

MEDYCINA.

CIASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Z przesyłką pocztową, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. Cena numeru pojedynczego kop. 15. Cena ogłoszeń: Za wiersz jednoszpaltowy drobnym pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Spostrzeżenia nad działaniem protargolu w rzeźączce przedniej cewki. Przez d-ra A. Groslika. — Przypadek tężyczki. Podał Z. Grudziński — STRESZCZENIA i WYCIĄGI. 122. O istocie i przyczynach powstawania nalołów po tonsillotomii i ich stosunek do laseczników błonicy. 123. Opatrunki wysokowe. 124. Przypadek czynności gruczołów sutkowych przez pięć lat pomimo niekarmienia. 125. Doświadczenie na samym sobie zaszczerpienia duru wysypkowego z wynikiem dodatnim. — Z WARSZAWSKIEGO TOWARZYSTWA HIGIENICZNEGO. Posiedzenie z dnia 20 października r. b. — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WILEŃSKIEGO. Posiedzenie z dnia 12 października r. b. — Sprawozdanie z IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie (21—24 lipca r. b.). Streścić Sz. Kossobudzki. (Ciąg dalszy). — DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — OGŁOSZENIA.

„MEDYCINA“

GAZETTE MÉDICALE HÉBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r A. Groslik — Sur l'emploi du protargol dans la blennorrhagie de l'urèthre antérieur. 2) D-r Z. Grudziński — Un cas de tétanie.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krak-Przedm. 7.

„MEDYCINA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r A. Groslik — Beobachtungen ueber die Wirkung des Protargols bei dem Tripper der vorderen Harnröhre. 2) D-r Z. Grudziński — Ein Fall von Tetanie.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Warschau — str. Krak-Przedm. 7.

Spostrzeżenia nad działaniem protargolu w rzeźączce przedniej cewki.

Przez

D-ra A. Groslika (Łódź).

(Odczyt wygłoszony na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Łódzkiego dnia 19 września 1900 r.).

W artykule, ogłoszonym pod koniec 1897 r., NEISSER¹⁾ gorąco wychwala i zaleca protargol, twierdząc, że nigdy przedtem nie widział skutków tak niezmiernie dobrych, pewnych i szybkich, jak od tego właśnie środka. Jako zwolennik leczenia przyczynowego, uważa on za jedynie skuteczny taki środek, który z całą pewnością zabija wszystkie gonokoki, nie wywołując, naturalnie, obrażeń w błonie śluzowej cewki i nie wzmagając zapalenia i ropienia. Protargol łączy podobno w sobie wszystkie wymienione zalety. Posiada

1) Dermatologisches Centrabl., 1897, Nr. 1.

nadto jeszcze jedną, nader ważną i wyróżniającą go od innych związków srebra własność, mianowicie: trwałość chemiczną, nie rozkłada się bowiem od zetknięcia ani z białkiem, ani z rozcieńczonym chlorkiem sodu lub słabym kwasem solnym albo ługiem i t. d. Dzięki tej właśnie trwałości chemicznej, protargol posiada zdolność wsiąkania — co jest rzeczą nad wyraz ważną — wgłąb błony śluzowej, dokąd — jak wiadomo — przedostają się gonokoki już we wczesnym okresie choroby. Samo wsiąkanie ułatwione jest w wysokim stopniu przez odczyn obojętny protargolu, który pozwala zatrzymywać lek w cewce przez czas bardzo długi. Poczynając już w samym zaraniu cierpienia od $\frac{1}{4}\%$, NEISSER szybko powiększał koncentrację leku do 1% , zalecając kilkakrotne (3—6) wstrzykiwania w ciągu doby, przyczem płyn pozostawał w cewce raz na dobę przez pół godziny, zresztą tylko po 5 minut. Zatrzymywanie lekarstwa w cewce przez czas długi, jak pół godziny, lub wstrzykiwanie podwójne po 15 minut albo i potrójne po 10 minut NEISSER nazywa przedłużonym wstrzykiwaniem. Po pewnym czasie można też stosować środki ściągające, ale jednokrotne przedłużone wstrzykiwanie protargolu powinno trwać jeszcze kilka tygodni i lepiej zbyt długo, niż zbyt krótko.

BENARIO²⁾ badał protargol ze strony chemicznej i bakteryologicznej i przekonał się — *in vitro* — o zupełnej słuszności wyników klinicznych NEISSER'a, o niezwyklej trwałości chemicznej protargolu, o jego wybitnych własnościach hamujących i bakteryobójczych (względem *bacillus diphter.*, *anthracis*, *typhi*, *bacterium coli*, *staphylococcus pyogenes aureus* i *albus*) tudzież znakomitej zdolności wsiąkania wgłąb. Tyle NEISSER i BENARIO. Jak wypadły spostrzeżenia innych lekarzy? RUGGLES³⁾ nazywa protargol środkiem istotnie cennym, a to na zasadzie 15 przypadków, z których w 6 gonokoki znikły po upływie doby, w 5 — po 2 dobach, w 2 — po 3 i w 2 — po 4 dobach, w 2 przypadkach jednak gonokoki znów wróciły, przyczem znaleziono ogniska tryprowe w gruczole krokowym. GOLDENBERG⁴⁾ również podnosi skuteczność protargolu i brak własności drażniących (60 spostrzeżeń).

KREISSL⁵⁾ spostrzegał zniknięcie objawów podmiotowych po upływie doby, znaczne zmniejszenie wydzieliny po 2—3 dniach oraz trwały brak gonokoków w wydzielinie najdalej po dniach 16. Przez cały czas trwania spostrzeżeń (3 miesiące) nie widział ani jednego przypadku zajęcia tylnej części cewki. Nie upatrując bynajmniej w protargolu jakiegoś panaceum na wszelką *urethritis gonorrh.*, owszem stawiając go niżej od argoniny pod względem działania wgłąb, od argentaniny zaś i lapisu w wielu przypadkach przewlekłych, KREISSL uważa go jednak za *antigonorrhoeicum par excellence* w świeżych, nie przekraczających tygodnia przypadkach ostrego trypra cewki moczowej.

O ile NEISSER był zawsze zwolennikiem wczesnego leczenia trypra, o tyle FINGER⁶⁾, jak wiadomo, hołdował stale metodzie wyczekującej, unikając

2) Deutsche Med. Wochenschrift. 1897, Nr. 49.

3) WOOD RUGGLES, Centralbl. f. d. Krankh. d. Harn- u. Sexualorgane, 1897, Decemb.; podł. referatu we Wraczu, 1898, Nr. 1.

4) GOLDENBERG. The New-York Medic. Journal. 1898, 22 Jan.; Wracz, 1898, Nr. 11.

5) KREISSL. Dermatol. Centralbl. 1898, Kwiecień.

6) FINGER. Die Blennorrhoe d. Sexualorgane u. ihre Complicationen, III wyd., przekł. rosyjski, 1894, str. 133.

leczenia miejscowego, dopóki sprawa nie przekroczy okresu największego natężenia. Obecnie stanął on po stronie tych, którzy leczą rzeżączkę od samego początku ⁷⁾). O protargolu wypowiada się w sposób następujący ⁸⁾): jest to środek przeciwrzeżączkowy bardzo skuteczny, który, możliwie wcześniej zastosowany, sprawia, że w większości przypadków tryper przebiega szybko i pomyślnie, gonokoki szybko znikają, a sprawa nie rozszerza się na część tylną; na rozwinięty już tryper przedniej cewki oraz tryper tylny wpływa również dobrze, ale nie zawsze. Nie skraca wszakże w znacznym stopniu czasu trwania leczenia, które powinno się ciągnąć tygodniami, przyczem niezbędne są pod koniec środki antyseptyczno ściągające, celem uwolnienia tkanek od gonokoków oraz dla zapobieżenia powrotom. W przypadkach przewlekłych protargol nie ma wartości. H. FOURNIER ⁹⁾) chwali bardzo 2%-owy protargol, używany w ciągu 4 tygodni, po czem konieczne są środki ściągające. Stosuje się to atoli tylko do osób, po raz pierwszy dotkniętych tryperem, przy powtórnej zakaźeniu działanie środka jest niepewne. Tenże autor wspomina o możliwości obfitej cieczy pod wpływem mocnych roztworów, jakkolwiek wolnej od mikrobów. Z innych autorów DESNOS ¹⁰⁾) używał protargolu w tryperze cewki i pęcherza i podnosi z uznaniem zwłaszcza nieznaczne zaburzenia podmiotowe, wywoływane przez ten środek; FRANK ¹¹⁾) leczył poronnie 20% roztworem protargolu w glicerynie ze skutkiem nader pomyślnym; BUDUGOW ¹²⁾) wreszcie, chwając bardzo protargol, zaznacza, że najlepsze wyniki otrzymuje się po ustąpieniu ostrego okresu.

Obok powyżej przytoczonych i wielu innych doświadczeń pomyślnych z protargolem nie brak i odezwn niepoehlebnych. Zdaniem LOHNSTEIN'a ¹³⁾) np., środek ten działa lepiej od argentaminy i argoniny, ale słabiej od lapisu; główną zaś zaletę jego stanowi brak podrażnienia ze strony błony śluzowej cewki, nawet przy dłuższem stosowaniu. Ztąd do leczenia protargolem nadają się: 1) przypadki osobliwej wrażliwości śluzówki cewki, 2) przypadki, wymagające jednoczesnego traktowania chemicznego i mechanicznego. Wogóle zaś zachwyt lekarzy nad nowym środkiem uważa LOHNSTEIN za zgoła nieuzasadniony. Następnie MASSÉ ¹⁴⁾) porównywał działanie obfitych przemywań cewki nadmanganianem potasu i protargolem. Te ostatnie, acz wogóle dobrze znoszone przez chorych, wywoływały czasami, po dokonanej manipulacji, przykre palenie wzdłuż członka oraz bolesne kurcze w odbytnicy i odbycie. Ze spostrzeżeń swych (po 30 dla każdego środka) MASSÉ wnosi, że protargol w postaci obfitych przemywań działa widocznie gorzej od nadmanganianu potasu. Prof. TARNOWSKI ¹⁵⁾) (z Petersburga) sądzi, że, jako związek srebra, protargol oczywiście może być środkiem skutecznym, ale osobiście on oso-

⁷⁾ FINGER. Die moderne Therapie d. Gonorrhoe, 1900.

⁸⁾ FINGER. Die Heilkunde, 1898, marzec; Wracz. 1898, Nr. 17.

⁹⁾ H. FOURNIER. Journ. des malad. cutan. et syph., 1898, czerwiec; Wracz, 1898, Nr. 32.

¹⁰⁾ DESNOS. Annales d. malad. d. organes génito-urinaires, 1898, lipiec; Wracz, 1898; Nr. 39.

¹¹⁾ FRANK. Allg. Med. Central. Zeitung, 1899, 18 stycznia; Monatshefte f. prakt. Dermat. Bd. XXIX, Nr. 7.

¹²⁾ BUDUGOW. Wracz. 1899, Nr. 3, sprawozd. z posiedzeń rosyjsk. Towarz. Syfil. i Dermatol.

¹³⁾ LOHNSTEIN. Allg. Med. Centr.-Zeit., 1898, 2 marca; Monatsheft. für prakt. Dermatolog. Bd. XXVIII; Nr. 3.

¹⁴⁾ MASSE. Journal d. malad. cutan. et syphil., 1898, wrzesień; Wracz. 1898, Nr. 40.

¹⁵⁾ W dyskusji nad odczytem BUDUGOWA, Wracz, 1899, Nr. 9.

bliwie świetnych wyników nie spostrzegął. O wiele niekorzystniej wypowiada się o naszym środku BERG ¹⁶⁾, mianowicie: a) protargol sprawia silne palenie, od czego wolne są inne środki, nie mniej skuteczne, jak np. rezorcyna; b) sposób stosowania środka, przez NEISSER'a zalecony, jest niedogodny i nadto daje powód do przejścia zapalenia na część tylną; c) względnie do innych leków nie skraca przebiegu choroby. KLEINMAN ¹⁷⁾ widywał od protargolu częściej wyniki ujemne, aniżeli dodatnie, ale chwali go dla łagodności i małej liczby spostrzeganych przy jego stosowaniu powikłań. Do najpewniejszych i najbardziej stanowczych należą, zdaniem mojem, spostrzeżenia TIPCEW'a ¹⁸⁾; nie tyle dla tego, że stosował się on ściśle do przepisów NEISSER'a (szprycowania dwa razy dziennie po 5 min. i raz przez pół godziny), gdy u innych autorów chorzy zatrzymywali lekarstwo znacznie krócej, ile z powodu, że badał wydzielinę codziennie, chyba że jej dla rozmaitych powodów wcale nie było, a i wtedy autor badał mocz *resp.* nitki, bacząc dobrze na pierwiastki morfologiczne i bakteryje. Codzienne badanie drobnowidzowe jest niezbędne, ponieważ — jak się przekonał TIPCEW — nie tylko w przewlekłej, lecz i ostrej rzeżączce częstokroć brak gonokoków w wydzielinie: po 2—3 tygodniach od początku choroby gonokoki znikają na kilka dni, poczem znowu wracają na 1—2 dni i znów znikają. Niedosć wszakże codziennie badać wydzielinę pod mikroskopem, badania takie trwać powinny przez czas długi, jeżeli się chce uniknąć pomyłki, jeżeli się nie ma uważać sprawy za skończoną tam, gdzie istnieje ona jeszcze w stanie utajonym. Jeden z pacjentów TIPCEW'a wolny był od wydzielin w ciągu 27 dni (od 4 do 31 dnia choroby), tylko z nieznacznej liczby nitek, zawierających ciała ropne, wnosić można było o nieskończonej jeszcze chorobie; gdy nagle 32 dnia leczenia pokazała się skąpa wydzielina ropna, zaś 35, 37 i 41 dnia leczenia w wydzielinie tej stwierdzono obecność gonokoków. Z 25 chorych TIPCEW'a: 18 było dotkniętych ostrą rzeżączką, 4—podostrą, 3—przewlekłą. Ponieważ z pierwszych 18 nie znaleziono gonokoków po 30 dniach leczenia tylko u 7 (38,8%), zaś po 30 dniach choroby u 4 (22%), że pominiemy obecność u tychże chorych ropy w wydzielinie i nitkach; ponieważ powikłania wydarzyły się w 6 przypadkach na 25 (24%), zaś w wielu cierpienie przyjęło charakter o tyle przewlekły, że zwyczajne wstrzykiwania nie mogły już wywierać żadnego wpływu, TIPCEW dochodzi do wniosku, że protargol nie ziścił nadziei, pokładanych w nim przez NEISSER'a, i w najlepszym razie może być tylko zaliczony do rzędu niezliczonych środków, w które tak obfituje terapia rzeżączki.

Przechodząc do własnych spostrzeżeń, doskonale uświadamiam sobie zarzut, który mię spotkać może, mianowicie: że w 6 przypadkach badania na gonokoki wcale nie podaję, w pozostałych zaś — liczbę badań niewystarczającą, i co za tem idzie — że zbywa im na ścisłości właściwej obserwacyom klinicznym dokonywanym *ad hoc*. Jakoż wszystkie spostrzeżenia moje wzięte są istotnie z praktyki prywatnej, gdzie najczęściej, niestety, nie bywa się panem swego materiału. Jeżeli jednak ośmielam się podać do wiadomości publicznej materiały tak skądinąd wadliwy, czynię to w przekonaniu, podzielonem przez wielu nieuprzedzonych badaczy, że, pomimo niezaprzeczonego

¹⁶⁾ BERG. Therap. Monatshefte. 1899. maj. Monatshefte f. prakt. Dermat. Bd. 29. Nr. 7.

¹⁷⁾ KLEINMAN. Wracz. 1899. Nr. 27.

¹⁸⁾ TIPCEW. Wracz. 1899. Nr. 40—42.

znaczenia etiologicznego gonokoków NEISSER'a, sam fakt nieobecności tych mikrobow nie rozstrzyga o rozpoznaniu rzeżączki ani wogóle, ani w jakimkolwiek przypadku poszczególnym, tak samo jak rokowanie nasze zależy nie może od większej lub mniejszej ilości ich, stwierdzonej drobnowidzowo. Tylokrotnie przekonywałem się — jak wielu innych badaczy — iż gonokoki, przez długi czas nie znajduwane w wydzielinie czy nitkach, najniespodzianie na nowo występują, że ujemny wynik badania mikroskopowego, choćby nawet mnóstwo razy powtarzanego, nie daje nam prawa wnioskować o zupełnym i ostatecznym ich zniknięciu. Tem samym całokształt objawów klinicznych nabiera pierwszorzędnej wagi. Często się zdarza, że w pierwszych dniach rzeżączki mikroskop nie wykrywa w wydzielinie gonokoków, a przecież rozpoznajemy rzeżączkę na zasadzie objawów, i słusznie, albowiem w dalszym biegu badanie drobnowidzowe potwierdza istotnie rozpoznanie. Z drugiej strony, za wyleczoną uważamy cewkę nie wówczas tylko, gdy wydzielina nie zawiera gonokoków, jak każe NEISSER, lecz raczej, zgodnie z FINGER'em¹⁹⁾, wtedy, gdy i ciałek ropnych nie ma, a najwłaściwiej kiedy mocz wolny już jest od nitek, z wyjątkiem (niestety, nierzadkim) nitek śluzowych lub nabłonkowych.

Materyał mój obejmuje 22 przypadki; z nich—13 ostrych i 9 podostrych. Załączone tablice dają dokładne o nich pojęcie; przytoczyłem w nich najciekawsze dane z historii chorób.

Stosowałem leczenie protargolem od pierwszej wizyty pacyenta, poczynając od $\frac{1}{4}\%$ roztworu i dochodząc stopniowo, przeważnie co 3 dni, do 1% — w 11 przypadkach, do $1\frac{1}{4}\%$ — w 2 i do $1\frac{1}{2}\%$ w 3; tylko w 6 przypadkach rozpoczynałem od $0,1-0,2\%$ roztworu; w jednym stanąłem na roztworze $\frac{1}{2}\%$ z powodu zaszłej komplikacji, a w 5 — na $\frac{3}{4}\%$ z powodu bólów od wstrzykiwań. Wstrzykiwano 3 razy dziennie, zatrzymując lekarstwo w cewce od 5 do 15 minut za każdym razem, czasami dłużej. Raz jeden tylko udało mi się urzeczywistnić przepis NEISSER'a co do półgodzinnego zatrzymania lekarstwa u pacyenta, który mię dwa razy dziennie odwiedzał. Już to przepis ten, jak się ciągle przekonywam, jest w praktyce prywatnej prawie że niewykonalny. Ze względu zaś na stwierdzoną przez samego NEISSER'a możliwość przedostania się leku do tylnej części cewki skutkiem zwolnienia zwieracza przy długim zatrzymywaniu, ze względu więc na możliwość powikłania uważałem nawet sposób NEISSER'a wprost za szkodliwy. Natomiast trzymałem się możliwie ściśle innego przepisu NEISSER'a, przekładając leczenie protargolowe raczej zbyt długie, aniżeli zbyt krótkie. Czas ten wynosił (po wyłączeniu przypadków wcześniej powikłanych): a) w przypadkach ostrych — najkrócej 24 dni, najdłużej 55, przeciętnie 36,8 dnia; b) w przypadkach podostrych — odpowiednio: 20, 40, 29 dni.

Ze stanowiska NEISSER'a najpowszechniejszą ze wszystkich spraw jest oczywiście sprawa znikania gonokoków. Jak tedy zachowują się mikroby w moich spostrzeżeniach? W ostrych przypadkach nie znajdowałem gonokoków: 5, 15, 23, 28 dnia leczenia; w podostrych: 12, 17, 21 dnia. Jakkolwiek niedostateczną wyda się ta liczba rozbiorów drobnowidzowych — nad czem ze względów czysto naukowych szczerze ubolewam, nie sądzę przecież, aby wyniki moje były zupełnie pozbawione znaczenia, zwłaszcza wyniki doda-

¹⁹⁾ FINGER. Die Blennorrhoe d. Sexualorgane i t. d., przekł. rosyjski. Str. 168.

tnie. Te zaś wykazują obecność gonokoków: w ostrych przypadkach 13, 14 (obficie!), 17 (obficie!), 21 (obficie!), 26 (obficie), a nawet 38 dnia leczenia; w podostrych 6, 16 (mało), 17 (mało). Co większa, 38 dnia leczenia stwierdziłem jeszcze obecność gonokoków u pacyenta właśnie, u którego mikroby owe pojawiły się, a raczej wykryte były dopiero 16 dnia w sporej ilości, gdy tymczasem ani początkowo, 2 dnia choroby, pomimo niezliczonego mnóstwa ciałek ropnych, ani 5 dnia leczenia ich znaleźć nie byłem w stanie. Widocznie tedy — jak utrzymuje TIRCEW, że ilość wydzielanych na zewnątrz gonokoków ulega ciągłym wahaniom, i że badania drobnowidzowe, jeżeli mają wogóle do celu prowadzić, powinny rzeczywiście odbywać się codziennie i przez czas długi, w przeciwnym razie wyniki ujemne badań tracą zgoła stopień prawdopodobieństwa i tak już z natury rzeczy niewielki, jaki im wogółności przysługuje. Wobec tego wszystkiego, co należy sądzić o antyseptycznych własnościach protargolu, tak wychwalanych przez NEISSER'a, a jeszcze więcej przez innych autorów? Sam fakt niestałego istnienia gonokoków w wydzielinie i nitkach tryprowych nakazuje stosować wstrzykiwania protargolu możliwie długo, nie zabezpieczając nas od niespodziewanego powrotu mikrobow swoistych. Przypuśćmy nawet, że wyżej pomienione daty znajdowania gonokoków w ostrych przypadkach są zarazem ostatnimi dniami ich obecności w cewce; przeciętna wynosi wtedy 20 $\frac{1}{2}$ dnia. Trudno, zaiste, mówić o wybitnych własnościach antyseptycznych środka, który przeciętnie potrzebuje aż tyle czasu na wytępienie sprawców choroby!

(D. n.).

Z KLINIKI DYAGNOSTYCZNO-TERAPEUTYCZNEJ UNIwersYTETU WARSZAWSKIEGO.

Przypadek tężyczki.

Podał

ZYGMUNT GRUDZIŃSKI.

Ordynator kliniki.

Należąc do chorób stosunkowo rzadkich, zwłaszcza u nas, do chorób, których istota i patogeneza nie są dostatecznie zbadane, tężyczka zasługuje na to, aby jej przypadki były szczegółowo i dokładnie opisywane. Na tej zasadzie niżej podaję spostrzegrany przeze mnie przypadek.

Chory S. J. lat 20, robotnik w fabryce wyrobów żelaznych, przybył do kliniki 23 lutego 1900 roku. Pochodzi z rodziny zdrowej; sam cięższych chorób nie przechodził, prócz kilkakrotnie przebytego zapalenia gardła z gorączką. Ostatni raz podobna choroba gardła miała miejsce przed 4 miesiącami. W trzy tygodnie po tem chory zaczął doznawać napadów kurczów tonicznych w piątym palcach obu rąk, które się powtarzały po 2--3 razy tygodniowo, trwając zaledwie po parę sekund. Wkrótce potem chory zauważył pewną sztywność i twardość mięśni rąk i nóg, która przeszkadzała mu w pracy. Po kilku tygodniach napady te stały się częstszymi, kurcze zaczęły obejmować mięśnie wszystkich palców, a następnie i przedramienia; wkrótce przeszły także na nogi; długość napadu doszła do pół godziny. Napady były

bardzo bolesne, poprzedzały je parestezye (uczucie mrowienia). Prócz wyżej wymienionych napadów, chory miał kilka razy kurcze mięśni szczękowych i wtedy musiał w ciągu pół minuty pozostawać z otwartymi ustami, zdarzały się też kurcze powiek, nie pozwalające choremu przez kilka sekund zamknąć oczu.

Przytomność umysłu w czasie napadów była zawsze zachowana; po napadzie chory mocno pocił się, a raz jeden miał wymioty. Chory, który dotąd nigdy nie doznawał żadnych zaburzeń trawienia, od początku choroby zaczął cierpieć na rozwolnienie, które wzmagało się wraz ze wzmaganiami się napadów. Chory stracił apetyt, zaczął doznawać odbijania po jedzeniu; wesoły dotąd nastrój jego umysłu zmienił się: stał się smutnym, apatycznym, wogóle „jakimś nieswoim“.

Badanie wykazało, co następuje: wzrost więcej, niż średni, budowa i odżywianie dobre. Zabarwienie skóry prawidłowe, prócz dolnej części brzucha, gdzie spotykamy miejsce zupełnie białe, wielkości srebrnego rubla. Anomalia ta istnieje podobno od dzieciństwa chorego. Wyraźna dermatografia. Błony śluzowe nieco blade. Język wilgotny, obłożony. Stan bezgorączkowy. Tętno 72. Oddech 18. Waga 68,5 kilogr. Gruczoł tarczowy nie powiększony. Narządy klatki piersiowej i brzucha w stanie prawidłowym. Żołądek nie rozszerzony.

Żrenice oddziałują prawidłowo. Z lewej strony nosa występuje co kilka sekund skurcz kloniczny mięśnia, unoszącego skrzydło nosa (*m. levatoris alae nasi*). Uderzenie młotkiem po twarzy z tej lub owej strony nieco na zewnątrz od kąta ust wywołuje żywy ruch tegoż kąta (objaw CHVOSTEK'a); po uderzeniu w czaszkę po nad uchem występuje lekkie poruszenie muszli usznej (skurcz *m. attolentis auriculae*). Kręgosłup bolesny na ucisk, zwłaszcza w okolicy międzyłopatkowej. Siła mięśniowa nieco osłabiona. Mięśnie kończyn, zwłaszcza przedramienia i goleni, znajdują się w stanie lekkiego napięcia. Mechaniczna pobudliwość mięśni piersiowych i łopatkowych znacznie wzmożona. Jeżeli uciśniemy mocno rurką kauczukową prawe lub lewe ramię, otrzymujemy następujące zjawisko: po upływie pół minuty ręka niżej miejsca ucisku staje się bladą, chory doznaje uczucia mrowienia w palcach, a następnie bólu; wkrótce występuje toniczny skurcz mięśni palców, zwłaszcza dużego, a następnie i mięśni przedramienia, ręka przytem staje się twardą i przyjmuje ułożenie ręki akuszerza, przystępującego do badania („Geburtshelferhand“ TROUSSEAU). Napadowi towarzyszy silny ból, parestezye i zupełna utrata czucia dotyku w palcach. Po usunięciu rurki uciskającej, napad ulega przerwie, w przeciwnym razie trwa do 10 – 15 minut. W inny sposób, prócz wyżej opisanego, wywołać napadu nie udało się. Podobne zjawisko występuje i na dolnych kończynach przy ucisku górnej części goleni, a jednocześnie stopa przybiera postać zbliżoną do *pes equinus* (objaw TROUSSEAU). Pobudliwość elektryczna mięśni i nerwów na prądy stałe i zmienny prawidłowa. Odruchy ścięgniste bez zmian, skórne nieco osłabione, gardzielowy i rogówkowy bardzo słabe. Czucie dotyku, bólu, ciepłoty i mięśniowe niezmiennione. Pnie nerwowe przy ucisku nie bolesne. Mocz barwy jasno-żółtej, przezroczysty, z odczynem kwaśnym, o ciężarze gatunkowym 1024; białka, ani cukru nie zawiera; chlorki w ilości zwykłej. Wypróżnienia koloru żółtego, rzadkie, pasorzytów nie zawierają.

Przebieg choroby był następujący. 1 marca. Bóle opasujące w brzuchu. Kurczu w prawej nodze wywołać nie można: przy ucisku prawej nogi wy-

stępuje skurcz w lewej; takż skurcz w lewej nodze występuje również przy ucisku którejkolwiek z górnych kończyn równocześnie ze skurczem ostatnich. Odbijanie. Wypróżnienia 3 razy na dobę. Dobowa ilość moczu — 3 litry.

3 marca. Parestezye w kończynach i silny ból głowy. Stolec dwa razy na dobę. Ilość moczu $3\frac{1}{2}$ litr., c g. 1016.

5 marca. Objawy TROUSSEAU i CHVOSTEK'a dają się łatwo wywołać. Odbijanie mniejsze. Stolec raz na dobę.

8 marca. Słabe bóle opasujące w brzuchu. Objaw TROUSSEAU daje się wywołać tylko na górnych kończynach. Odbijania nie ma. Dwa stolce na dobę. Ilość moczu 3 litry.

11 marca. Kręgosłup na ucisk bolesny; bólów opasujących niema. Drgawki kloniczne *m. levatoris alae nasi* pozostały bez zmiany. Objaw TROUSSEAU daje się jeszcze wywołać na rękę, ale kurcz występuje dopiero w 4—5 minut po ucisku, jest bardzo słaby i krótkotrwały. Odbijania niema. Stolec dwa razy na dobę. Dobowa ilość moczu 2400 ctm. sz. Chory ma dobre łaknienie, czuje się znacznie lepiej. Na własne żądanie wypisuje się ze szpitala.

Przez czas pobytu swego w klinice chory otrzymywał codziennie kąpiele o ciepłocie 28° R. po 10 minut; prócz tego dostawał bromek sodu w roztworze 10,0 na 200,0 trzy razy dziennie po łyżce stołowej. Z powodu objawów żołądkowo-kiszkowych znajdował się na odpowiedniej dyecie.

Z przytoczonego powyżej opisu choroby widzieliśmy, że mieliśmy do czynienia z typowym przypadkiem tężyczki o przebiegu dość lekkim. Mieliśmy bowiem i drgawki toniczne, obejmujące w typowy sposób mięśnie kończyn i twarzy przy zachowanej zupełnie świadomości, i objawy TROUSSEAU i CHVOSTEK'a, i parestezye, i niektóre rzadsze objawy, jako to: zaburzenia troficzne, poliuryę i inne. Brakowało wprawdzie wzmózonej pobudliwości mięśni i nerwów na bodźce elektryczne (objaw ERB'a) i wzmózonej wrażliwości nerwów czuciowych (HOFFMAN), ale też te objawy nie należą do stałych, i w dość znacznej liczbie przypadków nie spotykamy ich wcale. Musimy jednak zwrócić uwagę na niektóre objawy, które, chociaż nie są co do swej istoty nowe, jednak w tej postaci, jak w omawianym przypadku, nie były dotąd, o ile nam wiadomo, opisywane.

Do takich należą:

1) Stale przez cały przebieg choroby występujące kloniczne drgawki *m. levatoris alae nasi* — coś w rodzaju *tic convulsiv*.

2) Pewna atypowość w występowaniu drgawek tonicznych, jako to: skurcz toniczny niektórych mięśni żuchwowych, występujący niezależnie od zwykłych napadów tężyczkowych, a także skurcze mięśni powiek.

3) Objaw, polegający na poruszaniu się muszli usznej przy uderzeniu w czaszkę po nad uchem. Objaw ten można uważać za modyfikację objawu CHVOSTEK'a.

4) Pewne osobliwości w występowaniu objawu TROUSSEAU, jako to, występowanie skurczów w jednej tylko lewej dolnej kończynie przy ucisku tylko prawej dolnej lub górnej kończyny. Dotąd opisywane były przypadki, w których ucisk którejkolwiek z kończyn wywoływał drgawki we wszystkich kończynach.

5) Zaburzenia czuciowe, jako to: bóle opasujące w brzuchu i bóle głowy.

6) Wreszcie objawy, które wyprzedziły o kilka miesięcy rozwój choroby. Do takich należą: przelotne skurcze w małych palcach rąk i stopniowo rozwijająca się sztywność mięśni. Znajomość takich objawów dawałaby nam możliwość wczesnego rozpoznawania choroby.

Co do etiologii omawianego przypadku należy mieć na uwadze dwie choroby, z którymi rozwój tężyczki mógłby stać w pewnym związku przyczynowym: ostry nieżyt błony śluzowej gardzieli, który chory przebył na krótki czas przed rozwojem tężyczki, i nieżyt żołądka i kiszek, towarzyszący opisywanemu przez nas cierpieniu. Prawdopodobniejszym wydaje się jednak to drugie przypuszczenie, zwłaszcza że dawała się zauważyć pewna współrzędność między stopniem natężenia objawów żołądkowo-kiszkowych i tężyczkowych. Należy jeszcze zwrócić uwagę na porę roku, w której się rozwinęła choroba. Z prac FRANKL-HOCHWART'a i innych, wiadomo, że przypadki tężyczki, zwłaszcza tej jej postaci, którą wzmiankowany autor nazywa idiopatyczną albo epidemiczno-endemiczną, wydarzają się najczęściej w miesiącach: lutym, marcu i kwietniu. To godne uwagi zjawisko można objaśnić w ten sposób, że pierwiastki zakaźne, wywołujące chorobę, rozwijają się wyłącznie albo najlepiej w tych miesiącach. Co zaś do innych sporadycznych przypadków tężyczki, choć tu trudniej byłoby objaśnić sobie związek przyczynowy między porą roku i rozwojem choroby, jednakże spostrzeżenia zdają się przemawiać za istnieniem takiego związku. Nasz przypadek (cierpienie miało miejsce w lutym i w marcu) powiększa liczbę takich spostrzeżeń i pozwala przypuszczać, że przeważna liczba przypadków tężyczki w tych miesiącach nie jest zjawiskiem przypadkowym, lecz zależy od pewnych nieznanych nam dotąd czynników.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

122. L. HARMER. **O istocie i przyczynach powstawania nalotów po tonsillotomii i ich stosunek do laseczników błonicy.** W obszernej dość literaturze, dotyczącej tonsillotomii wogóle, nie znajdujemy żadnej obszerniejszej wzmianki o charakterystycznym następczem zjawisku, spostrzeganem przez wstzystkich specjalistów, a mianowicie o nalocie (włóknikowym) na zranionej za pomocą narzędzi powierzchni migdałów. Przez swe podobieństwo do nalotu błonicy budzi on zazwyczaj obawę śród chorych i ich otoczenia. Dziwnem więc, zaiste, wydać się może, iż w literaturze nie znajdujemy żadnego objaśnienia tak częstego zjawiska patologicznego. Tylko poszczególni autorzy w kilku zaledwie słowach omawiają tę kwestyę. MACKENZIE powiada: „czasami po tonsillotomii powierzchnia rany przyjmuje niezdrowy wygląd i pokrywa się szarawym, błoniastym nalotem, na podobieństwo aft“. BLOCH, wyliczając różne przypadłości w okresie pooperacyjnym, między innymi wspomina o błonach rzekomych. Związku etiologicznego między niemi a lasecznikami LOEFFLER'a nie przyznaje. Wreszcie CAILLE obserwował po tonsillotomii nalot, wywołany niewątpliwie przez laseczniki błonicy; w następstwie rozwinęła się tak ciężka postać błonicy, że przystąpiono do tracheotomii.

Najciekawsze, a poniekąd pouczające były wyniki spostrzeżeń LICHTWITZ'a, który w dość licznej seryi przypadków znajdował na zranionej powierz-

chni migdałów (po tonsillotomii) laseczniki LOEFFLER'a w czystej hodowli lub też w symbiozie z innymi drobnoustrojami (*staphylococcus*, *streptococcus*, *leptotrix* i t. d.). Sam autor jednak z pewnym zdziwieniem dodaje, że pomimo niewątpliwej obecności laseczników błoniczych w owych nalotach u żadnego z chorych nie wystąpiły objawy zakażenia i u wszystkich nastąpiło kompletne wyzdrowienie bez zastosowania surowicy przeciwbłoniczej.

Zupełnie odmienne wyniki otrzymał HARMER. Autor zajął się szczegółowym badaniem nalotów po tonsillotomii (300 przypadków), uwzględniając istotę owych błon, warunki ich powstawania, budowę makro- i mikroskopową a wreszcie i stronę bakteryologiczną, i znacznie wyświetlił ciemną dotąd sprawę o pasorzytniczem pochodzeniu nalotów na migdałach. Naloty, twierdzi HARMER, zajmują zazwyczaj tylko powierzchnię rany i przedstawiają się makroskopowo w postaci, jednolitej lub też ziarnistej, kruchej, uwarstwionej masy koloru brudno-szarawego. Grubość ich nie przekracza 2 mm. Nalot przylega dość mocno do podstawy, lecz daje się łatwo zdjąć szczypczykami, obnażając nieznacznie krwawiącą powierzchnię gruczołu. Badanie mikroskopowe błon (utrwalonych w alkoholu, zalanych w celloidynę i zabarwionych według metody WEIGERT'a, LOEFFLER'a i in.) wykazało siatkę, złożoną z nitek włóknikowych, w oczkach której umieszczone były w mniejszej lub większej ilości leukocyty jedno lub wielojądrowe. Miejscami zamiast siatki widać było ziarnistą, nieforemną, nie zabarwioną masę z wtłoczonemi w nią leukocytami — były to ogniska nekrozy koagulacyjnej. Oprócz tego na powierzchni i w głębi nalotów autor stwierdził ogromną ilość laseczników i koków, wśród których przeważały gronkowce i paciorkowce. Na preparatach, gdzie prócz nalotu była i normalna nie porażona część gruczołu, nie wykryto żadnych drobnoustrojów; cały miąższ był nacieczony ciałkami ropnemi, ilość których zwiększała się w miarę zbliżania się do części gruczołu, przylegającej do nalotu.

Badania bakteryologiczne autor wykonywał w ten sposób, że kawałki nalotów przeszczepiał na odżywkę LOEFFLER'a (w epruwetkach) i na agar-agar (płytki PETRI'ego). Po 24—48 godzinach przygotowywał z otrzymanych hodowli szereg preparatów mikroskopowych i, gdzie tylko spotykał postacie laseczników przypominające błonicze, przystępował do przygotowania czystych hodowli, a dla ostatecznego przekonania się o ich specyficzności szczepił je świnkom morskim. Wszelkie jednak poszukiwania laseczników LOEFFLER'a dały wynik ujemny. Tylko w 8 przypadkach spostrzegł HARMER pałeczki przedzielone lub jednolite podobne do błoniczych, posiadające na jednym ze swych końców zgrubienie. Przeszczepione hodowle świnkom morskich nie wywołały jednak klinicznego obrazu błonicy. Autor wnosi, że miał do czynienia z lasecznikami rzekomo-błoniczymi, których wygląd i hodowle, jak wiadomo, niczem prawie nie różnią się od właściwych laseczników LOEFFLER'a. HARMER twierdzi, że laseczniki, znalezione przez LICHTVITZ'a i przyjmowane przezeń za błonicze, należy również odnieść do tej grupy. Prócz laseczników rzekomo-błoniczych, HARMER odkrył we wszystkich niemal przypadkach *streptococcus pyogenes* w czystej hodowli lub w symbiozie ze *staphylococcus albus* i *aureus*. Co się tyczy przyczyn powstawania owych nalotów, to autor wątpi, by uraz, wywołany zabiegiem chirurgicznym, mógł sam przez się wywołać podobny obraz. Wprawdzie istnieje pewna zależność między charakterem powierzchni rany, ewentualnie sposobem jej zadania a grubością nalotów. Na nierównej i zmiażdżonej powierzchni tworzą się grubsze, więcej uwarstwione naloty, niż na powierzchniach równych, gładkich; jednakże uraz nie może stanowić istotnej i głównej przyczyny powstawania na-

lotów. Jeśli nie z zupełną pewnością, to jednak z wielkiem prawdopodobieństwem twierdzić można, że omawiane naloty są produktem żywotności pewnych drobnoustrojów, a mianowicie paciorkowca i gronkowca ropotwórczego. Bakteryje te w normalnych warunkach spotykamy w jamie ustnej, nie wywołują jednak żadnych objawów, dopóki nabłonek stanowi dla nich nieprzezwyciężoną przeszkodę. Gdy jednak ta przeszkoda zostaje zniesiona i głębsze, mniej odporne tkanki obnażone, wtedy powstają warunki bardzo sprzyjające rozwojowi owych bakterii. W rezultacie następują objawy zapalne, charakteryzujące się z początku obrzmieniem, zaczerwienieniem, wysiękiem surowiczym, wreszcie ścina się włókniak i wytwarzają się ogniska nekrozy koagulacyjnej; wszystko to wraz z leukocytami, które całemi masami występują z naczyń, składa się na wytworzenie omawianych nalotów.

(*Wiener klinische Wochenschrift*. Nr. 38. 1900).

D. Hellman.

123. C. GRAESER. **Opatrunki wyskokowe.** Opatrunki wyskokowe w miejscowych zakażeniach, t. j. zapaleniach, nie są nowością, już bowiem w 1874 roku zalecał je SALZWEDEL, a autor niniejszego już przed 10 laty stosował je w silnych zapaleniach gardła, w istocie jednak tylko w charakterze Presnitz'owskich wzmocnionych okładów.

Na zasadzie badań BUCHNER'a i uczniów jego dowiedziano się, że wyskok powoduje podrażnienie chemicznej natury, skutkiem którego naczynia krwionośne rozszerzają się, następuje znaczne przekrwienie i szybkie przepływanie krwi przez chorą miejscowość. Z doświadczeń zaś BIER'a nad sztucznym przekrwieniem, wywoływanem w celach leczniczych, wiadomo, jak doskonale na ognisko zapalne oddziałują krew, w obfitości napływająca, bez względu na to, czy jest żylna, czy też tętnicza. We krwi tej bowiem krążą leukocyty, czyli „aleksocyty“, jak je zwie BUCHNER, wydzielają one bowiem aleksyny — substancje, bakterjom wrogie, które GRAESER obrazowo porównywa do policyi ciała naszego, czuwającej nad jego bezpieczeństwem i tępiącej złowrogie bakterie. One to, niszcząc złośliwe bakterie i usuwając ich szkodliwe produkty, leczą ustrój, przerywają zakażenie lub ograniczają rozprzestrzenianie się tegoż. Inne środki lekarskie również są w stanie wywoływać miejscowe przekrwienie i zapalenie, podobnie jak wyskok, lecz w działalności swej przekraczają niekiedy granice, powodując zamiast pożądanego działania leczniczego zgorzel tkanek, czego przy wyskoku nie widzimy.

Okłady wyskokowe składają się z ośmiu warstw gazy opatrunkowej, napojonej 90% wyskokiem, ceratki na wierzch i bandaża. Przy ranach otwartych należy opatrunek zmieniać dwa razy dziennie, w obrzmieniach zaś, zapaleniach podskórnych i t. p. nie zdejmujemy opatrunku wcale, lecz po wyschnięciu wyskoku napajamy opatrunek na świeżo za pomocą sączka, pozostawionego wśród opatrunku. Dolny koniec sączka opatrzonej jest szklaną kanką, w górny zaś wstawia się lejek, przez który nalewamy wyskoku.

Za pomocą tych opatrunków udało się autorowi w krótkim czasie wyleczyć ciężkie ropne międzymięśniowe zapalenia, mięszkowe zapalenia gruczołu pierśsiowego, zapalenia gardła (*angina phlegmonosa*), przerywać w ciągu 2—3 dni ograniczone zapalenia skóry, spowodowane ukąszeniami owadów, *panaritia*, zapalenia gruczołów, zapalenia żył i t. p. Wobec tego zaleca GRAESER te opatrunki dla praktyki szpitalnej, a szczególnie dla prywatnej, lekarzom, niezbyt pohopnym do noża, jako też tym, którzy wskutek szczególnych warunków, nie mogą stosować bezwzględnej aseptyki, jak np. w podróży, na okrętach, podczas wojny i t. p.

(*Münch. Med. Woch.* 1900. Nr. 29).

L. W.

124. TEITLINE. **Przypadek czynności gruczołów sutkowych przez pięć lat pomimo niekarmienia.** Wydzielanie mleka jest uważane jako czynność ściśle przepuszczająca, występująca zwykle tylko w okresie rodzenia i podtrzymywana następnie tylko powtarzającym się ssaniem dziecka. Przypadek, podany przez autora, jedyny zdaje się w swoim rodzaju, wykazuje raz jeszcze, do jakiego stopnia czynność gruczołów sutkowych zależy od objawów, występujących ze strony macicy.

Chora, o której mowa, kobieta 31-letnia, wstąpiła do kliniki prof. JASTREBOWA w Warszawie wskutek braku miesiączki od więcej, niż pięciu lat, czemu towarzyszyły bóle w grzbiecie i na powierzchni kości kupaowej. Wyszedłszy za mąż w 25 roku życia, zaszła zaraz w ciążę i urodziła w 8-y miesiącu trojaczki: dwóch chłopców wydobyto kleszczami, a jedna rozmiękła dziewczynka została wydalona bez sztucznej pomocy. Matka leżała w łóżku około miesiąca; miała gorączkę i była tak wycieńczona, iż leżała zupełnie nieruchomo w łóżku, co spowodowało dosyć obszerną odleżynę na powierzchni kupra. Odpływy popołożowe miały woń cuchnącą, i po upływie 15 dni nastąpiło wydalenie przez pochwę resztek tkanki, której wygląd, według słów chorej, przypominał ścięte białko jaja. Lekarz, którego się wtedy radzono, uznał wspomniane resztki za pochodzące z tkanki macicznej. Po wyzdrowieniu chora zauważyła, iż sutki jej wydzielają mleko, jakkolwiek wcale nie karmiła. Od tego czasu wydzielanie to nigdy nie ustawało.

W chwili obecnej macica znajduje się w tyłopochyleniu z przodozgięciem. Trzon macicy zdaje się być dużo większy, niż szyja; zewnętrzne ujście szyi ma postać szpary, jak u kobiety, która nie rodziła; jama macicy znikła prawie zupełnie, gdyż cewnik, wprowadzony do macicy, wskazuje tylko 5 ctm., licząc w to i długość kanału szyi. Idzie tu zatem o zanik trzonu macicy w następstwie *metritidis dissecans*. Jajniki są również zanikłe. Przeciwnie, gruczoły sutkowe są bardzo dobrze rozwinięte, i przy ucisku przez otwory niektórych przewodów mlecznych wypływa dosyć gęsty, żółtawy płyn, gdy przez inne wycieka białoniebieskawy płyn. Badanie drobnowidzowe stwierdza kulki siarowe i mleczne.

Autor sądzi, że stała czynność gruczołów mlecznych zależy tu od sprawy zgorzelinowej, jakiej uległy błony śluzowa i mięśniowa macicy. Wydalenie warstwy mięśniowej z zachyłkami gruczołowymi, które w nią przenikają, uczyniło niemożliwym odrodzenie się śluzówki; otóż ponieważ całość tej błony jest jednym z niezbędnych warunków miesiączkowania, to zrozumiałym staje się w danym przypadku brak jakiegokolwiek odpływu miesięcznego. Wiadomo, z drugiej strony, że brak miesiączki wywołuje dosyć często nawaly ze strony pewnych narządów (krwotoki nosowe, płucne i t. p.). Możliwe jest, wskutek tego, iż brak przyływu miesięcznego wywołał u omawianej chorej podobny nawal do gruczołów sutkowych, i że wydzielanie mleka trwa u niej z powodu zwiększenia ciśnienia krwi w układzie naczyniowym tych gruczołów.

Jakkolwiek bądź jest, przypadek, podany przez autora, zasługuje na tem większe zaznaczenie, ponieważ na 20 znalezionych przez autora w piśmiennictwie lekarskiem spostrzeżeń *metritidis dissecans* żadne nie wspomina o stanie gruczołów sutkowych u omawianych chorych.

(*La semaine médicale* Nr. 19. 1900).

St. Roslan.

125. MOCZUTKOWSKI. **Doświadczenie na samym sobie zaszczepienia duru wysypkowego z wynikiem dodatnim.** Po siedmiu bezowocnych próbach (z których 5 na sobie samym) wywołania duru plamistego przez zaszczepienia krwi osobników, dotkniętych tem cierpieniem, autor, po ósmej tego rodzaju próbie, dostał

ciężkiego i najbardziej typowego duru. Ciekawe to doświadczenie miało miejsce jeszcze w 1876 r.; zajmąwszy się potem wyłącznie neurologią, autor nie mógł prowadzić dalej swych badań nad bezpośrednim udzielaniem się ostrych chorób zakaźnych. Jednakże obecnie postanowił podać do wiadomości to dodatnie na samym sobie doświadczenie, które, jakkolwiek pojedyncze, tem nie mniej jest jednak bardzo przekonywające.

Zarazek, który sobie autor zaszczepił, pochodził od młodej robotnicy, leżącej w szpitalu, wskutek umyślnego otrucia się fosforem, w sąsiedztwie sali przeznaczonej dla chorych durzycowych. W trzy tygodnie po wyzdrowieniu i opuszczeniu szpitala, robotnica ta dostała typowego duru plamistego i zapisała się znowu do szpitala. 10-go dnia, gdy prawie cała powierzchnia ciała chorej pokryta była petociami, autor zaszczepił sobie krew z nacięcia na przedramieniu chorej.

Przez 17 dni autor nie uczuwał nic; ale rano 18 dnia dostał silnego dreszczu, po którym nastąpiło szybkie wzniesienie ciepłoty do 40,3° z bredzeniem i stanem śpiączkowym; ten ostatni trwał do końca okresu gorączkowego, t. j. przez 14 dni. Wysypka różycowa wystąpiła 5 dnia choroby; łuszczenie się nastąpiło w 11 dni później, i zdrowienie zaczęło się 23 dnia od początku choroby. Krzywa ciepłoty była zupełnie taka, jak u chorej, od której autor zaszczepił sobie krew; chora ta również wyzdrowiała. Jednak u tej ostatniej nie stwierdzono żadnego powikłania, gdy u autora wystąpiły ciężkie objawy mózgowo, zapalenie oskrzeli i wreszcie zapalenie mięśnia sercowego z następczą niemiarowością sercową, trwającą przez lat ośmnaście.

Fakty te dowodzą w sposób niezaprzeczelny, że dur plamisty udziela się bezpośrednio osobnikowi zdrowemu przez zaszczepienie krwi chorych durzycowych, która zawiera, tem samem, czynnik chorobotwórczy.

(*La semaine médicale. Nr. 19. 1900.*)

St. Roslan.

Z Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego.

Posiedzenie wydziału higieny ludowej z dnia 20 Października r. b.

Odczytano charakterystykę chat litewskich d-ra GRODECKIEGO z Pren (pow. Maryampolski). Zagrody włościańskie nie są tam skupione w każdej wsi na małej przestrzeni, jak w innych okolicach Królestwa, ale wszędzie rozkolonizowane. Ztąd odległość i pojedynczych chat i budynków gospodarskich nie zostawia do życzenia. Z dołączonych przez G. planów widać, że chaty litewskie są dużo dłuższe od polskich: mają do 20 i więcej metrów długości. Odpowiednio do tego i izby stosunkowo są bardzo wielkie: powietrza mieszkańcom nie brak. Świetlica służy niemal wyłącznie dla gości. Przy każdym domu jest ogródek a często i ganek.

Pozatem jednak, pomimo zamożności tamtejszych włościan, chaty ich pozostały w tyle za resztą Królestwa. Ścian się nie tynkuje, fundamentu pod tak duże domy nie daje się, okna są małe, stosunek ich powierzchni do powierzchni izby jest niekorzystny. Pomimo dostatku pomieszczenia, wszyscy mieszkańcy spiąją w jednej izbie, i to na szerokich ławach, otaczających izbę (właściwość chat tamtejszych, w innych okolicach Królestwa nieznaną), bo łóżek jest tylko jedno lub dwa. Zwykle w izbie chowają kury w kotuchach a często mają w niej

i zagrodę dla owiec. Chaty kurne rzadko wprawdzie, ale się jeszcze zdarzają nawet u dość zamożnych. Wychodków nigdzie niema. Chaty niemal wyłącznie drewniane. Okna zwykle na zawiasach, niekiedy i podwójne. Wogóle można zarzucić chatom litewskim, że są ciemne i zimne.

Postęp w ostatnich latach jest widoczny i szybki. G. żąda ułożenia i rozpowszechnienia planów wzorowych chat.

Przewodniczący, mówiąc o naszych chatach przed stu laty, przytoczył dane, dotyczące chat z książek ks. Switkowskiego o budownictwie wiejskiem z końca przeszłego stulecia z pracy Korzona: Wewn. dzieje Polski oraz historię konkursu na najlepszą chatę wiejską, ogłoszonego przez towarzystwo przyjaciół nauk warszawskie w r. 1807. Według tych danych, zapewne zbyt pesymistycznych, wygląd ówczesnych chat był bardzo nędzny. Bardzo niskie, zapadłe w ziemię z nieociosanych a cienkich okrągłaków (z drzewa wierzchołkowego), walące się już po 15 latach istnienia, z dachem sięgającym niemal ziemi, a krytym często mierzwą a nie słomą, czasem darnią; bez kominów (kurne), lub z kominami chróścianami, z okrągłymi szybkami w małych oknach, z ogromnymi ale nie grzejącymi piecami, zimne wilgotne i dymne — wydawały się społecznym jaskiniami, właściwszemi dla zwierząt, niż dla ludzi.

Natomiast chaty były dłuższe, izb miały więcej, a o mieszczeniu w jednej izbie dwóch obcych sobie rodzin nigdzie niema wzmianki.

Na Litwie i Białorusi chaty były gorsze, niż w Koronie, zwłaszcza zaś Wielkopolsce. Chaty ludzi wolnych oraz poddanych z dóbr królewskich, duchownych a także i z większości dóbr wielkopańskich niezawodnie były w lepszym stanie, niż w majątkach szlacheckich.

W obec niezmiernie częstych pożarów (z powodu braku kominów), drożyny drzewa i wycinania lasów, wszyscy w owych czasach zgadzali się na jedno, że nadal chat z drzewa budować niepodobna, i szukali innego materiału. Gorąco polecano chaty ziemne — z ziemi ubijanej i tłoczonej — i robiono z niemi próby nawet na wielką skalę. Chaty takie jednak były wilgotne, zimne, pełne robactwa i rozsypywały się. Chwalono lepianki z gliny, ubijanej mierzwą, siercią, paździozem, sieczką, wreszcie radzono mieszać i ubijać glinę z igłami drzew iglastych. Ten ostatni pomysł (Szucha) zyskał uznanie tow. przyj. nauk i z gliną taką — szuchówką, jakkolwiek dziś już nieznaną, przedsiębrano próby.

Dla bezpieczeństwa od pożarów radzono maczać w glinie snopki na strzechę, zwyczaj dawniej dość częsty, dziś już zarzucony dla ciężkości takich dachów. Podawano liczne projekty lepszych pieców i kominów, co istotnie było wtedy najpilniejsze dla poprawy chat. Radzono stawiać domy niemieckie, mieszczące pod wspólnym dachem ludzi, wszystkie zwierzęta domowe i zbiory.

Jakkolwiek wnioski tow. przyj. nauk nie weszły w życie, które poszło innym torem, to jednak prace te (9 rozpraw konkursowych) przez krytykę istniejącego stanu rzeczy musiały oddziaływać na opinię i przyczyniły się do postępu.

Z dawniejszych jeszcze czasów nieliczne wzmianki o chatach zebrali Karłowicz i Gloger.

W dyskusyi BRONOWSKI i ŁAZAROWICZ chwalili chaty piaskowe (z piasku i wapna), o ile nie są zbyt wielkie. POLAK wniósł, by powtórzyć konkurs na najlepsze chaty wiejskie z różnego materiału.

Z Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego

Posiedzenie z d. 12 października r. b.

1) Kol. DEMBOWSKI pokazał dziecko, któremu wyluszczył wielki limfangiomał na lewej połowie szyi. Dziecko było tak wycieńczone, że początkowo nie odważał się operować; gdy jednak oddech stał się mocno utrudniony, i na powierzchni guza zjawily się objawy zapalenia, podobnego do róży, zrobił cięcie dla zmniejszenia ciśnienia. Zauważywszy, że skutek otrzymany jest niedostateczny, i że nowotwór jest otorbiony, wyluszczył go w całości. Przedstawił preparat makroskopowy i mikroskopowy nowotworu.

2) Kol. SZABAD pokazał chorego, dotkniętego znacznem zwężeniem odźwiernika i prześwietlił mu żołądek, przyczem uwidoczniły się dwa pasma, wskazujące, zdaniem prelegenta, zrosty odźwiernika z pęcherzem żółciowym. Chory bardzo wycieńczony. Przemysłowano mu żołądek i wprowadzano przy pomocy zgłębnika oliwę prowancką. Ponieważ zabiegi te nie przyniosły korzyści, ma mu być jutro dokonana operacja (gastroenterostomia).

3) Mag. wet. NONIEWICZ przedstawił rezultaty badań mleka kobiecego i krowiego na laseczniki gruźlicy. Dotąd badał tylko drobnowidzowo, wkrótce jednak ma zamiar przystąpić do szczepień i hodowli. Badanie mleka 4 kobiet, położnic w szpitalu św. Jakóba, wykazało u trzech laseczniki. Mleko krów badano tych tylko, które przedstawiały odczyn po wstrzyknięciu tuberkuliny, mianowicie 15 krów z 3 ferm, wzorowo utrzymywanych. U wszystkich znaleziono laseczniki gruźlicze. Z 21 prób mleka, wziętych z różnych mleczarni wileńskich, w 12 były laseczniki. Prelegent przypuszcza, że mleko w handlu w mieście w 55% jest zakażone przez gruźlicę. Niebezpieczeństwo, pochodzące z tego zakażenia, jest znacznie groźniejsze, niż od zanieczyszczenia i fałszowania mleka. Dla usunięcia go należałoby wytępić bydło, dotknięte gruźlicą.

Przedstawione były odpowiednie preparaty drobnowidzowe.

Kol. ŻUK zwrócił uwagę, że w preparatach laseczniki nie są gruźlicze, gdyż są krótsze i cieńsze od tych ostatnich.

Kol. KOWARSKI i kol. DEMBOWSKI odmawiają prawa robienia rozpoznania na mocy jedynie drobnowidzowego badania. Wiadomą jest rzeczą, że istnieją laseczniki nie gruźlicze, które pod mikroskopem nie różnią się od tych ostatnich. Nim hodowla i szczepienia nie wykażą ich przyrody gruźliczej, prelegent nie może stawiać wniosków i szerzyć paniki. Kobiety, w których mleku znaleziono owe laseczniki, nie przedstawiały żadnych objawów gruźlicy.

P. NONIEWICZ odpowiedział, że zabarwiał laseczniki kilku sposobami i w ten sposób mógł odróżnić prawdziwe gruźlicze od innych, podobnych do nich.

4) Kol. KOHAN opowiedział historię chorób pięciu ludzi, dotkniętych ropniem płuc, których pokazał Towarzystwu na posiedzeniu 12 maja (zob. „Medycyna“ Nr. 23, str. 554). Cierpienie przedstawiało się powierzchownie, jako zapalenie opłucny ropne, za pomocą próbnego przekłucia wydobywano ropę. Jednak po rezekcji żebra znajdowano opłucną prawidłową. Po przecięciu tkanki płuc nożem albo termokauterem, stwierdzano ropień w płucach. Jeden z chorych zmarł wkrótce po operacji; prawdopodobnie było kilka takich ognisk ropnych, nacieczenie tkanki płucnej dokoła ognisk musiało być przyczyną stłu-

mienia na przestrzeni całego lewego płuca. Prelegent przy tej sposobności omówił obecny stan sprawy chirurgii płuc.

Rozprawy nad odczytem kol. KOHANA odłożono do następnego posiedzenia.

5) Wybrany został na członka rzeczywistego Towarzystwa prowizor Benedykt UNDRĘWIŃCZ.

J. S.

Sprawozdanie Z IX ZJAZDU LEKARZY I PRZYRODNIKÓW POLSKICH W KRAKOWIE.

(21—24 lipca r. b.).

(Ciąg dalszy.—Zob. Nr. 44).

SEKCJA CHIRURGICZNA.

Streścił Sz. KOSSOBUDZKI.

Posiedzenie z dnia 23 lipca r. 1900.

Przewodniczący: d-r GURANOWSKI (z Warszawy).

D-r SPIRA (z Krakowa). O patogenezie czynnościowego wstrząśnienia błędnika usznego (*commotio labyrinthi*).

Przez wstrząśnienie błędnika rozumiemy zaburzenia czynnościowe błędnika, a więc bez tła anatomicznego, wywołane przez jakikolwiek uraz. Po wyłuszczeniu teorii i hipotez, dotyczących tej sprawy, mówca przedstawia swoje zapatrywania, stając na gruncie t. zw. neuronów.

Przez bardzo silne bodźce słuchowe albo ruchowe powstaje nadmierne poruszenie endolimfy, związek neuronów rozluźnia się, i w ten sposób powstają zaburzenia równowagi i słuchu.

Uwzględnienie różnicy anatomicznej i fizyologicznej nerwów przedsionkowego i ślimakowego pozwala sobie tłumaczyć odmienne następstwa ich drażnienia. Neurony nerwu przedsionkowego po ustaniu zewnętrznych bodźców, t. j. pewnych urazów, rychło wracają do równowagi, wrażliwość ich może się przytępić i pomniejszych podrażnień nie sprowadzają zaburzeń w równowadze (tańce).

Neurony nerwu ślimakowego, straciwszy równowagę, trudniej wracają do stanu prawidłowego, a raczej pod wpływem bodźców swoistych coraz więcej się odeń oddalają.

Zmniejszenie pobudliwości nerwu ślimakowego sprowadza przytępienie słuchu, zmniejszenie pobudliwości nerwu przedsionkowego sprowadza przyzwyczajenie do pewnych urazów.

Skuteczny wpływ ćwiczeń słuchowych w pewnych rodzajach głuchoty tłumaczy się tem, że działają „trująco“, „zastępująco“. Nerwy, które przez sprawę chorobową straciły zdolność przewodnictwa, odzyskują częściowo swą sprawność, a sprawna część narządu nerwowego nabywa zdolności zastąpienia częściowego nieczynnych części.

Niektóre osoby przy pewnych ruchach wpadają w stan zawrotowy, podobny do choroby morskiej. S., jako sposób przeciwdziałania temu, zaleca wykonywanie pewnych ćwiczeń gimnastycznych dla przytępienia pobudliwości zakończeń nerwowych narządu statycznego.

Dyskusya:

D-rzy ZALEWSKI, HEIMAN, GURANOWSKI nie zgadzają się na brak tła anatomicznego przy wstrząśnieniu błędnika. Zawroty głowy przy jeździe koleją, okrętem, w tańcu raczej odnieść należy do zaburzeń w mózdzku.

D-r SPIRA. Wnioski w sprawie zapobiegania głuchocie i głuchoniemocie.

Prelegent wykazuje, 1) że w zakładach dla głuchoniemych znajdują się często wychowawcy, dotknięci chorobami usznymi, których leczenie mogłoby im słuch poprawić, 2) że dzieci szkolne często mają cierpienia górnych dróg oddechowych i narządu słuchowego, których zaniedbanie prowadzi do głuchoty i głuchoniemoty; wczesne uwzględnienie tych cierpień mogłoby kalectwom tym zapobiedz. S. podaje zjazdowi do uchwalenia następujące wnioski: IX Zjazd lekarzy i przyrodników polskich wzywa odnośne władze, ażeby zarządziły:

1) Zestawienie danych statystycznych, dotyczących głuchych i głuchoniemych w kraju, zbadanie obecnego stanu narządu słuchowego oraz przyczyn tego kalectwa u wychowawców zakładów dla głuchoniemych.

2) Systematyczne zbadanie przez władze szkolne i sanitarne wszystkich dzieci szkolnych pod względem bystrości ich słuchu i poddanie ewentualnie chorych na uszy uczniów stosownemu leczeniu.

Wnioski d-ra S., jako bardzo na czasie, przyjęto z uznaniem.

Doc. BAUROWICZ. O operowaniu na muszli dolnej.

OSTMAN wyprzedził autora w ogłoszeniu nowego sposobu operowania, polegającego na zrobieniu żegadłem na górnej powierzchni muszli głębokiego rowka. Sposobu tego B. używał w szeregu przypadków przed publikacją OSTMAN'a nie dla wygody, jak OSTMAN, by potem łatwiej dalsze części przeroste usunąć pętlą lub nożyczkami, ale w celu operowania bezkrwawego. Rowek ten ma za zadanie przerwanie ciągłości naczyń, umożliwiając skończenie operacji na jednym posiedzeniu, bez potrzeby wytamponowania jamy nosowej. Autor zarzuca użycie elektrokauteru, woląc drogę ostrą, w odpowiednich przypadkach odejmuje tylny przerosły koniec muszli dołnej; stosuje wreszcie mięsienie głównie w przypadkach obrzmienia śluzówki. Ostrzega przed zbyt pohopnem usuwaniem śluzówki, które może spowodować następne wysychanie nosa.

Posiedzenie dnia 24 lipca.

Przewodniczący: d-r SZUMAN (z Torunia), zastępcy d-r BUJKO (z Astrachania i d-r SURYN (z Witebska). Członków obecnych 50.

D-r B. SAWICKI (z Warszawy). Przyczynę do usuwania objawów ucisku rdzenia w grzylcy kręgow.

W 4 przypadkach grzylcy kręgow z objawami uciskowymi S. wykonał laminektomię. W 2 przypadkach czucie i ruchy po operacji wróciły tak, że chorzy mogą chodzić. W dwóch innych operowano bez skutku. S. odradza wykonywanie laminektomii przy gorączce i objawach rozpadowych w płucach.

Doc. BARĄCZ (ze Lwowa). O promienicy ludzkiej. Autor na podstawie dużej liczby spostrzeganych przypadków jest zdania, że zarazki promienicy dostają się do ustroju drogą jamy ustnej, gdzie przechodzą na śluzówkę dżią-

seł, następnie na zęby, poczem opuszczają się ku dołowi, wytwarzając *actinomy-cosis colli*. Rozróżnia ogniska młode i stare, przypadki złośliwe i łagodne; spo-strzegal wyleczenie samoistne, przeszczepienie mu się nie udało; leczenie naj-lepsze operacyjne. Dobrze działa nalewka jodowa i 25% lapis.

D-r WATTEN (z Łodzi). Aseptyka i antyseptyka w szpitalach małych oraz w praktyce prywatnej chirurgicznej i położni-czo-ginekologicznej. *Minimum* ostrożności, jakie pod tym wzglę-dem przedsiębrać należy.

Wyjaławianie narzędzi i opatrunków uskuteczniane bywa: powietrzem go-rącym (sterylizacja sucha), parą biegnącą pod ciśnieniem zwykłym, parą prze-grzaną, parą stojącą nasyconą pod ciśnieniem zwiększonym (autoklawy), parą biegnącą pod ciśnieniem zwiększonym, wodą wrzącą czystą lub z dodaniem soli rozmaitych (soda, sól kuchenna i t. p.).

Każdym z tych sposobów przy odpowiednim postępowaniu możliwy jest do osiągnięcia zasadniczy postulat współczesnej chirurgii, że wszystkie przed-mioty, stykające się z raną tudzież z rękami operatora i asystujących, winny być bezwzględnie jałowe.

W szpitalach większych cel ten łatwo osiągnąć doskonałemi chociaż ko-sztownemi urządzeniami sterylizacyjnymi parą biegnącą pod ciśnieniem 3—4 at-mosfer. W szpitalach małych i w lecznicach prywatnych, gdzie chodzi o możli-wie małe koszty, najlepsze usługi oddać może aparat do sterylizowania parą bie-gącą pod ciśnieniem 1½—2 atmosfer. Z kolei idzie wyjałowienie we wrzącym 1—2% roztworze sody. Sterylizowanie parą pod ciśnieniem zwykłym jest najmniej odpowiednie.

Aseptyka i antyseptyka w praktyce po za szpitalnej wymagają bacznego zwrócenia na się uwagi. Ze względów praktycznych w drobnej praktyce chirur-gicznej, a zwłaszcza akuszerskiej kwitnie antyseptyka.

Ale ta antyseptyka „na poczekaniu“ polega często na zanurzeniu szczotek, waty, gazy do jakiegoś płynu antyseptycznego, rozrobionego w miednicy lub salaterce. Należy pamiętać, że w garnku z wrzącą wodą z dodaniem sody w cią-gu niespełna pół godziny można zupełnie wyjałowić nietylko narzędzia, ale ga-zę, watę, serwety i t. p. Do operacji i do opatrywania ran świeżych winny być używane tylko wyjałowione narzędzia i materiały opatrunkowe.

D-r Rogoziński (z Warszawy). O obecności zarazków kiszko-wych w gruczołach chłonnych kreski podczas trawienia tłuszczo-wego.

Dość ogólnie ustalone jest przekonanie o jałowości krwi i narządów zwie-rząt zdrowych.

Wbrew temu już w 1895 roku w literaturze francuskiej (NOCARD, PORCHER, DESONBRY) pojawiły się wzmianki o tem, że chłonka (*chylus*) zwierzęca podczas trawienia tłuszczowego zawiera wielką ilość zarazków kiszkowych.

Doniesienia te zostały odrzucone przez szkołę FLUEGGE'go (NEISSER w 1896 i QPILTZ w 1898 r.).

Podjąwszy szereg doświadczeń na psach i kotach w pracowni patologii ogólnej wszechnicy Jagiellońskiej, autor podaje wyniki swej pracy, jako donie-sienie tymczasowe.

Po zrobieniu u zwierząt laparotomii bez uśpienia, wyluszczano gruczoły kreskowe żegadłem i przenoszono na różne odżywki. To samo robiono z chłonką przed i za gruczołami będącą, wyciąganą włoskowatemi pipetami. Autor

stwierdził, że u psa i kota, nakarmionych strawą, obfitującą w tłuszcz, nawet w czas jakiś po karmieniu z gruczołów kreskowych można prawie stale wyhodować zarazki kiszkowego pochodzenia, wśród nich przedewszystkiem lasecznika okrężnicy w wielkich ilościach. Nie były to przygodne zanieczyszczenia, bo powietrze pracowni w sali do operacji aseptycznych zarazka tego nie zawierało.

Posiedzenie wspólne z sekcją otyatryczną 22 lipca.

Przewodniczący: doc. BARĄCZ i d-r SZTEYNER. Członków obecnych 70.

D-r GURANOWSKI (z Warszawy). O wskazaniach do operacyjnego leczenia przewlekłych spraw ropnych ucha środkowego. Drukowano w Nr. 33 „Medycyny“ z r. b.

D-r HEIMAN (z Warszawy). Temat ten sam.

Pewien szereg spraw ropnych w uchu środkowym ustępuje bez wszelkiego leczenia przy odpowiednim zachowaniu się chorego, z drugiej strony pewna liczba ropień opiera się wszelkiemu leczeniu zachowawczemu. Leczenie ropień przewlekłych ucha środkowego należy rozpocząć od sposobów zachowawczych, a gdy te są bez skutku, zwrócić się na drogę krwawą.

Pod leczeniem operacyjnym H. rozumie otwieranie wyrostka sutkowego i operację doszczętną.

Każde przewlekłe ropienie ucha środkowego powinno być wyleczone. Gdzie są dane, oparte na obrazie klinicznym i zmianach anatomicznych, że na drodze zachowawczej nie może być wyleczenia, postępowanie zachowawcze, choćby najdłużej prowadzone, niczem nie jest usprawiedliwione, zaś leczenie operacyjne w zupełności uzasadnione.

Co do wskazań, to jedni chcą granice ich uszczuplić, lub niemi nie szafować zbyt, inni zbyt je rozszerzają. Pierwszy etap na drodze operacyjnej przewlekłych spraw ropnych ucha środkowego stanowi wyjęcie kostek słuchowych przez przewód zewnętrzny. Ale że próchnienie tych kostek jest rzeczą rzadką, przeto i wskazania do ich usunięcia są coraz bardziej ograniczone.

SCHWARTZE ma główną zasługę w sprawie wprowadzenia operacyjnego leczenia sprawy w ropnych ucha środkowego przez otworzenie wyrostka sutkowego.

KUESTER a głównie ZAUFAŁ i STACKE wykonali operację doszczętną, dla której STACKE wyrobił ogólne wskazania.

W każdym razie, gdzie są objawy groźne lub powikłania ze strony jamy czaszkowej, tam operacja jest bezwzględnie wskazana. Konieczna jest także w cholesteatomatach, w próchnieniu rozmaitych odcinków kości skroniowej, w zatrzymywaniu ropy, nie ustępującem przy leczeniu zachowawczem, w obrzmieniu bolesnem i przetokach wyrostka sutkowego, ropniach opadowych, gruźlicy kości skroniowej, o ile nie sprzeciwia się stan ogólny chorych.

Rozmiary i umiejscowienie sprawy wskażą, co wybrać, czy tylko otworzenie wyrostka, czy operację doszczętną. Gdzie w ropieniach przewlekłych powyższe zmiany nie są na pewno rozpoznawane, tam mamy względne wskazania do operacji. Zajęcie samej tylko błony śluzowej jamy bębenkowej stanowi przeciwwskazanie do leczenia operacyjnego. Doświadczenie lekarza wskaże mu czas, jak długo można czekać z operacją przy wskazaniach względnych.

Dyskusya.

D-r KRAJEWSKI w historii operacyjnego leczenia przewlekłych spraw ropnych ucha środkowego znajduje trzy okresy: pierwszy o największym zakresie

wskazań do operacyi, drugi zacieśniający wskazania do *minimum*, i obecny trzeci pośredni, godzący powyższe skrajne kierunki. Uznaje tylko wskazania bezwzględne.

D-r ZALEWSKI (ze Lwowa). W leczeniu następczem racjonalnem jedynie jest dążenie do zupełnego wypełnienia ziarniną rany i zarośnięcia tejże. Tworzenie płatów z części miękkich i pokrywanie nimi rany kostnej uważa za spazzenie operacyi.

Doc. BARĄCZ zwraca uwagę, że przedarcie błony SCHRAPPNELL'a może podtrzymywać ropienie.

D-r SPIRA (z Krakowa) zaleca operacyę przy wskazaniach bezwzględnych. Obecnie wogóle operuje się za dużo. Operacya doszczętna nie zawsze prowadzi do celu, a nawet czasami nie zapobiega powikłaniom.

Prof. KADER poleca cięcie płatowe z podstawą ku górze.

D-r GURANOWSKI nie może przyznać, by każde przedarcie błony SCHRAPPNELL'a miało podtrzymywać ropienie.

Sekcyja laryngologiczna i otyatryczna.

Posiedzenie z dnia 21 lipca.

Przewodniczący: d-r HERYNG (z Warszawy), sekretarz doc. BAUROWICZ (z Krakowa).

D-r Jan SĘDZIAK (z Warszawy). O leczeniu gruźlicy krtani. Rzut oka na rozwój nauki o leczeniu gruźlicy krtani i jej wyleczalność.

Okresy: 1) Terapeutycznego nihilizmu do r. 80, t. j. do M. SCHMIDT'a, który dał podwaliny chirurgicznemu leczeniu t. zw. suchot krtaniowych.

2) Skrajnego entuzjazmu od r. 80 do 90 wskutek energicznej propagandy HERYNGA.

3) Okres równowagi, względnie trzeźwej krytyki od wystąpienia SCHROETTER'a w r. 90 na zjeździe w Berlinie do chwili bieżącej.

W ostatnich czasach zauważyć się daje dążenie do zachowawczego farmaceutycznego leczenia gruźlicy krtani z jednej strony, z drugiej zaś zabiegi zewnętrzne, zwłaszcza laryngofissura zaczynająca zyskiwać coraz więcej zwolenników, jako sposoby najbardziej doszczętnie. Leczenie ogólne gruźlicy krtani, względnie płuc, może być: a) klimatyczne, b) wodami mineralnemi, c) higienicznodyetyczne, d) rzekomo swoiste i e) farmaceutyczne.

Leczenie miejscowe gruźlicy krtani farmaceutyczne dzieli się na:

a) obojętne przy małych zmianach w krtani w postaci nieżyty (wziewania);
b) energiczne przy mniej lub bardziej znacznych zmianach w krtani a dobrym względnie stanie ogólnym i płuc: najskuteczniejszy kwas mleczny, dalej, fenol sulforycynowy, parachlorfenol, mentol, karbol glicerynowy, mentol i t. p. w postaci pendzowań;

c) łagodne przy dużych zmianach w krtani a nędznym stanie ogólnym i płuc: wdmuchiwanie jodolu, ortoformu, arystolu.

d) objawowe, względnie ból kojące — kokaina, morfina i doskonałe usługi oddający ortoform.

D-r LUBLINER (z Warszawy). Leczenie chirurgiczne wewnątrz-krtaniowe. (Drukowano w Nr. 36 „Medycyny“ z r. b.).

Prof. PIENIAŻEK. Leczenie chirurgiczne od zewnątrz gruźlicy krtani. Do usunięcia wytworów gruźliczych krtani prócz zabiegów wewnątrz-

krtaniowych służyć mogą zewnątrzkrtańowe zwłaszcza laryngofisura, wycięcie bowiem części lub też całej krtani nie nadaje się do tego wobec zwykle już spostrzeganego zajęcia płuc. Prof. P. do laryngofisury wymaga względnie dobrego stanu ogólnego i płuc; decyduje się na ten zabieg i tam, gdzie zaszła potrzeba tracheotomii, chociaż wtenczas już trudno usunąć części chore wraz z częścią zdrową sąsiedniej tkanki.

Są przypadki w literaturze (jeden prof. P., opisany przez BAUROWICZA), gdzie się to jednak zupełnie udało. Wyniki byłyby pewniejsze, gdyby operować wcześniej, przed powstaniem zwężenia, ale chorzy nie łatwo się zgadzają. Laryngofisura może dać dobre wyniki, zwłaszcza przy zwężających podgłośniowych wytworach gruczliczych, które można operacyjnie usunąć; stosować ją można jednak tylko tam, gdzie gruczlica niema dążności do szybkiego rozwijania się.

Dyskusya:

D-r HERYNG (z Warszawy). Chociaż wskazania do laryngofisury są rzadkie; ale zabiegowi temu nie można odmówić doniosłości. Bujanie ziarniny spotyka się częściej przy cricotracheotomii, zakażenie gruczlicze rany spostrzegał kilka razy. Do odróżnienia części obumarłych od zdrowych radzi używać pendzlowania roztworem błękitu metylenowego.

D-r ZALEWSKI zaleca nie zaszywanie krtani po laryngofisurze, celem obserwowania, czy nie wypadnie usunąć jakiejś części podejrzanej.

Doc. BAUROWICZ zaleca tracheotomię i laryngofisurę robić dwuczасowo, prócz tego zaleca zakładanie tamponu, który zostawia się na 5—8 dni.

D-r DOBKIEWICZ zapytuje prof. P., czy nie robi samej laryngofisury bez poprzedniej tracheotomii.

Prof. PIENIAŻEK nie spostrzegał nigdy zakażenia gruczliczego rany; nie uważa laryngofisury za ciężki zabieg, niema nic przeciwko gojeniu rany *per secundam* celem kontroli zmian w krtani; wogóle przed laryngofisurą robi tracheotomię.

Posiedzenie z dnia 22 lipca.

Przewodniczącą d-r SOKOŁOWSKI (z Warszawy).

Prof. PIENIAŻEK. Uwagi o leczeniu chirurgicznem zwężeń tchawicy.

W zwężeniach tchawicy tracheotomia często nie da się wykonać poniżej zwężenia, nie daje więc odrazu dostępu powietrza, lecz jest tylko drogą do dalszych zabiegów, mających na celu usunięcie zwężenia. Tracheotomia zaś w zwężeniach w górnej części tchawicy może być zrobiona niżej i odrazu oddech ułatwić.

Prof. P. na zasadzie swego doświadczenia sądzi, że zwężania niżej leżące łatwiejsze są do usunięcia, aniżeli zwężenia znajdujące się wyżej. W tych razach nie robi tracheotomii poniżej zwężenia, lecz otwiera tchawicę, względnie krtanń ponad zwężeniem i od razu przystępuje do usunięcia przeszkód. Jeżeli zwężenia nie można odrazu usunąć, to przynajmniej daje się ono zmniejszyć. Pod kontrolą wzroku chore tkanki bądź wycine ostrem narzędziem, bądź wyskrobuje, lub też używa dłuższych kaniul własnego pomysłu w celu rozszerzenia zwężonego miejsca i zapewnienia dostępu powietrza. W przypadkach ugniecienia tchawicy od zewnątrz np. przy wolu, jedynie zapomocą tych kaniul można należytą drożność tchawicy utrzymać. Zwężenia błoniaste lub w rodzaju polipowatych wyrosły, jakie zdarzają się w twardzieli, dadzą się usunąć w kilka dni, twardsze

produkty twardejeli potrzebują czasem i kilku tygodni, najgorzej bywa, gdy wytwory chorobliwe sięgają aż do oskrzeli, bo ciągłe użycie długiej kaniuli jest tu utrudnione. Nawet przy zupełnem ugnieceniu tchawicy można przez dłuższe użycie odpowiednich kaniul światło jej do stanu prawidłowego doprowadzić.

D-r HERYNG zaleca do oczyszczania elastycznych kaniul nie karbol, ale sublimat, wspomina o wytworzeniu z drenu sztucznej nagłośni, której można używać po laryngofisurze zamiast tamponu i którą można zamykać dowolnie za pomocą odpowiednio przeprowadzonej nitki tak, że przetykane płyny dostać się do krtani nie mogą.

Prof. PIENIAŻEK. Leczenie intubacją zwężeń krtani przewlekłych (u dzieci).

Krupowi zwykle towarzyszy obrzmienie krtani podgłośniowe; wraz z krupem przechodzi i wtenczas znika zwężenie. Czasami jednak pozostaje po krupie trwale, a czasem bez krupu samoistnie zwolna się wytwarza (*laryngitis subglottica chron.*). Rurki O'DWYER'a mogą wtenczas jak w krupie, umożliwić oddech, ale obrzmania usunąć nie są w stanie. Prof. P. używa rurek o przekroju trójkątnym w górze a w dole szerszych, niż rurki O'DWYER'a, odpowiednio do kształtu prawidłowej rozwartej głośni, ponieważ mogą wywierać ucisk na obrzmania podgłośniowe. Te własności pozwalają używać takich rurek ze skutkiem także w zwężeniach po dekanulacji u tracheotomowanych. Odpowiednio do wieku prof. P. używa rurek różnej długości i odpowiednio do stopnia zwężenia różnej szerokości.

W dyskusyi d-r HERYNG odradza używania kaniul szklanych MIKULICZA, jako niepewnych w użyciu wskutek możliwości odłamania się i wpadnięcia do tchawicy, co się przytrafiło samemu MIKULICZOWI.

Prof. PIENIAŻEK zaleca swoje kaniule, kształtem podobne do Mikuliczowskich, zrobione z twardego kauczuku, w których ramię poziome jest drożne tak, że chory po wyjęciu koreczka może oddychać drogą sztuczną.

(C. d. n.).

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= TATE badał zdolność przenikania przy środkach czyszczących solnych rozmaitych środków lekarskich do mleka matczynego, a tem samem oddziaływania ich na karmione niemowlę. Przenikanie to następuje tem łatwiej, im gorsze są własności mleka z przyczyn fizycznych lub psychicznych. Belladonna przenika łatwo do mleka; jodek i bromek potasu nie zawsze równomiernie; rtęć przechodzi w nader małej ilości i tylko po dłuższem stosowaniu; przy środkach czyszczących solnych działanie bywa niestałe; chinina przechodzi zawsze; arsen i salicyl tylko w dawkach większych. Przetwory mawkowca i w szczególności morfina przenikają tylko w dawkach większych, ale wtedy wpływ ich na ssawca bywa bardzo ciężki i długotrwały. (D. M. Zg. 27. 1900).

P.

Wiadomości bieżące.

— Podobnie, jak roku zeszłego, odbędą się w roku bieżącym w Krakowie, poczynając od dnia 25 listopada, Kurs 4-tygodniowy dla lekarzy. Wykłady będą następujące.

Anatomia patologiczna. Prof. d-r Ciechanowski. Ćwiczenia w sekcjach patologicznych. Codziennie nie wyłączając niedziel od 8—9 rano. (Opłata 40 koron).

Bakteryologia. Prof. d-r Bujwid. O przygotowywaniu i stosowaniu surowic leczniczych. (Opł. 20 kor.).

Prof. d-r Nowak. Ćwiczenia bakteriologiczne. Codziennie, prócz niedziel, od 7—8 wieczorem. (Opł. 40 kor.).

Chemia lekarska. Doc. d-r Lemberger. Badania chemiczno-mikroskopowe środków spożywczych i chemia sądowa. Codziennie od 3—5 popoł., prócz niedziel. (Opłata 40 koron).

Doc. d-r Sieńkowski. Ćwiczenia w chemii klinicznej. Codziennie, prócz niedziel od 5—6 p.p. (Opłata 40 kor.).

Chirurgia. Doc. d-r Kryński. Kurs operacji chirurgicznych na zwłokach (ze szczególnem uwzględnieniem chirurgii jamy brzusznej). Codziennie, prócz sobót i niedziel, od 9—10 rano. (Opł. 50 koron).

Doc. d-r Rutkowski. Dyagnostyka chirurgiczna. W środy i piątki, od 10—11 rano, (Opł. 40 kor.).

Prof. d-r Trzebicki. Operacje chirurgiczne. W poniedziałki, wtorki i czwartki od 10—11 rano. (Opł. 40 kor.).

Dentystyka. Doc. d-r Łepkowski. Ćwiczenia w wyjmowaniu i plombowaniu zębów. Codziennie prócz niedziel od 8—9 rano. (Opłata 100 koron).

Dermatologia i syfilidologia. Prof. d-r Reiss. Dyagnostyka chorób skórnych i wenerycznych. We wtorki, czwartki i soboty od 10—11 rano. (Opł. 40 koron).

Laryngologia. Prof. d-r Pieniążek. Ćwiczenia w laryngoskopii i rynoskopii. Codziennie od 10—11, prócz sobót i niedziel. (Opł. 40 koron).

Medycyna wewnętrzna. Doc. d-r Korczyński. Metody ściślejszych badań klinicznych. W poniedziałki, wtorki, środy i czwartki od g. 6—7 wieczorem. (Opł. 40 kor.).

Medycyna sądowa. Prof. d-r Wachholz. Ćwiczenia w badaniach i oznaczeniach sądowo-lekarskich. We wtorki, czwartki i soboty od godz. 12—1 w poł. (Opłata 40 kor.).

Okulistyka. Prof. d-r Wicherkiewicz. Dyagnostyka i terapia chorób ocznych. We wtorki i piątki od 11—12. (Opłata 40 koron).

Otyatria. Prof. d-r Browicz. Ambulatoryum chorób usznych. W poniedziałki i czwartki od 11—12. (Opłata 40 kor.).

Pedjatria. Doc. d-r Raczyński. Dyagnostyka chorób dzieci (ze szczególnem uwzględnieniem błonicy). Ćwiczenia w intubacji. Codziennie od 11—12 w poł. (Opłata 50 koron).

Położnictwo i ginekologia. Doc. d-r Braun. O postępowaniu w przypadkach poronienia. W poniedziałki od 5—6. (Opł. 20 kor.).

Doc. d-r Rosner. Ćwiczenia w badaniu i operacjach położniczych. W soboty i niedziele od g. 10—11. (Opłata 40 koron).

Doc. d-r Świtalski. Dyagnostyka ginekologiczna. W poniedziałki, środy i piątki od 8—9 rano. (Opł. 40 koron).

Wszelkich wyjaśnień w sprawie tego kursu udziela doc. d-r Kryński (ul. Franciszkańska 1), opłatę zaś za wykłady składać należy u kvestora uniwersytetu p. Soltyska (*Collegium novum*).

ZAKŁAD LECZNICZY

D-ra med. Z. Dmochowskiego

dla chorych na krtań, gardło i nos.
Chmielna 17.

W ambulatorjum codziennie otwartem od
10—11 i od 3—4. Porada 30 kop.

Zakład Leczniczy dla chorych

NA USZY

D-ra L. Guranowskiego

Bracka 20.

przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie za
opłatą od rb. 3—5. Ambulatoryum codziennie
od 11—1.

Cena biletu kop. 50.

ZAKŁAD CHIRURGICZNY

D-ra Adama Przyborowskiego

w Warszawie

Sewerynów 5, róg Oboźnej.

przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie. Am-
bulatoryum codziennie od 11—12 (niezamożn.
bezpłatnie) i od 5—6.

Wiadomość o warunkach pobytu codz. od 12—1

ZAKŁAD LECZNICZY D-ra SOLMANA

(Chirurgia, choroby kobiet).

Warszawa, Aleja Szucha Nr. 9.

Przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie za
opłatą od 2 rb. do 6 rb. dziennie.

Ambulatoryum od godz. 12 do 1-ej p.p.

Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

D-rów Boryssowicza, Brühla, Gromadz-
kiego, Jaskłowskiego, Kuniewiczza, Natan-
sona, Thiemego, Tyrchowskiego i Wina-
wera. Przyjmuje osoby, dotknięte choroba-
mi kobiecymi, jako też spodziewające się
słab., za opłatą od 1.50 do 5 rs. dziennie za
całkowite utrzym., leczenie, lekarstwa i t. d.

Pracownia analityczno-lekarska

D-RA STANISŁAWA MUTERMLCHA

Rozbiory chemiczno-bakteryologiczne i mikroskopowe mo-
zgu, płwociny, krwi, zawartości żołądkowej, kału, nalotów
dyfterytycznych, mleka kobiecego, wydzielin z narządów
moczno-płciowych, kamieni moczowych i żółciowych, ropy,
wysięków i t. d.

Zielna Nr. 22 (Marszałkowska 127)

Instytut farmaceutyczny



Ludwika Wilhelma Gans

we Frankfurcie n. Menem

JODALBACID

Nazwa zastrzeżona. Patent zameld.

Literatura:

Arch. f. Dermat. u. Syph. 1893. P. XLIV. Dr. Zuelzer. „Neue
Vorschläge zur Jodtherapie der Syphilis.“ L'indop. méd. 21
Juin 1899: Dr. Lefort „Etude expérimentale et clinique sur
l'Jodalbacid.“

CHLORALBACID

Nazwa zastrzeżona. — Patentowany.

Literatura:

Münch. med. Wochensh. 1899 Nr. 1. Radaa dworu Prof. Dr.
Feiner „Ueber Chloralbacid u. seine therapeutische Wir-
kung bei Magenkrankheiten u. Ernährungsstörungen.“

AMYLOFORM

Nazwa zastrzeżona. — Patentowany.

Literatura:

Radaa tajny Prof. Dr. Classen. „Ueber Amyloform. Dr.
B. Longard. „Ueber den Werth des Amyloforms in der
Chirurgie.“ (Therap. Monatshefte. Münch. med. Woch. 1899
Nr. 12). Dr. Heddaeus: „Ueber zwei Ersatzmittel des Jodo-
forms.“

Literatura i próby darmo za pośrednictwem W. Hoffmanna
Moskwa Marosseika, Spasso-Glinitzowskij pereulok dom
Pugowkina.

SKŁAD

Materyałów aptecznych

J. MROZOWSKIEGO

Magistra farmacyi

w Warszawie, Miłowa Nr. 8 nowy.

POLECA:

Wagę hygroskopijną, Marłę, Białąże płóciennę,
bawełniane, merłowe, flanelowe, oraz wszelkie
materyały apteczne.

Produkta wytworzone ze soli naturalnej Wód Vichy

PASTILLES VICHY-ÉTAT

Cukierki na trawienie.

COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT

Dla przygotowania u siebie wody alkalicznej gazowej.