

# MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY-PRAKTYKÓW.

TREŚĆ. Rozprawy. Dławiec i błonica podług prof. A. Montiego. Podał dr. A. Poznański. (Ciąg dalszy). Kazulstyka. Ciało obce wyjęte z jamy Highmora. Podał dr. Konstanty Stecki.— Streszczenia i wyciągi. 89. Z kongresu dla medycyny wewnętrznej w Wiesbaden. O Astmie.— Notatki terapeutyczne.—Przegląd bibliograficzny. Ueber Dysmenorrhoea membranacea v. prof. Ludwig Kleinwächter. Sprawozdawca dr. J Rogoziński. — Wiadomości bieżące. — Odpowiedzi od Redakcyi i Administracyi.—Ogłoszenia.

## DŁAWIEC I BŁONICA

(*Croup et Diphtheritis*, PODEŁUG PROF. A. MONTIEGO)

Podał Dr. A. Poznański.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 33).

W le c z e n i u uwzględniamy następujące wskazania.

1. Zwalczanie objawów zapalnych. Stawianie pijawek czy to na krtań czy to na rękorojści mostka jest bezcelowe, w wielu razach szkodliwe, stanowczo do odrzucenia. Daleko właściwszemi są okłady zimne na szyję. By wypełnić to wskazanie postępuje się w sposób następujący: Starszym dzieciom zaleca się łykanie kawałków lodu, młodszym daje się łyżeczkami wodę lodową, szyję okłada się zimnym kompresem lub kładzie się pęcherz napełniony lodem, z dobrym skutkiem używa się też aparatów Leitera w formie krawatu napełnionego wodą zimną 5°. Postępowanie to stosować należy w okresie I-szym i w początkach II-go. Przy krupie wstępującym używamy zimnych kompresów na klatkę.

2. Zapobieganie tworzeniu się wysięku. Najstarszą metodą jest podawanie rtęci już to jak calomel w dużych lub małych dawkach już to wcierania maści szarej. Doświadczenie wykazało że środki te najmniejszego wpływu nie wywierają na tworzenie się wysięku a czasami przez poboczne działanie mogą stać się groźnemi. W ostatnich czasach BUROW, RAUCHFUSS i KAULICH zalecali sublimat zachwalając go (*Rp. Sublimati corr. 0,01—0,05, Aq. dest. 90,00, Syr. Rub. Idaeii 10,00 D. S. co godz. łyżeczkę od kawy*). Z takiego leczenia w 2-ch przypadkach M. miał świetny rezultat.

Dla wypełnienia tego wskazania zalecali *Alcalia*, używane często ale bez skutku; z alkaliów najwłaściwszym jest *Kali jodatum* i to w dużych dawkach, (*Kali jodati 2,00, Aquae destillatae 100,00 co godzina łyżkę*). Hydropaci w tymże celu zalecali zimne oblewania. W nowszych czasach dr. KLEMM radzi znowu kurację zimną wodą i jak sam powiada dla pobudzenia czynności skóry. Temperatura według KLEMM nie po-

winna być zbyt niską. Kurację to zastosowuje w formie obwijań które robi co 2 godziny. Wszelkie manipulacje hydropatyczne jednak powinny być tam tylko stosowane gdzie gorączka jest silną. Środkami temi trudno zapobiedz tworzeniu się wysięku. Używamy zimnych zlewań według HARDERA i WINTERNITZA w tych przypadkach gdy duszność jest znaczną. HARDER radzi oblewania robić na kark i plecy dziecku umieszczonemu w pustej wannie a jednocześnie klatkę piersiową szcztokować. Temperatura wody 10—12°. Procedura ta trwa 10 minut następnie kładzie się dziecko do łóżka, lekko nakrywa i szyję obwija się zimnym kompresem. BARTELS radzi również takie oblewania mianowicie gdy występuje śpiączka. Zwykle empirycznie daje się chininę i to w dużych dawkach od 1,00—2,00 na dzień. RAUCHFUSS również zaleca duże dawki chininy.

3. Rozpuszczanie wytworzonego wysięku. W tym celu zalecamy kataplazmy na szyi lub kompresy Priessnitza. Jak tylko wystąpią objawy wysięku należy okład zimny zamienić na ciepły, kontynuowanie dalej okładu zimnego jest szkodliwe. Najlepiej działają inhalacje środków lekarskich za pomocą aparatu Siegla, rozpylanie aparatem Richardsona są niedostateczne. Inhalacje muszą być starannie, przynajmniej co godzinę robione. Co się tyczy środków do inhalowania to przede wszystkim zalecają się środki ściągające a mianowicie ałun w roztworze stężonym 6,00, na 200,00. Zasypywanie ałunu sproszkowanego może wywołać groźne objawy. Inhalacje z taniny są bezskuteczne. Ponieważ błony łatwo rozpuszczają się w alkaliach zaczęto więc używać ich do inhalacji, z działu tych środków najlepiej działa *Aq. Calcis*. KÜCHENMEISTER dodaje do niej kilka kropel *Liq. Natri caustici*. SCHÜTZ zalecił inhalacje z bromu, używane jednak bez najmniejszego skutku. Najlepszym środkiem jest *Acidum lacticum*, (*Rp. Acidi lactici gtt. 50 — 80. Aquae destillatae 200,00*). Rozumie się że inhalacje mogą tylko wywierać swój skutek w okresie II. Po dokonanych inhalacjach z kwasu mlecznego kaszel staje się wilgotniejszym, oddech spokojniejszy. Jak tylko wystąpią te objawy natychmiast podać należy środek wymiotny dla wypróżnienia krtani z rozpuszczonych błon. W ostatnich czasach zaczęto używać sublimatu do inhalacji (0,03 — 200,00). Radzono także wdmuchiwanie jodoformu sproszkowanego.

5. Ułatwianie wydalania błon. W tym celu używamy środków wymiotnych i wykrztuśnych. Środek wymiotny tam tylko powinien być stosowany gdy kaszel wilgotniejszy wykazuje błony w rozpuszczeniu. Z środkami wymiotnymi dzieją się ogromne nadużycia, które często nie przechodzą bezkarnie. Najstosowniejszy jest emetyk. Wielu bardzo poważnych badaczy wypowiedziało też swe zdanie co do szkodliwości środków wymiotnych. Z środków wykrztuśnych ułatwiających wydalanie błon rozpuszczonych zaleca się Senegę z dodatkiem *Liquor Ammonii anisati*. W ostatnich czasach zaczęto podawać pilocarpinę ze skutkiem niepewnym, a czasami groźnym. Niektórzy używają środków mechanicznych dla wydalania błon jak GREEN który radzi gąbkę na fiszbinie

wprowadzać do krtani i obracając nią (gąbką) błony wyciąga, metoda niepewna i bardzo niebezpieczna. O katetyzacji jako środka wykrztusnym będzie później mowa. Dr. BELA WEISS radził masaż szyi i opisał kilka przypadków wyzdrowienia, liczba jednak nie wystarczająca by można cokolwiek o tej metodzie powiedzieć.

5. Symptomatyczne usuwanie napadów zaduszania. W tym celu zalecano oddychanie tlenem, rozumie się bez skutku. Najważniejszym i najpewniejszym środkiem jest tracheotomia. Operacja dotychczas przez wielu lekarzy nie tak gorąco zalecana jak nato zasługuje. Powody dla których wielu lekarzy jest jeszcze przeciwnych operacji są. 1) Powątpiewanie co do rezultatu wyzdrowienia. 2) Niedostateczność jak dotychczas metody wykonywania, i często błędne wykonanie. 3) Zbyt późne przystępowanie do operacji. 4) Błędne następcze leczenie, niedostateczne pielęgnowanie chorego, niedostateczne odżywianie. 5) Częste wypadki śmierci już to podczas lub wkrótce po operacji.

Przy krupie krtani przez operacją ratujemy 3 4-te części chorych. TROUSSEAU w praktyce swej prywatnej miał więcej niż połowę wyzdrowień. Kiedy jest czas do wykonania tracheotomii? Niektórzy radzą wcześniej, inni późno, nawet w agonii operacje wykonywać. TROUSSEAU zaleca ją wcześniej. Obserwacje Autora zdanie to potwierdzają i jeżeli pozostawiają nam czas do wyboru, to należy operować w daleko posuniętym drugim okresie, z chwilą gdy już kilka napadów duszności nastąpiło. W okresie trzecim, lub też nawet i w agonii nie należy odmawiać wykonania operacji, gdyż każdy z lekarzy i w tych przypadkach widział wyzdrowienie. Zachodzi pytanie, czy wszystkie krupy należy operować. Jako *indicatio vitalis* każdy krup powinien być operowany, bez względu na możliwy rezultat. W przypadkach krupu zstępującego lub wstępującego operacja jest wskazaną wtedy tylko, gdy objawy laryngosteniczne dominują. Niektórzy utrzymują, że nie należy operować dzieci niżej dwóch lat; zdanie to wobec faktów wyzdrowienia dzieci kilkunastomiesięcznych (TROUSSEAU—13 miesięcy, BARTHEZ—7 miesięczne, RAUCHFUSS—11-to miesięczne i t. d.) samo przez się upada. Zgodzić się na to musimy, że im dziecko starsze, tem lepszy rezultat. Utrzymują, że obecność pneumonii lub emphysematu wyklucza możliwość operacji; i to nie zupełnie dowiedzione.

Czy przy tracheotomii należy chloroformować? Uśpienie jest nieszkodliwe i pożyteczne w okresie drugim. W okresie trzecim jest zbyt cennym, gdyż wrażliwość jest przytępioną. Wogóle uśpienie powinno być ostrożne i nie doprowadzone do zupełnego znieczulenia. Co się tyczy metody operacji, to ta zależy od danego przypadku; jednak — że gojenie rany po tracheotomii inferior może być utrudnione przez powikłania, o których później będzie mowa. Wybór rurki jest niezmiernie ważnym, mianowicie co do grubości i krzywizny. Zbyt cienkie rurki są szkodliwe. Owrzodzenia tylnej ściany tchawicy nie zależą od grubości rurki, ale od jej krzywizny.

Przy operacji zdarzyć się mogą następujące komplikacje: 1) nagle

zemdlenie wskutek znacznej utraty krwi u małych dzieci. Przez ostrożne preparowanie i odciąganie naczyń łatwo tego uniknąć, 2) tetanus i ogólne osłabienie wskutek daleko posuniętej asphyxii wymaga szybkiego wprowadzenia rurki i sztucznego oddechania. 3) Asphyxia skutkiem zbyt cienkiej rurki, zanieczyszczenie jej, lub też niewprowadzenie do tchawicy wymaga starannego wyszukania przyczyny i usunięcia. 4) Asphyxia z powodu zepchnięcia ku dołowi rurką błony. Jeżeli po otworzeniu tchawicy czas jakiś trzymamy ją otwartą dilatatorem, to chory kaszląc wyrzuca błonę; jeżeli pomimo tego po wprowadzeniu rurki zdarza się taki przypadek, to należy rurkę usunąć, wprowadzić dilatator i pobudzać oddechanie. 5) Asphyxia skutkiem dostania się krwi do oskrzeli; należy wprowadzić kateter elastyczny i zapomocą ust lub szpryki krew wyssać.

6) Niekiedy po wprowadzeniu rurki występuje rozedma skóry (*emphysema cutis*); ma to wtedy miejsce, gdy otwór trachealny jest duży, a rurka jest cienką, lub też gdy otwór trachealny leży niżej, niż skórny. Jeżeli *emphysema cutis* jest ograniczoną na małej przestrzeni, wtedy przechodzi bez złych następstw, jeżeli zaś na znacznej, jest bardzo poważnem powikłaniem. 7) W samym początku operacji oddech zupełnie się wstrzymuje; należy nie spieszyć się, ale wprowadzić kateter do krtani przez usta i gdy oddech wróci, operacją dokonać.

Po ukończonej tracheotomii prognozę należy stawiać z wszelką ostrożnością. W przebiegu pooperacyjnym należy zwracać uwagę na: oddech, sinicę, wykasływanie przez rurkę, temperaturę i zmiany fizykalne w płucach.

Oddech po operacji bywa zwykle od 24 do 28. Jeżeli liczba oddechów nie zmienia się do 3-ch dni, to wtedy rokowanie jest dobre. Jeżeli proces rozszerzył się na oskrzela, to wtedy liczba oddechów dochodzi do 38, wtedy prognoza jest wątpliwą. Przy rozszerzaniu się procesu na oskrzela drobne, liczba oddechów dochodzi do 60 i wtedy prognoza jest złą. Niekiedy obserwuje się, że liczba oddechów normalna przez 7 dni podnosi się i dochodzi do 38; jeżeli przytem wydzielina śluzowa jest obfitą i nie znajdujemy żadnych zmian w płucach, to objaw ten jest bez znaczenia. Liczba oddechów 60 do 70 jest bezwarunkowo znakiem zbliżającej się śmierci. Sinica zwykle po operacji przechodzi; jeżeli nie przechodzi, lub też wraca, to wtedy należy uważać stan za bardzo groźny.

Wykrztuszenie przez rurkę rozpoczyna się zaraz po jej wprowadzeniu, i zwykle w samym początku śluz pomieszany jest z krwią. Domieszka krwi zwykle ustaje po 12 godzinach, lub też wcześniej. W przypadkach pomyślnie przebiegających wydzielina jest obfitą i śluzo-ropną. 5-go lub 6-go dnia wydzielina staje się już skąpą, czysto śluzową. Jeżeli po tracheotomii czy to zaraz, czy w 2 lub 3 dni później wydzielina nagle ustaje, to przypadek taki kończy się niepomyślnie. Wyrzucanie kawałków błon należy do znaków niepomyślnych; wyrzucanie odlewów oskrzeli jest najniepomyślniejszym znakiem.

Badanie fizykalne płuc jest niezmiernie ważnem i powinno być uskuteczniane z największą starannością. Wystąpienie zapalenia płuc drugiego

lub trzeciego dnia po operacyi nie jest bezwarunkowo złem, gdyż widywalem nieraz zupełnie rozejście się procesu.

Zachowanie się temperatury jest niezmiernie ważnem. Zwykle temperatura w przypadkach pomysłnych nie przechodzi 38,95. Każde nowe tworzenie się wysięku poprzedza gorączka do 39°. Poważne są nagle podniesienia temperatury, dochodzące do 41°. Jestto znak występującego powikłania, i jeżeli przytem kaszel staje się suchym, oddech utrudnionym, to wtedy nastąpi bezwarunkowo zejście śmiertelne.

Leczenie pooperacyjne bywa chirurgiczne, lekarskie i dyetetyczne. Leczenie to wymaga ogromnej uwagi i staranności. W leczeniu chirurgicznym staramy się przedewszystkiem ochronić skórę i ranę od ugniataania rurką. W tym celu należy podsuwać między rurkę a ranę kawałek musli-  
nu jodoformowego lub sublimatowego. Podkładki te należy zmieniać 2 razy dziennie, lub nawet i częściej. W celu utrzymania ciągłej wilgoci w rurce przykładamy na otwór jej zewnętrzny kawałek flanelki, namoczonej w ciepłej wodzie. Jeżeli pomimo tego gromadzący się śluz w rurce zasycha, to wtedy należy robić inhalacye z czystej pary wodnej lub z 1% roztworem kwasu karbolowego. Woda, w której flanelkę się moczy, powinna być zupełnie czystą, w tym względzie robią się ogromne nadużycia. Wewnętrzna rurka powinna być co 2 godzin usuniętą i oczyszczoną; nadto rurkę zewnętrzną należy po kilku dniach wyjąć i oczyszczoną na nowo wprowadzić. Niektórzy radzą inhalować do rurki często; jestto jednak niepotrzebne w przypadkach przebiegających pomysłnie. Jeżeli u dziecka operowanego 5-go lub 7-go dnia występuje silny kaszel bez zmian w oddechu, temperaturze i płucach, to należy przypuszczać owrzodzenie błony śluzowej tchawicy. Jeżeli wtedy nie można rurki zupełnie usunąć, to należy zmienić ją na dłuższą lub krótszą.

Ważnem jest znać zmiany, jakim podlegać może rana. Zdarzyć się może, że brzegi lub otaczająca tkanka około rany podlega zapaleniu, dając początek róży na szyi. Powyżej wymienione powikłania są przykre, chociaż przy odpowiedniem leczeniu dają się usunąć. Wyjęcie rurki działa pomysłnie i wpływa na zmniejszenie się zapalenia. Niekiedy 2-go lub 3-go dnia po operacyi występuje *diphtheritis* rany, który może po kilku dniach przejść pomysłnie, bywają jednak wypadki, że błonica rozszerza się i wdraża głęboko i przez oddzielenie produktów błonicowych może nastąpić znaczna utrata substancyi. Przy takim oddzieleniu mogą nastąpić silne krwawienia do tchawicy. Leczenie tego powikłania polega na usunięciu rurki, okładach kw. karb. lub posypaniu jodoformem.

Odleżyny ściany tchawicy wymagają już to usunięcia zupełnego rurki, lub też zmienienia na odpowiedniejszą.

U niektórych po operacyi podczas picia, gdy płyn przechodzi koło krtani, powstaje silny kureczowy kaszel, podczas którego płyn dostaje się do tchawicy i rurką zostaje wydalony na zewnątrz. Komplikacya ta jest ważną z powodu, że dzieci nie chcą przyjmować pokarmów. Zwykle po

3-ech lub 4-ech dniach przechodzi. Autor radzi podczas picia otwór zewnętrzny rurki zamykać palcem. Ostatnie pytanie w leczeniu chirurgicznym jest, kiedy należy rurkę usunąć i zagoić ranę trachealną. Trudno *a priori* określić czas; jako правило należy pamiętać, że rurka powinna być jak najwcześniej usunięta. Zbyteknie wyczekiwanie bez ważnych danych jest szkodliwe i w skutkach obliczyć się nie dające. Zanim przystępujemy do usunięcia rurki, należy wykonać następującą próbę: po wyjęciu rurki wewnętrznej należy palcem zamknąć otwór zewnętrzny rurki, kazać choremu mówić i jeżeli wtedy oddech jest spokojny, głos nie ochrypli, dziecko jest w stanie zgasić świecę ustami, wtedy rurkę możemy usunąć. Próby takie należy wykonywać często. (Zwracam uwagę, że M. używa rurek kauczukowych które na wypukłości swej mają otwór—przy używaniu rurek srebrnych w których niema otworu należy zupełnie rurkę usunąć—palcem zamknąć otwór i wykonać powyższą próbę *Spraw.*). Zwykle usuwamy rurkę między 8-ym a 10-ym dniem. Po wyjęciu rurki ranę leczy się antyseptycznie, ściąganie rany plastrami uważa M. za zbytne.

Postępowanie lekarskie i dyetetyczne powinno być bardzo staranne. Dziecko powinno znajdować się w jednakowej temperaturze i w powietrzu jednakowo wilgotnem. Jestto rzeczą ważną, ważniejszą, niż wielu lekarzy sądzi. Temperatura pokoju powinna mieć 16° R. Pokój należy przewietrzać, ale z wszelką ostrożnością. Z lekarstw empirycznie podaje się chininę i to w dużej dawce. Małe dawki zupełnie nie działają. Zwolennicy rtęci podają sublimat. Dla ułatwienia wykasływania używa M. *Ammonium carbonicum siccum* w następującej formie: *Ammonii carbo. sicci* 0,60, *Aq. destillatae* 100,00, *Syr. capillo.* 12,00, *D.S.* co godzina łyżkę lub też *Decoct. Senegae* z dodatkiem *liquor. Ammonii anisati*, a u dzieci anemicznych do *Decoct. Senegae* dodaje *Tinct. nerv. ton. Bestuscheffi*. Nadto używa inhalacyi do rurki z wody wapiennej lub kwasu mlecznego. Dyeta chorych operowanych powinna być pożywną, zależną od gorączki lub braku tejże. Bezpośrednio po operacyi daje się wino w kilka godzin później mleko, rosół. Jeżeli gorączka w dalszym przebiegu nie występuje, to odżywia się dzieci mlekiem, rosółem, mięsem i winem, i to w dostatecznej ilości. W razie gorączki ogranicza się do zimnego mleka, dając w ciągu dnia od pół do 1 litra.

Do środków mechanicznych, używanych w celu leczenia krupy należy katetyzowanie krtani. Co się tyczy wartości tej metody, to nie spełniła ona nadziei, jaką w niej pokładano. Wielu zwolenników po długich próbach zupełnie ją zarzuciło. Na mocy licznych obserwacyi doszedł M. do następujących wniosków: 1) Katetyzowanie krtani jest tylko środkiem tymczasowym, usuwającym chwilowo napady zaduszenia i dlatego należy stosować w tych przypadkach, w których w danej chwili tracheotomii zrobić nie można. 2) Jeżeli podczas tracheotomii występuje silny napad duszenia, tak że operacya nie może być dokończoną *lege artis*, to radzi stanowczo operacyą przerwać; katetyzo-

wać. Po przejściu napadu operacyą należy kończyć. Wskazanie to, postawione przez prof. WEINLECHNERA zgadza się z przekonaniem Autora.

3) Jako środek wykrztuśny można czasami kateteryzowanie zastosować.

Zarzucono, że kateteryzowaniem można wywołać nowy wysięk; zarzut nie dowiedziony. Jeżeli operujący jest wprawny i ostrożny, to kateteryzowanie nie może przynieść choremu żadnej szkody. Przypuszczano dalej, że kateteryzowanie krtani może stać się przyczyną uduszenia, lecz wtedy będzie to winą nie metody, ale operującego. Bardzo często kateteryzował M. w stanach rozpaczliwych, nie mając przytem żadnego wypadku. Zarzucono także, że kateter może zepchnąć błonę krupową ku dołowi. Według Autora tylko w takim razie jest to możliwe, gdy użyjemy zbyt wielkiej siły i zbyt grubego cewnika. (d. c. n.)

## Ciało obce wyjęte z jamy Highmora.

Podał Dr. **Konstanty Stecki** lek. szpit. w Hrubieszowie.

Dnia 27 Grudnia s. s. r. z. przybył do szpitala hrubieszowskiego Ś-ej Jadwigi mieszczanin m. Dubienki Franciszek Sochocki, uwolniony ze służby wojskowej w randze starszego podoficera z Ufimskiego bataljonu. Obecne swoje cierpienie Sochocki opowiada następującemi słowy:

1882 roku 31 Grudnia s. s. żołnierze bataljonu w Ufie narodowości tatarskiej wyprawiali ucztę dla powitania Nowego Roku i na ową ucztę zaprosili Sochockiego. Sochocki przyznaje się, że bardzo niemiłosiernie obchodził się z powierzonymi sobie na naukę mustry podwładnymi. Kiedy biesiadnicy dobrze podpili, wyprowadzili Sochockiego w nocy z mieszkania i jeden z nich uderzył go silnie w twarz, wskutek czego upadł i stracił przytomność. Nieprzytomnego i z raną na twarzy z lewej strony silnie krwawiącą odniesiono do szpitala. Tutaj według słów pacyenta skonstatowano złamanie kości nosowych, lecz po zachloroformowaniu, kości okazały się całe, zatem postanowiono leczyć ranę. Sochocki w następstwie, wskutek wywrotu lewej powieki (*Ectropion*) uwolniony został ze służby i obecnie przedstawia stan następujący:

Lewa powieka szczególnie w końcu wewnętrznym wskutek blizny przyrośniętej do kości szczękowej górnej silnie wywrócona na zewnątrz; poniżej, o 3 do 4 linii od wywróconej powieki można zauważyć maleńki otworek z bujającemi granulacyami. Otworek ten przepuszcza zgłębnik bardzo cienki, który jednak głęboko nie wchodzi. Od tego otworu widać linię bliznę, która się kończy na wysokości wolnego brzegu skrzydła nosa i tuż przy skrzydle nosa, otworem otoczonym bujającemi granulacyami. Zgłębnik przez ten otwór wchodzi dość głęboko i robi wrażenie, że się posuwa po twardym przedmiocie. O ostatnim można się było również przekonać zapomocą palca mocno przyciśniętego do dolnego otworu. Tak przyciśnięty palec odbierał wrażenie kłócia przez ciało ostre. Po roz-

szerzeniu otworu można się było przekonać, że w kościach szczęki górnej lewej tkwi kawałek żelaza, lecz jakich rozmiarów określić było niemożliwym, a zakładany korcang przy każdym pociągnięciu ześlizgiwał się uparcie. Dopiero po zachloroformowaniu chorego i połączeniu głębokiem do kości od zewnątrz cięciem obu otworów (zgleźnik od otworu do otwo-

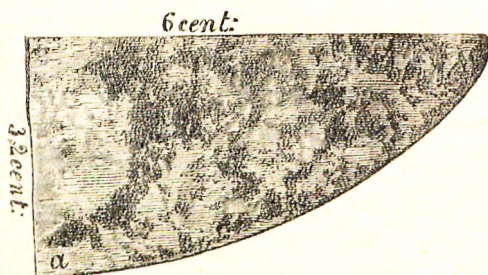


Fig. 9.

ru nie mógł być wprowadzony) można było przekonać się, że żelazo wystaje po za kość na zewnątrz w części dolnej cięcia t. j. w tem miejscu gdzie można było wyczuwać palcem przeciskając granulację dolnego otworu. Po rozszerzeniu otworu w miękkich i twardych częściach (kości) i założeniu płaskich cęgów (zegarmistrzowskich) wyostałem odłam noża szewckiego, który przedstawiam Redakeyi w naturze i na rysunku (fig. 9). Ostrze noża zwrócone było ku dołowi i kąt oznaczony na rysunku przez *a* tkwił w dolnym otworze.

Chory opowiada, że przez całe dwa lata nie doświadczał żadnych dolegliwości ani w twarzy, ani w oku (tylko z racyi *Ectropionu*) ani w nosie, ani w zębach. Słowem żeby nie dolny otwór przez który od czasu do czasu wychodziło po kilka lub kilkanaście kropeł materyi, chory nie szukałby porady lekarskiej. Rana po operacji zagoiła się *per primam intentionem* i chory dnia 7 Stycznia r. b. wypisany ze szpitala z wywróconą powieką, albowiem na poprawienie położenia powieki nie zgodził się.

Przypadek powyżej opisany ma znaczenie ze względu na tak długie i bezkarne przebywanie tak wielkiego ciała obcego w jamie Highmora. Przytaczane w literaturze lekarskiej rozmiary ciał obcych w tej jamie, nie dorównują wielkością naszemu.

## STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

89. Z kongresu dla medycyny wewnętrznej w Wiesbaden: 0 Astmie. Referent Dr. CURSCHMAN wskazuje przedewszystkiem w krótkim wstępie historycznym, jak dalece wahały się dotąd pojęcia o astmie. To zupełnie zaprzeczano istnieniu astmy pierwotnej, to znów rozszerzano pojęcie owo zbyt daleko. W nowszych czasach spór prowadzonym był na polu bardziej ograniczonym. Podczas gdy ze wszech stron przyznano istnienie pierwotnej astmy, zdania wahały się bardzo co do mechanizmu napadu astmatycznego. Jedni szukali przyczyn w skurczu mięśni oskrzelowych, podczas gdy inni przyjmowali skurcz przeponowy, inni nareszcie nerwicę naczynioruchową rozkurczową błony śluzowej oskrzeli (*vasodilatatorische Neurose*). W jednostronności tej szukać należy przyczyny, iż nauka cała postępowała nader powoli. Spuszczono z uwagi, iż w astmie nie posiadamy ściśle określonej postaci chorobnej, dającej się sprowadzić do pewnej przyczyny,



lecz mamy do czynienia z pojęciem zbiorowem, podobnie jak przy chorobie Bright'a lub dusznicy piersiowej (*angina pectoris*). Wywody sprawozdawcy dotyczą wyłącznie astmy pierwotnej, t. j. klinicznie postaci, w których szybko powstająca i szybko ustępująca duszność ma swoje siedlisko w cieńszych drogach oddechowych, jest przeważnie wydechową i połączoną jest z ostrem rozdęciem płuc, przedłużonem wydychaniem i często ze zwolnionem oddychaniem. Stany te dają się najdogodniej ugrupować w sposób następujący: 1) Astma pierwotna, zależna od zmian chorobliwych w ośrodkach nerwowych przyrządu oddechowego lub ich przewodników ośrodkowych. 2) Astma następcza, t. j. stan zależny od cierpień innych narządów najczęściej wywołany odruchowo. Grupę tę należałoby jeszcze rozdzielić na 2 poddziały: 1) przypadki ze zdrowymi płucami i 2) z płucami chorobliwie zmienionymi. Nazwy *Asthma bronchiale* używanej w ogóle dla przypadków astmy pierwotnej referent nie uważa za dogodną, ponieważ nie obejmuje ona wszystkich należnych tu przypadków np. połączonych ze skurczem przepony. Radzi przeto zaniechać jej, lub też przynajmniej stosować ją tylko w przypadkach w których astma zależna jest od cierpienia oskrzeli. Sprawozdawca rozbiera następnie należne tu postaci, z których za najważniejszą uważa opisaną przez siebie pod nazwą *bronchiolitis exsudativa*. Opisuje objawy cierpienia tego i wyraża zdanie, iż takowe w przewlekłej postaci swej winno być uważane za cierpienie klinicznie określone i samoistne, którego nie należy utożsamiać z astmą, lecz uważać je za jedną z głównych jej przyczyn. Nie każde włókieńko wężykowate (*Spirale*) odnosi się koniecznie do astmy, ostra bronchiolitis nie wywołuje wcale ich powstawania. Co się tyczy związku bronchiolitis z mechanizmem napadu astmatycznego, sprawozdawca sądzi, że odgrywają tu rolę dwa czynniki: po pierwsze opisane przez niego włókieńka wężykowate i zwykłe części składowe wydzieliny oskrzelowej, jako czynnik mechaniczny, dalej zaś podniesiona pobudliwość błony śluzowej, powstała skutkiem właściwego jej cierpienia. Niesłusznem jest upatrywanie przyczyny astmy jedynie w zatankaniu światła oskrzeli wytworami zapalenia (*Ungar*). Takowe może nam tłumaczyć duszność przy bronchiolitis, lecz nie powstawanie ataku astmatycznego, dla wytłomaczenia którego musimy się uciec do przyjęcia skurczu prawdopodobnie wywołanego odruchowo na błonie śluzowej oskrzeli. Wiele przemawia za tem, iż tu ma miejsce skurcz mięśni oskrzelowych, czy przy tem powstaje i skurcz przepony nie jest dowiedzionem, lecz może być braniem pod uwagę. W poruszonej niedawno kwestyi, czy bronchiolitis i jej wytwory nie są następstwem napadu astmatycznego, sprawozdawca zajmuje stanowisko przeczące. Przeciwi temu przemawia okoliczność, iż bronchiolitis też trwa i w czasie wolnym od napadów astmatycznych. Następnie sprawozdawca rozbiera grupę astmy następczej, przy której oskrzeliki w czasie wolnym od napadów nie przedstawiają zmian, astma zaś wywołana zostaje odruchowo w rozmaitych częściach ciała, nieraz bardzo odualonych. Przechodząc krótko znaczną liczbę należnych tu postaci, po części jeszcze wątpliwych zaznacza, iż szczególnie przy badaniach uwzględniono astmę powstającą odruchowo z powodu zmian w drogach oddechowych (przy braku zmian w oskrzelach). Szczególne znaczenie pozyskały w ostatnich czasach zmiany w nosie i jamie nosogardzielowej. Jakkolwiek autorowie są rozmaitego zdania co do rodzaju cierpienia błony śluzowej, zgadzają się wszyscy, iż obok zmian tych istnieje szczególna jej wrażliwość. Specjalnie spostrzeżenia HACK'A Spr. niejednokrotnie stwierdził i podnosi z uznaniem umiarkowane wywody jego w porównaniu z entuzjazmem niektórych jego następców. W przypadkach tych pojedynczy napad astmatyczny przedstawia

opisane powyżej cechy typowe: ostre rozdęcie płuc, zwolnione oddychanie, przedłużone wydychanie, przeważnie duszność wydechową. Dla objaśnienia szczegółowego mechanizmu napadu Spr. przyjmuje nerwicę naczynioruchową rozkurczową błony śluzowej oskrzelików (WEBER-STÖRK), w możliwym połączeniu ze skurczem przepony, skurcz oskrzeli uważa w przypadkach tych jako pozbawiony znaczenia. Jako postać prawdopodobnie tu należącą uważa Spr. astmę występującą przy gorączce siennej. Sądzi iż przy cierpieniu tem po części znajdują się organiczne zmiany w błonie śluzowej nosa, po części zaś przy pozornym braku zmian, podniesiona pobudliwość. Dodatkowo rozbiera Spr. jeszcze szczegółowo postać astmy z cierpieniem nosa, przy której daje się stwierdzić obecność *bronchiolitis exsudativae*, gdzie chorzy zatem z dwóch stron t. j. od strony nosa i oskrzelików narażeni są na powstawanie astmy odruchowej. Stosownie do rodzaju zmian w nosie, dają się tu przyjąć następujące postaci: 1) polipy i ograniczone lub rozlane przerosty błony śluzowej nosa; 2) przerost ciał jamistych (HACK) bez zmian w błonie śluzowej; i 3) połączenie obu powyższych postaci. W obec przesadnych nadziei, jakim się oddawano przy tych postaciach astmy, należy przedewszystkiem zapytać się, jakim może być stosunek zachowania się zmian w nosie i oskrzelikach. Otóż może ono być trojakiem: 1) Zmiany w nosie i oskrzelikach są genetycznie i klinicznie współzależnymi. 2) Zającie oskrzelików jest następstwem zmian w nosie. 3) Cierpienie nosa zawdzięcza powstanie swe zajęciu oskrzelików i powstałej ztąd astmie. Podczas gdy sprawozdawca uważa pierwszą i trzecią możliwość za teoretycznie uzasadnioną i takowe przyjmuje, druga zdaje mu się być sporną i dotychczas nie dowiedzioną. Cierpienie oskrzelików zależne od astmy dałoby się objaśnić tylko skutkiem napływu krwi do błony śluzowej oskrzelików, nie ulega wątpliwości, iż tą drogą mogłoby powstać zwyczajne cierpienie nieżytowe, lecz tą drogą nie daje się wyjaśnić powstawanie szczegółowej postaci *bronchiolitis* z włókienkami wężykowatemi. Astmy pierwotnej, t. j. powstałej wskutek zmian wońrodników nerwowych lub częściach obwodowych przyrządu innerwacyjnego organów oddechowych, dotyka Spr. tylko krótko nadmieniając, iż nie ma dotąd dowodów istnienia astmy czysto ośrodkowej podczas gdy postać druga przyjmowaną jest przez kompetentnych autorów (BIERMER). R o k o w a n i e przy astmie zależnym od natury cierpienia podstawowego, będzie zatem nader rozmaitem. Względnie pomyślnem jest ono przy astmie nosowej (przy braku zmian w płucach), wątpliwem zaś w razach, gdy cierpienie nosa połączonym jest z *bronchiolitis exsudativa*, lub też gdzie ta ostatnia wywołuje astmę bez współczesnych zmian w nosie. L e c z e n i e a s t m y ma dwa zadania: leczenie pojedynczego napadu i zwalczenie choroby zasadniczej. Przy leczeniu napadów największą rolę odgrywają środki nasenne jak morfina i chloral. Rozmaitem jest działanie belladony i różnych okadzań (jak stramonium, hyoscyamus) stosownie do warunków indywidualnych. W pojedynczych przypadkach korzystnym jest podanie środka wymiotnego. W przypadkach gdy astma wywołaną zostaje odruchowo w dostępnej błonie śluzowej zaleca się próba z miejscowym stosowaniem kokainy. Być może iż ta ostatnia ma przyszłość przed sobą jako środek zapobiegawczy przy astmie siennej. Leczenie choroby zasadniczej oczywiście będzie zależnym od natury tej choroby. Przy *bronchiolitis exsudativa* Spr. widział dobre skutki od użycia jodku potasu, kilka razy nawet trwałe wyleczenie, podczas gdy inne przypadki, pozornie je-dnakowe, wcale nań nie oddziaływały. Dwie metody lecznicze poruszone już zostały na dawniejszych posiedzeniach, t. j. leczenie ścięśnionem powietrzem i operacyjne leczenie nosa. Co do tego ostatniego Ref. wyraża

zadowolenie swe, iż doświadczenia jego zgodnemi są ze spostrzeżeniami Hack'a, szczególnie co do przesady jakiej się niektórzy w stosowaniu jej dopuszczają. Szczególniej pomysłnemi są widoki w razach, gdy napady powstają skutkiem zmian w nosie przy braku zmian w płucach. W razach tych po doszczętnem usunięciu zmian w nosie, wymagającym nieraz wielokrotnych rękoczynów napady astmatyczne ustępują zwykle; podczas gdy w przypadkach powikłanych zapaleniem oskrzelików wyniki są niepewne, prawdopodobnie stosownie do stosunku przyczynowego obu tych cierpień. I tu następuje zwykle po rękoczynie widoczna poprawa, a nawet czasowe znikanie zupełne astmy, Sprawozdawca widział jednak prawie zawsze po krótszym i dłuższym czasie powroty nawet gdy stan nosa już był normalnym, co również spostrzegał HACK. Widocznie w razach tych pozostała bronchiolitis zyskuje na znaczeniu i wywołuje dokuczliwe cierpienie.

(d. c. n.).

## NOTATKI TERAPEUTYCZNE.

6. Dr. HENDERSON miał sposobność przekonania się w wielu razach o skuteczności wielkich dawek kalomelu przeciwko cholercie Azyatyckiej. Dawka wynosiła 15—20 gran i zadawał ją w koniaku z cukrem między dwoma stolcami ryżowemi. Po 2 lub 3 krotnem zadaniu takich dawek wymioty ustały, wypróżnienia stolcowe stały się rzadszemi, kurcze ustały, wkrótce nastąpiły zabarwione żółcią stolce, tętno się podniosło, siły się poprawiły i pacyenci do siebie przychodzili. Autor sądzi iż kalomel działał tu nie tylko pobudzając wydzielanie się żółci, ale też niszcząc bakterye.

7. HÜLLMANN spróbował u dziecka 2-letniego, które leczutecznie z powodu wyprysku i liszajca (*eczema et impetigo*) przez 3 tygodnie używało kąpieli solankowych, całych kąpieli z roztworem nadmanganianu potażu. Roztwór powinien być tak silnym iżby kolor jego był na przejściu z ciemno różowego do fioletowego. Bierze się w tym celu jeden gram tego leku na 10 litrów wody. Najlepiej rozpuścić wprzód tę ilość w małym naczyniu z wrzącą wodą i następnie dolać do wanny pacyenta, pozostawia się tak długo w kąpieli dopóki woda nie uzyska koloru brązowego. Żółte zabarwienie skóry które po każdej kąpieli pozostaje, wkrótce znika. Następnie HÜLLMANN często kąpieli takich używał u dorosłych pacjentów przeciwko wypryskom, świerzbiączce (*prurigo*), wyprzeniu (*intertrigo*), a także w peryodzie łuszczenia w odrze, szkarlatynie etc. Działanie okazało się wogóle bardzo dobrem, zwłaszcza jeżeli się chorych wprzód starannie mydłem wymyło i szczotką oddaliło się wszystkie strupy, łuski etc.

8. SZCZEGŁOW używał enem z kwasu karbolowego w 12 przypadkach krwawej biegunki (*Dysenteria*) i otrzymał bardzo świetne rezultaty. Sześciu pacjentów opuściło szpital po 3-dniowej bytności, trzech po 4-eh, jeden po 6-u, jeden po 9-u i jeden po 16-u dniach. U dwóch chorych wzięto się do wstrzykiwań kwasu karbolowego po bezskutecznem użyciu innych środków (kalomel, krochmal, enemy z mawkoca). Dziesięciu chorym zadano olej ryecynowy, wino i nalewkę waleryjany. Nazajutrz podano enemy z kwasem karbolowym (1:500 — 27°R.). We wszystkich przypadkach zauważono zaraz po enemie spadek temperatury i zmniejszenie bólesci w brzuchu; stolce straciły swój charakter dysenteryczny i stały się normalnemi. S. nie zauważył nigdy przy takim leczeniu nie miłych następstw. Leczenie biegunki wewnętrznem zadawaniem kwasu

karbolowego dawało rezultaty bardzo wątpliwe. Zachęcony po wyższemi próbach KAMPF próbował tego samego leczenia w 8-u przypadkach, z których trzy bardzo ciężkie. Leczenie zaczęto 5-go, 6-go i 12-go dnia. Enemy zadawano 2 — 3 razy dziennie i jednocześnie zadawano emulsję z oleju rycynowego i rezorcyny. Rezultat był świetny, chorzy szpitalni wyzdrowieli zupełnie po czterodniowem leczeniu. Pięciu chorych w praktyce prywatnej wyleczyło się po dwóch lub trzech enemach z kwasu karbolowego. Wskutek tych doświadczeń K. uważa środek ten jako specyficzny w biegunce krwawej.

## PRZEGLĄD BIBLIOGRAFICZNY.

*Ueber Dysmenorrhoea membranacea* v. Prof. Ludwig KLEINWÄCHTER.  
Wiener Klinik II H. 1885.

Miesiączką błoniastą nazywamy taki stan, przy którym podczas miesiączki, najczęściej z towarzyszeniem silnych bólów, chora wydalą z jamy macicy błoniaste strzępy lub błony w formie woreczka, przedstawiające niejako odlew jamy macicy, formy trójkątnej z dwoma bocznymi otworami, odpowiadającymi ujściom jajowodów i jednym większym, odpowiadającym wewnętrznemu ujściu macicznemu. Błona ta przedstawia charakter budowy błony śluzowej macicy.

Już w XVI i XVII wieku NABOTH WOLF, MARCATUS opisują przypadki chorobowe zbliżone do miesiączki błonistej, ale tak niejasno, że nie można stanowczo twierdzić, czy ta choroba była im znana. Pierwszy dopiero MORGAGNI (1723) spostrzegł periodyczne odchodzenie błon z macicy podczas miesiączki. Chociaż Wiliam HUNTER w 1774 r. odkrył błonę doczesną ciężarnych, ale dopiero DENMAN w 1790 wykazał, że wychodzące z macicy błony są podobne do błony doczesnej ciężarnych i że kobiety dotknięte tem cierpieniem zwykle pozostają bezpłodne i że ten objaw spotyka się także u panien. Podówczas jednak nie zwrócono należytej uwagi na to odkrycie. Dopiero D'OUTREPONT w 1822 wypowiedział, że podstawą główną odchodzenia błon jest poronienie, prace zaś MORGAGNI i DENMANA w tym kierunku nie były mu znane. W końcu SIMPSON i OLDHAM (1846) wykazali, że wydalona błona ma budowę mikroskopijną zupełnie identyczną z błoną śluzową macicy, a więc że to jest wydalona błona śluzowa macicy.

VIRCHOW w 1847 r. w zupełności potwierdził badania dwóch ostatnich uczonych i nazwał błonę tę „*decidua menstrualis*”. Długi czas sądzono jeszcze (VIRCHOW, ROKITANSKY, KIWISCH, BARNES, GRAILY-HEWITT, COURTY, CLINTOCK) że wydzielenie błon zwykle towarzyszy poronieniu i że istotą cierpienia jest wysięk limfatyczny; dopiero badania FRIEDLÄNDERA, WILLIAMS'A, KUNDRAT'A, ENGELMANNA, LEOPOLDA, WYDERA postawiły kwestyę na obecnym gruncie.

Wydalone błony przedstawiają formę worka trójkątnego, spłaszczonego, który w przybliżeniu jest odlewem jamy macicy, lub też błony te odchodzą w formie mniejszych lub większych kawałków, pokrytych niekiedy skrzepami krwi, z których to kawałków, jeżeli ma się je sposobność wszystkie zebrać, znowu można złożyć cały worek.

Długość worka wynosi 43—48 mm., szerokość 26 mm.; grubość błon wynosi 0,364—4,200 mm., przeciętnie wynosi 1—2 mm. Dwie powierzchnie błony odróżniają się już przy rozpatrywaniu ich gołym okiem. Powierzchnia wewnętrzna zwrócona do jamy macicy w stanie świeżym nie zupełnie gładka i równa, poprzerzynana nieregularnymi delikatnymi bruz-

dami, usiana punkcikowatemi otworami, które są ujściami gruczołów. Zewnętrzna powierzchnia, odpowiadająca odklejeniu się od ściany macicy, jest strzępiasta, nierówna. Przy mikroskopowym badaniu wydzielanego woreczka znajdujemy, że to są różnej grubości warstwy błony śluzowej macicy, mniej więcej chorobliwie zmienione.

Różnorodność mikroskopowych obrazów, pochodząca z rozmaitych błon, pochodzi ztąd, że w pewnych przypadkach złączają się tylko powierzchowne warstwy błony śluzowej macicy, kiedy w innych przypadkach mamy przed sobą błonę śluzową w całej grubości. Według RUGE błona śluzowa przedstawia dwie formy: zwykłą interstycjalną zapalną i formę *endometritis interstitialis*, w której większy udział przyjmuje tkanka między komórkowa, jak komórki podścieliska.

Oprócz tych błon odchodzą niekiedy błony, złożone głównie z włókniaka (WYDER), w której znajdujemy czerwone i białe ciała krwi i resztki błony śluzowej. Te skrzepy włókniaka mogą przyjąć formę jamy macicy, nawet mogą przedstawiać zamknięte worki. Według SOŁOWIEWA zdarza się także, że zewnętrzna powierzchnia błon zawiera warstwę włóknikową, między włóknami której są czerwone i białe ciała krwi. W końcu według HOGGANA odchodzą i takie błony, których jeden koniec odpowiada zupełnie odluszczonej błonie śluzowej macicy, kiedy drugi cieńszy, przezroczysty koniec pochodzi z pochwy i przedstawia złączenie powierzchownych warstw błony śluzowej pochwy i składa się przeważnie tylko z nabłonka brukowego. To dowodzi, że przy miesiączce bolesnej wydzielają się części zapalnej błony śluzowej macicy, które to przewlekłe zapalenie najczęściej ogranicza się na błonie śluzowej macicy dna i ciała, ale w niektórych razach może się rozszerzać na szyję macicy, część pochwową i nawet na pochwę. Według WYDERA wszystkie te processy zapalne błony śluzowej macicy prowadzą do miesiączki bolesnej, do rozpułchnienia i rozrostu teje błony. Jeżeli do podobnie rozpułchnionej i przerosłej błony następuje przyływ krwi podczas miesiączki, to wielkość wylewów krwi musi się powiększyć w stosunku do normy. Powstaje wtedy w górnych warstwach błony śluzowej według LEOPOLDA powolne wylewanie krwi z naczyń w otaczającą tkankę, około i w same gruczoły, a zupełnie nie lub b. mało wylewa się krwi na powierzchnię błony śluzowej, tak że nabłonek cylindryczny w całości zachowuje się. Przez to zgrubiała błona śluzowa coraz więcej wdraża do jamy macicy i pociąga za sobą głębsze warstwy a ponieważ cała błona jest rozpułchniona i nacieczona i podatna, to odrywają się powierzchowne warstwy od głębszych i wydalają się w formie większych lub mniejszych strzępów. Ponieważ z tem związane bywa pęknięcie naczyń błony śluzowej, wskutek tego po wydaleniu błon następuje zawsze obfite krwawienie. Jeżeli oddzielają się powierzchowne warstwy i błony śluzowej pochwy, to przyczyna jest też sama, to jest wskutek przekrwienia narządów rodnych następują wylewy krwi powierzchowne w samą błonę śluzową.

Powstawanie błon włóknikowych WYDER objaśnia w ten sposób, że tworzące się skrzepy przy normalnej miesiączce łączą się z cząstkami błony śluzowej i wydalają się na zewnątrz, a przy miesiączce bolesnej przyjmują wyższą organizację i tworzą błony włóknikowe. Ponieważ złączenie błony śluzowej jest tylko objawem i pewną formą zapalenia błony śluzowej macicy, to BEIGEL i WYDER są za nazwą *endometritis exfoliativa*, zamiast *Dysmenorrhoea membranacea*, ponieważ błony wydzielone przedstawiają stan zapalny. Jeżeli przyjmuje udział i pochwa, to mamy równocześnie *vaginitis exfoliativa*. Nazwa *decidua menstrualis* VIRCHOWA jest także niewłaściwą, gdyż odchodzące błony w miesiączce bolesnej mają zupełnie inną budowę, jak

w *decidua gravidarum*. Gruczoły w ostatniej są znacznie rozwinięte, a nabłonek ma formę przejściową od cylindrycznego do płaskiego. BEIGEL sądzi, że *dysmenorrhoea membranacea* jest objawem rozmaitych zapalnych processów, gdyż i wychodzące błony nie zawsze mają jednakową budowę.

Pytanie zachodzi teraz, kiedy ma miejsce oddzielanie się błony śluzowej w formie błon. HAUSMANN spostrzegał na trupie kobiety cierpiącej na miesięczkę bolesną, a umarłą wskutek przepukliny jajnikowej na 8 dni przed periodem już dosyć znaczne odklejenie się błony śluzowej macicy. SCANZONI mówi o dwóch chorych, u których na 8—14 dni przed periodem były klójące bóle w okolicy pępka, które to bóle HAUSMANN uważa za objaw poczynającego się odklejania błony śluzowej macicy. LOUIS MAYER widział takie chore, u których wydzielały się błony bez żadnych zapowiedni. Chociaż więc na pewien czas przed regularnością może się oddzielać błona śluzowa macicy, jednak według KLEINWÄCHTERA nie odnosi się to do wszystkich przypadków. Mianowicie K. na 5 dni przed periodem wyškrobywał jamę macicy ostrą łyżeczką i wtedy wydobyt małeńkie cząsteczki błony śluzowej, ale nie było większych kawałków, co powinnyby mieć miejsce, gdyby spostrzeżenie HAUSMANNA odnosiło się do wszystkich przypadków, a w wielu oddziela się błona śluzowa dopiero w początku periodu. Według HAUSMANNA oddzielanie najprzód dokonywa się na wewnętrznych ustach macicznych, stopniowo posuwa się do dna.

Zwykle błony te wydzielają się z macicy równocześnie z wypływem krwi podczas regularności, niektórzy jednak autorzy, jak FOLLIN, LEBERT, BEIGEL, COHNSTEIN twierdzą, że wydalanie błon może się dokonywać w krótszych lub dłuższych odstępach czasu nieregularnych, niezależnych od periodu, i że period wtedy jest skąpy i nieregularny. Przy *vaginitis exfoliativa* podobne są stosunki, jak przy *endometritis exfoliativa*. Co się tyczy etiologii omawianej choroby, to jedni obwiniają w tem zaburzenia w ogólnym stanie zdrowia, jako moment powodujący, a przynajmniej sprzyjający rozwojowi *endometritis exfoliativa*. Drudzy widzą przyczynę choroby w chorobliwych stanach narządów rodnych. Inni wreszcie uważają to cierpienie za idiopatyczne, wywołane przez szereg zewnętrznych, szkodliwych bodźców, a przynajmniej to się da odnieść do pewnych przypadków.

Przedstawicielem pojęć pierwszej grupy jest w Niemczech COHNSTEIN (które też przeważnie panują w szkole Francuzkiej. *Spraw.*). COHNSTEIN do tych ogólnych chorób, mających wpływ na rozwój *endometritis exfoliativa* zalicza: bezkrwistość, blednicę i hysteryę. (Francuzi zaliczają jeszcze dnę, przymiot, szczególnież ta choroba macicy rozwija się często przy konstytucyi dnawej *Spraw.*). COHNSTEIN twierdzi, że w 32% *dysmen. membran.* zdarza się przy chorobach narządów rodnych a w 68% tylko ogólne zaburzenia zdrowia są jedyną przyczyną tej choroby. BEIGEL obwinia gruźlicę, WYDER przymiot. Złuszczenie błony śluzowej macicy przy cholercie widział SŁAWIAŃSKI, w przebiegu tyfusu WILLIAMS.

Przyczyny *dysmennorrh. membran.* szukają w miejscowem cierpieniu narządów rodnych: BEIGEL, SCANZONI, HENNIG widzieli przy włókniakach; przy przewlekłym zapaleniu macicy widzieli odchodzenie błon SCANZONI, SCHOLZ; przy zmianie położenia macicy VIRCHOW, SCANZONI i HOLST, w przypadku HOLSTA. po wyprostowaniu macicy przestały odchodzić i błony z macicy. Co się tyczy poglądów autorów trzeciej grupy, to EGGEL widział to cierpienie po zaziębieniu podczas regularności, HENNIG również po zaziębieniu i wysilkach podczas regularności, BEIGEL, TYLER i SMITH po gwałtownem spółkowaniu, jednak u prostytutek cierpienie to zdarza się rzadko (SIREDEY); według KLEINWÄCHTERA nieraz nie da się wykazać

żadna z tych 3 grup przyczyn, i nierzadko zdarza się u panien. (Właśnie Francuzi szukają wtedy jako przyczyny wpływu konstytucji na miejscową chorobę i bardzo słusznie *Sprav.*). HOGGAN w końcu szuka przyczyny w nerwach, ale nie ma dla swoich poglądów sprzymierzeńców. Niekiedy choroba jest dziedziczną (SIREDEY, BROUARDEL, DUPLAU, HUCHARD). Według DEWEES częstszą jest choroba na wsiach, jak w miastach. Najczęściej jest nabytą, rzadziej pojawia się już przy pierwszej regularności. Na 31 przypadków tylko u 3 pojawiła się od pierwszej regularności. Najczęściej bywa między 20 - 30 rokiem, rzadziej u kobiet starszych.

J. Rogoziński. (d. n)

## Wiadomości bieżące krajowe i zagraniczne.

**Krajowe.** Przed kilkoma tygodniami p. Inspektor Urzędu lekarskiego w Warszawie rozesłał okólnik do lekarzy w naszym mieście praktykujących z prośbą o nadsyłanie mu wiadomości o każdym przypadku choroby zaraźliwej, jaki im się w praktyce zdarzy. Sposób przesyłania tych wiadomości za pośrednictwem rewirowych, określony jest jako wadliwy, ale tylko jako tymczasowy, z czasem zostanie on udoskonalonym. Celem tych wiadomości jest nie tyle zbieranie statystycznych wiadomości, gdyż dlatego żeby porządkować i należycie w celach statystycznych zużytkować taki ogromny materiał, trzeba mieć siłę i środki któremi nasz Urząd lekarski nie rozporządza. Idzie tylko o to, żeby siedlisko jakiej zarazy jak szkarlatyna, ospa etc. w samym początku poznać i jeżeli się da, złemu w samym zarodku zapobiedz. O ile wiemy, miejsca, o których dochodzi do wiadomości władzy lekarskiej, iż mnożą się w nich przypadki podobnych chorób są odwiedzane przez właściwych lekarzy miejskich i środki bezpieczeństwa o ile są w ich mocy zarządzane. Praktycy zatem Warszawscy, czyniąc zadość życzeniu Urzędu lekarskiego będą mieli to zadowolenie, iż mały trud jaki sobie zadadzą przesyłając wiadome kartki nie będzie zupełnie bezpożytecznym. Nie możemy jak tylko zachęcać kolegów do spełnienia tego obowiązku. Choćby inna korzyść stąd nie wynikła jak tylko ta, że do domu, w którym kilka przypadków choroby zaraźliwej się pojawiło przybywa lekarz, który nakazuje gruntowne oczyszczenie kloak, śmietników, schodów etc., to już (o ile wykonanie rozporządzenia przez policję dopilnowane będzie) nie można uważać za bezpożyteczne stosowanie się do powyższego okólnika.

— Towarzystwo opieki nad biednymi matkami oraz ich dziećmi świetnie działalność swoją rozwija. Otwarty Zakład dla rodzących mieszczący się przy ul. Marszałkowskiej Nr. 56, a obejmujący siedm łóżek, został od pierwszej chwili zapełniony, a napływ kandydatek do niego jest tak znaczny, że gdyby dwa razy więcej miejsc było, wszystkie byłyby zajęte. W dzisiejszym lokalu więcej nad 7 kobiet przyjmować nie można, gdyż ani powietrza, ani obsługi etc. odpowiedniej niema. Wszelkie narzekania na to, że kobietę umierającą lub z krwotokiem przywieziono, ale przyjętą nie została i wszelkie oburzenia na nieludzką takiego postąpienia są niewłaściwe. Nawet umierające kobiety przyjętymi być nie mogą tam, gdzie absolutnie miejsca dla nich niema. Są kliniki, szpitale, przytułki, gdzie powinno się zawsze miejsce dla takich chorych znaleźć. Wreszcie w naszym Zakładzie, gdy łóżka wszystkie są zajęte, stróż ma polecenie niewpuszczać już żadnej przywiezionej chorej, tak że zarządzająca Zakładem akuszerka nigdy nie wie o tem, że jakaś chora w nocy przywiezioną została. Powiększenie lokalu w naszym Zakładzie już nastąpiło, ale przybrane dwa pokoje z kuchnią służyć będą wyłącznie jako lokal ambulatoryjny, oraz na posiedzenia Komitetu gospodarczego i Rady opiekuńczej. Łóżek w nich żadnych nie będzie. O powiększeniu Zakładu—jeżeli fundusze na to pozwolą—można myśleć dopiero po upływie roku. Dotychczas ani chorób żadnych, ani nieprawidłowości w porodach nie było. Dwa bliźnięta przyszły niezwywe na świat.

Zakład nasz cieszy się wielką sympatją ogółu. Ciągłe mamy do zaznaczenia jakiejś ofiary w naturze — nie licząc pieniężnych. Gdy się odezwano o filtry, naraz przysłano w darze nie jeden, ale trzy filtry.

— Nowe przepisy dotyczące przewozu do Rosyi lekarstw patentowanych. Powzala się rozwozić zagraniczny środek specyficzny:

1. Jeżeli nie zawiera w sobie żadnych szkodliwych ciał (§ 310 *Ust. Lek. T. XIII Zb. Praw*).

2. Jeśli do przyrządzenia jego są potrzebne drogie i trudne do urządzenia aparaty, jak niemniej szczególna wprawa, nabyta tylko wśród wyłącznego i długoletniego zajmowania się przedmiotem.

3. Jeżeli się dobrze przechowuje i może być przewożony daleko bez szkody dla składu wewnętrznego.

4. Na każde gotowe lekarstwo zagraniczne, którego przywóz został dozwolony, Rada Lekarska ustanawia cenę podług rosyjskiej taksy aptecznej (§ 306 *Ust. Lek.*).

5. Czas utrzymywania w tajemnicy części składowych gotowego zagranicznego lekarstwa ogranicza się do lat trzech. Po upływie tego terminu skład obowiązkowo będzie ogłoszony w Rosyi (§ 307 *Ust. Lek.*).

6. Każda faszka, słoik, pudełko i t. p. zawierające gotowe lekarstwa wprowadzane do handlu w Rosyi, winny być opatrzone banderolą i opłacone podług oznaczonej dla nich taryfy.

7. Przywóz wszystkich zagranicznych lekarstw, których skład nie będzie przedstawionym Radzie Lekarskiej, zabrania się bezwarunkowo.

8. Wszelkiego rodzaju reklamy o zagranicznych lekarstwach są zabronione.

**Zagraniczne.** Na miejsce GERHARDT'A zaproszono do Wirzburga LEUBE'GO z Erlangen.

— Cesarzowa niemiecka wyznaczyła 5000 franków nagrody za najlepszy barak dla pielęgnowania rannych na wojnie. Otóż na wystawie w Antwerpii znalazło się nie-mniej niż 791 konkurentów o tę nagrodę. We Wrześniu nastąpi rozstrzygnięcie.

#### NAGRODA BARONA LENVAL.

Baron Leon LENVAL w Nicei ofiarował sumę 3,000 franków jako nagrodę mającą się przyznać wynalazcy najlepszemu przyrządu łatwo przenośnego, polepszającego słuch chorych na organa słuchowe, zbudowanego na zasadach mikrofonicznych. Narzędzie mające się ubiegać o tę nagrodę winny być posłane do jednego z niżej wymienionych członków *jury*, wyznaczonego na żądanie p. Barona Lenvala na III międzynarodowym kongresie otologicznym przed 21 Grudnia 1887 r. Tylko narzędzia zupełnie wykończone będą przyjmowane. Przy badaniu narzędzi zwróconą będzie uwaga na doskonałość konstrukcyi mechanicznej, na ścisłe zastosowanie praw fizyki a przedewszystkiem na istotne polepszenie siły słuchowej sprowadzone przez ten przyrząd. Ogłoszenie wyroku sądu oraz doręczenie nagrody nastąpi na IV-m kongresie otologicznym międzynarodowym w Bruxelli w Wrześniu 1888 r. Jeżeli żadne z nadesłanych narzędzi nie będzie uznane jako zasługujące na nagrodę, *Jury* zastrzega sobie prawo ogłoszenia drugiego konkursu.

#### Członkowie Jury:

Prof. Dr. E. HAGENBACH-BISCHOFF w Bazylei przewodniczący.

Dr. BENNI w Warszawie.

Prof. Dr. BURCKHARDT-MERIAN w Bazylei.

Dr. GELLÉ w Paryżu.

Prof. Dr. Adam POLITZER w Wiedniu.

**Zmarli.** W Paryżu zakończył życie sławny Zoolog MILNE-EDWARDS, przeżywszy lat 86. Był on professorem zoologii i dziekanem fakultetu przyrodniczego w Paryżu. Z początku zajmował się on praktyką lekarską, a podręczniki jego o farmakologii i anatomii chirurgicznej były przełożone prawio na wszystkie języki. W roku 1838 był następcą CUVIERA w Akademii nauk. W roku 1862 objął katedrę zoologii opróżnioną przez GEOFFROY S-t HILAIRE. Liczne prace jego zoologiczne zjednały mu pierwszorzędną sławę.

REDAKTOR I WYDAWCA DR. G. FRITSCHÉ.

Дозволено Цензурою. Варшава 8 Августа 1885. Друк М. Зіемкіевіча Krak.-Przedm. N. 17.