämie nach Bier“. Chirurg. Congr. Versammlung. 1894, T. II, str. 661.
- Payr. „Wöllfers Erysipelbehandlung Eine historische Bemerkung zu Biers neuer Verwendung der Stauungshyperämie“. Wiener med. Wochenschrift. № 38, 1905.
- Putzler. Ein Beitrag zur Stauungsbehandlung (Arch. f. Derm und Syphilis 1—34) 1907.
- Prym. „Ueber die Behandlung acuter Erkrankungen der Tonsillen mittels Saugapparaten“. Münch. med. Wochenschrift, № 48, 1905.
- Penzo. „Ueber den Einfluss der Temperatur auf die Regeneration der Zellen mit besonderer Rücksicht auf die Heilung der Wunden“. Moleschott's Untersuch. z. Naturlehre des Menschen und der Thiere. Tom 15, 1895.
- Pomorski. O leczeniu w chirurgii przekrwieniem zastoinowem. Nowiny lekarskie, № 1, r. 1907.
- Rudolph. „Die Biersche Stauung in der gynaekologischen Praxis“. Zentrallblatt f. Gynaekologie. № 40, 1905.
- Renner. „Die Biersche Stauungshyperämie bei Augenkrankheiten“. Münchener med. Wochenschrift. № 2—6, 1906.
- Rubritius. „Ueber die Behandlung acuter Entzündungen mit Stauungshyperämie“. Beiträge z. klin. Chirurg. Tom 48, zeszyt 2, 1906.
- Reitler. „Die Trockenheissluftbehandlung“. Baden bei Wien. 1900.
- Richter. „Ueber die Behandlung entzündlicher Prozesse der Haut mit heissen Bädern“. Münch. med. Wochenschrift. № 15, 1906.
- Ritter. 1. „Die natürlichen schmerzlindernden Mittel des Organismus“. Verhandl. der deutschen Gesellsch. f. Chirurgie. 34 Kongres, 1906.
2. „Natürliche schmerzlindernde Mittel“. Archiv. f. klin. Chirurgie. Tom 68, str. 429.
3. „Die praktische Bedeutung der natürlichen Schmerzlinderung“. Die Heilkunde, VII Jahrgang. zeszyt 5, 1903.
4. „Die Behandlung der Erfrierungen“. Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie. Tom 58.
5. „Weitere Erfahrungen über die Behandlung der Erfrierungen mit künstlicher Hyperämie“. Correspondenzblatt des Aerzte Vereins des Bezirkes Stralsund. 1905.
- Ranzi. „Ueber die Behandlung acuter Eiterungen mit Stauungshyperämie“. Wiener klinische Wochenschrift. № 4, 1906.
- Stasiński. O działalności przekrwienia zastoinowego na oko. Nowiny lekarskie № 1, r. 1907.
- Strauss. „Die automatische Saug- und Druckspritze als Saugapparat für die Biersche Stauungshyperämie“. Münch. med. Wochenschrift. № 14, 1906.
- Stahr. „Ueber den Blutbefund bei der Bierschen Stauungshyperämie“. Berliner. klin. Wochenschrift. № 9, 1906.
- Stieb. „Behandlung acuter Entzündungen mittels Stauungshyperaemie“. Berliner. klin. Wochenschrift. № 49 i 50, 1905.

- Sondermann. 1. „Die Naseneiterung der Kinder und ihre Behandlung durch Saugen“. Münch. med. Woch. № 30, 1905.
2. „Ueber Saugtherapie bei Höhlenerkrankungen und Lupus“. Vortrag auf der Naturforscherversammlung in Breslau. 1904.
3. „Eine neue Methode zur Diagnose und Therapie der Nasenerkrankungen“. Münch. med. Woch. № 1, 1905.
4. „Saugtherapie bei Ohrenkrankheiten“. Archiv. f. Ohrenheilkunde. Tom 64, zeszyt 1, 1904.
- Spieess. „Die therapeutische Verwendung des negativen Druckes (Saugwirkung) bei der Behandlung der trockenen atrophischen Katarrhe der Nase und des Rachens“. Archiv f. Laryngologie und Rhinologie. Tom 17, zeszyt 2, 1905.
- Stenger. „Die Biersche Stauung bei acuten Ohreiterungen“. Deutsche med. Woch. № 6, 1906.
- Schaffer. „Die Behandlung von Gelenkergüssen mit heisser Luft“. Dissertation, Greifswald. 1902.
- Tilling. „The treatment of gonorrhoeal Arthritis by Hyperumia“. Journal of the American. 29 kwietnia, 1905.
- Tillmanns. „Ueber Behandlung durch venöse Stauung“. Deutsche med. Woch. № 4, 1905.
- Tomaszewski. „K' waprośu o leczeniu zastójnoy giperemiej ostrych zaraznych chirurgiczeskich zaboliewanij“. Russkij Wracz. № 12, 1906.
- Ullmann. „Ueber Stauungs- und Saugtherapie bei einigen Affectiōnen der Haut und der Geschlechtsorgane“. Berliner klinische Woch. № 18 i 19, 1906.
- Van-Lier. „Behandlung von acute Ontstekeningen“. Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde. 1905, Tom II.
- Volk. „Zur Therapie der entzündlichen Leistenröhren“. Wiener med. Presse. 1905, str. 2322.
- Wiedmann. „Ein Beitrag zur Lehre von der Behandlung des traumatischen Kniegelenkergusses“. Dissertatio, Bonn. 1904.
- Wessely. 1. „Experimentelles über subconjunktivale Injectionen“. Deutsche med. Woch. № 7 i 8, 1903.
2. „Zur Kenntnis der Wirkung lokaler Reize und localer Wärmeapplication (nach Experimenten em Auge)“. Archiv. f. klin. Chirurgie. Tom 71, zeszyt 2.
- Zacharias. Die Behandlung der Brustdrüsenentzündung mit Bierscher Stauungshyperämie. (Münch. med. Woch. № 15, r. 1907).

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

We Lwowie 22 — 25 lipca r. b. odbył się X Zjazd lekarzy i przyrodników polskich, na którym dermatolodzy byli dość licznie reprezentowani. Wyniki prac sekcji skórno-wenerycznej, dzięki głównie staraniom lwowskich kolegów z prof. W. Łukasiewiczem na czele, można nazwać zupełnie udanymi. Jakość odczytów, dobór klinicznego materiału z Lwowskiej kliniki, poziom naukowy dyskusji przeszły wszelkie oczekiwania. Należy przytem zaznaczyć serdeczną uprzejmość i gościnność gospodarzy, łączącą bratnimi uczuciami pracowników na kamienistej niwie nauki ojczyznej.

Porządek obrad sekcji był następujący:

Posiedzenie z d. 22/VII.

Prof. Łukasiewicz: Leczenie kily wobec nowszych odkryć.

Dyskusja: Kozerski, Marenicz, Waryński, Malinowski, Mureczko, Krzyszkowski, Podlewski, Drozdowicz, Bryliński, Tatarczuch, Łukasiewicz.

R. Leszczyński: Nowa zaróbka (vehiculum) dla przetworów rtęciowych.

Buraczyński: Żółtaczka we wczesnym okresie kily.

Podlewski: O profilaktyce chorób wenerycznych.

Dyskusja: Marenicz, Malinowski, Karwowski, Buraczyński, Podlewski.

Posiedzenie z d. 25/VII.

Kozerski i Górkievicz: Z osobistych spostrzeżeń w zakresie a) roentgenoterapii b) radiumterapii c) fototerapii.

Dyskusja: Łukasiewicz, Bernhardt, Drozdowicz, Bernhardt, Drozdowicz, Karwowski, Łukasiewicz, Kozerski, J. Świątkiewicz, Łukasiewicz, Waryński, Kozerski.

Posiedzenie z d. 24/VII.

Bernhardt: O skombinowanym leczeniu tocznia żrącego.

J. Świątkiewicz: Leczenie tocznia żrącego eugallolem (z demonstracją chorych).

Dyskusya (odnośnie 3-ch ostatnich odczytów): Łukasiewicz, Kozerski, Blumenfeld, Leszczyński, Malinowski, Waryński, Kozerski, Łukasiewicz Blumenfeld, Malinowski, Świątkiewicz, Łukasiewicz, Bernhardt.

W. Scenerak: Dermopathol w leczeniu tocznia żrącego (lupus vulg.) i epithelioma.

Blumenfeld: O Tuberkulidach.

Dyskusya: Bernhardt, Leszczyński, Blumenfeld, Kozerski, Blumenfeld, Leszczyński.

Posiedzenie z d. 23/VII.

Łukasiewicz: Demonstracye chorych.

Dyskusya: Kozerski, Łukasiewicz.

Malinowski: O samoistnym zaniku skóry.

Dyskusya: Leszczyński, Malinowski, Marenicz, Malinowski, Łukasiewicz, Malinowski.

Mahl: (jun.): Sposób robienia odlewów chorób skórnych z demonstracją.

Dyskusya: Kozerski, Waryński, Łukasiewicz, Mahl, Sobierański, Leszczyński, Kozerski, Karwowski, Malinowski, Mahl.

Turzański: Kilka uwag w sprawie polepszenia stosunków prostytucyi.

Dyskusya: Malinowski, Blumenfeld, Karwowski, Krzyszkowski, Waryński, J. Andruszewski, Malinowski, Skibiński, Turzański, Waryński.

W następnych numerach, poświęconych wyłącznie sekcyi, czytelnicy znajdą wszystkie prawie wygłoszone na niej odczyty.

Jeden z bliższych numerów pisma poświęcimy wyłącznie dla uczczenia dwudziestopięcioletniej profesorskiej działalności znakomitego czeskiego dermatologa Janowsky'ego.

Szósty międzynarodowy zjazd dermatologów odbędzie się 9 — 14 września b. r.

Redaktor i wydawca F. MALINOWSKI.

Druk. E. Nicza i S-ki, Nowy-Świat 70.