

MEDYCYNA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 38.

Warszawa d. 23 (10) Września 1905 r.

T. XXXIII.

WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 6 kop. — Z przesyłką { rocznie . . . rb. 7 kop. —
 { półrocznie . . . „ 3 „ — { pocztową { półrocznie . . . „ 3 „ 50

Gena numeru pojedynczego kop. 15.

CENA OGŁOSZEŃ: Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10.

Na pierwszej i ostatniej stronie kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracya „Medycyny“, Biuro ogłoszeń Ungra Wierzbowa 8. Dom handlowy L. i E. Metz i Sp. Krakowskie Przedmieście 53. W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38. W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Rozcięcie tchawicy (tracheotomia) w suchotach krtani. Podał d-r A. Sokołowski. — O rozsianych sprawach zapalnych w ośrodkowym układzie nerwowym (Sclerosis multiplex — Myelitis disseminata). Podali E. Flatau i J. Koelichen. (Ciąg dalszy). — Streszczenia i wyciągi. 74. Zarys postępów w leczeniu chorób skórnych. 75. Badania Pawłow'a i ich znaczenie dla kliniki chorób trawienia. 76. O leczeniu ropienia z uszu za pomocą przekrwienia biernego. 77. Przypadłości następcze, a zwłaszcza drgawki po użyciu teofiliny. — Z Towarzystw Lekarskich zagranicznych. — Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.

„MEDYCYNA“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r A. SOKOŁOWSKI — La trachéotomie dans la Phthisie laryngée. 2) D-r E. FLATAU et J. KOELICHEN — Sur les procès inflammatoires diffus du système nerveux central.

Redaction Dr M Sadowski, Varsovie — Rue Krakowskie Przedmieście 7.

„MEDYCYNA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r A. SOKOŁOWSKI — Die Tracheotomie bei Kehlkopfschwindsucht. 2) D-r E. FLATAU und J. KOELICHEN — Ueber diffuse Entzündungsprozesse im centralen Nervensystem.

Redaction: Dr. M. Sadowski Warschau — Krakowskie Przedmieście 7.

PRACE ORYGINALNE.

Rozcięcie tchawicy (tracheotomia)

w suchotach krtani.

Podał

D-r med. A. SOKOŁOWSKI.

Pod powyższym tytułem umieścił d-r Wł. HERTZ w N. 28—31 „Medycyny“ r. b. interesującą dla lekarza praktyka pracę, mającą rozświetlić kwestyę, czy i kiedy należy wykonywać tracheotomię u osobników, dotkniętych gruźlicą krtani, i jakie wyniki z tegoż rękoczynu jeste-

my w stanie otrzymać. Pracę swoją oparł autor na materyale kazuistycznym, złożonym z 16 przypadków, spostrzeganych w klinice laryngologicznej prof. FRAENKEL'a w Berlinie. Na zasadzie wyników tejże kazuistyki, tyczącej się przeważnie chorych, dotkniętych ciężką postacią gruźlicy krtaniowo-płucnej, autor dochodzi do wniosków niezbyt korzystnych dla tegoż rękoczynu; z liczby bowiem 16 chorych operowanych większość zmarła w parę dni po dokonanym rękoczynie, a kilku zaledwie życie zostało na czas pewien przedłużone; ztąd też

uważa autor tracheotomię u suchotników jako zabieg jedynie objawowy, wskazany przy mocnym zwężeniu krtani, warunkowanym obrzękiem wewnątrzkrtańniowym, zależnym od różnorodnych gruźliczych zmian, w krtani suchotników powstałych. Autor przy tem nie sądzi, aby tracheotomia sama przez się mogła wywołać jakkolwiek dodatni wpływ na sprawę gruźliczą krtani. Powyższe wnioski, oparte na kazuistyce kliniki FRAENKEL'a, autor uzupełnia danemi, zaczerpniętymi z literatury zagranicznej, tyczącemi się omawianej kwestyi, z których podaje również, że większość autorów uważa tracheotomię, jako jedynie środek objawowy i paliatywny. Niektórzy jednakże z autorów i to nawet poważniejsi (M. SCHMIDT, KUTTNER) na podstawie swoich kazuistik widzą w tracheotomii coś więcej nad prosty zabieg objawowy, a zejście pomyślne, nawet nieraz i zagojenie, spostrzegane u chorych po tracheotomii, wiążą poniekąd z korzystnym wpływem tegoż zabiegu. Kwestya więc jest conajmniej sporna, i dlatego też uzasadnionem jest w zupełności zbierać dalej i rozpatrywać krytycznie dalszy materiał, porównyując go z ogłoszoną już dawniej kazuistiką. Co się dotyczy tej ostatniej, to chciałem właśnie wspomnieć nie tylko *pro domo mea*, lecz, jeśli się tak wyrazić można, *pro honore* naszej ojczyznej literatury, że i nasze wogóle skromne piśmiennictwo lekarskie posiada jednakże i w omawianej kwestyi odnośną i zdaniem mojem dosyć ciekawą kazuistikę. I tak znakomity chirurg polski SZEPAROWICZ ze Lwowa ogłosił jeszcze w roku 1872 w „Przeglądzie Lekarskim“ Krakowskim pracę pod tytułem „Przyczynę do kazuistyki rozcięcia tchawicy“, w której opisuje między innymi i dwa przypadki gruźlicy, w których dokonał tracheotomii. Pierwszy z przypadków, zakończony względnie pomyślnie, jak już sam autor zaznacza, wzbudzał pewne wątpliwości rozpoznawcze. Natomiast w drugim, zakończonym niepomyślnie 16 dnia po dokonanej operacji, badanie pośmiertne potwierdziło rozpoznanie

daleko posuniętej gruźlicy krtaniowo-płucnej (*perichondritis thyreoidea tuberculosa, ulcera tuberculosa tracheae, infiltratio pulmonum tuberculosa*). W obu przypadkach znaczny stopień zwężenia głośni stanowił wskazanie do rękoczynu. W roku 1872 również w „Przeglądzie Lekarskim“ ogłosił doktor SERKOWSKI pracę pod tytułem: „Rozcięcie tchawicy w zбочeniach gruźliczych krtani“, w której opisuje dwa wielce interesujące spostrzeżenia, gdyż ukończone względnie pomyślnie. W pierwszym z nich u 18-letniej dziewczyny, dotkniętej kaszlem i chrypką, od dwóch lat przeszło trwającą, wystąpiły w ostatnich miesiącach choroby coraz bardziej wzmagające się ataki duszności. Autor przy badaniu płuc wykrył rozległe objawy zgęszczenia prawego szczytu płucnego; badanie zaś wziernikiem krtaniowym wykazało znaczne zwężenie szpary głośnowej, zgrubienie więzadeł głosowych i zmniejszenie ich ruchomości, zaczerwienienie błony śluzowej nagłośni, chrząstek nalewkowych i wogóle całego otoczenia więzadeł. Ze względu na stale wzmagającą się duszność dokonał autor tracheotomii, po czem stan ogólny i miejscowy chorej ulegał poprawie; nabrała ona ciała, przestała powoli kaszlać i odpluwać, a po upływie lat dwóch usunął autor rurkę zupełnie. Badanie wziernikiem krtaniowym wykazało podówczas jedynie nieznaczne zgrubienie strun, jakoteż ograniczone stępienie w okolicy prawego szczytu. Autor widywał chorą w ciągu następnych kilku lat, przy czem czuła się ona dobrze, wyglądała zdrowo. W drugim przypadku u kobiety, 30 lat liczącej, dotkniętej oddawna kaszlem z wzmagającą się stopniowo dusznością, dokonał autor przecięcia tchawicy, znalazłszy uprzednio przy badaniu krtani mocne zgrubienie więzadeł krtaniowych, które były mocno zbliżone i mało ruchome. W płucach zmian wyraźniejszych nie dało się wykryć.

W cztery tygodnie po dokonanej operacji chora opuściła szpital z poprawą w stanie ogólnym; kaszel i duszność zmniejszyła się znacznie,

a czując się dobrze, chora była w stanie dość ciężko pracować przeszło dwa lata, po czym zapadła znowu gorzej i przy objawach szybko postępującej gruźlicy zmarła w szpitalu, a badanie pośmiertne, wykonane przez autora, wykryło szeroko rozwiniętą rozpadową gruźlicę płuc (kawerny, nasięki). W krtani znaleziono struny głosowe mocno zgrubiałe, to samo i błonę śluzową chrząstek nalewkowych. Świeżych gruzelków, ani owrzodzeń nie wykryto. Powyższe dwa przypadki stanowią wielce interesującą kazuistykę; przebieg bowiem kliniczny pierwszego, mimo pewnych braków w opisie, przemawia, zdaniem mojem, za sprawą ograniczoną gruźliczą w krtani i płucach, ukończoną powoli pomyślnie, a chyba nie ulega najmniejszej kwestyi, że rozcięcie tchawicy, ratujące na razie życie chorej, w wysokim stopniu do zejścia pomyślnego przyczynić się mogło. W drugim przypadku sprawa gruźlicza nie ulegała najmniejszej kwestyi, a chora, zawdzięczając tracheotomii, była w stanie, pracując nawet, żyć jeszcze przeszło dwa lata. Nie więc dziwnego, że powyższa kazuistyka mogła wywrzeć na krytycznie patrzącego autora pewne wrażenia, pobudzając do poruszenia publicznie kwestyi, ażali drogą rozcięcia tchawicy, we wczesnych okresach dokonanego, nie możnaby uzyskać u chorych, dotkniętych tak ciężką sprawą, która powszechnie wówczas uchodziła za stanowczo nieuleczalną, pewnego dodatniego wpływu. Pytanie to polski autor postawił na podstawie swojej szczegółowej kazuistyki o wiele lat wcześniej, zanim w tej samej formie poruszył je M. SCHMIDT w Niemczech, a RIPLEY w Anglii; w owych bowiem latach, t. j. w końcu 8 dziesiątka ubiegłego wieku, największa ówczesna powaga w laryngologii, t. j. MACKENZI, twierdził kategorycznie, że tracheotomia, dokonana u suchotników, wydaje jedynie ten rezultat, że przedłuża na czas jakiś i tak wielce nędzny żywot chorego.

Z kolei rzeczy w roku 1883 na łamach „Medycyny“ ogłosiłem moją kazuistyczną pracę pod

tytułem „Rozcięcie tchawicy przy t. zw. suchotach gardlanych“, w której podałem trzy osobne przypadki. Pierwszy z nich dotyczy 27-letniej pacjentki, dotkniętej od 9 miesięcy chrypką upartą, do której w ostatnich czasach dołączyła się stopniowo wzmagająca się duszność. Badanie krtani niezwykle wyniszczonej pacjentki wykazało rozległe owrzodzenia z licznymi granulacjami, owrzodzenia na lewej stronie rozszerzały się i na zatokę MORGAGNI'ego. Głośnia była znacznie zwężona; zdala słyszalny był szmer stenotyczny. W prawym szczytce wykryto wyraźne stłumienie odgłosu opukowego. Chora kaszlała i odpluwała dużo. Wobec szybko wzmagającej się duszności na drugi dzień pobytu chorej w szpitalu (20 marca 1882 r.) dokonał d-r JAWOYŃSKI chorej przecięcia tchawicy, poczem stan chorej zaczął ulegać stopniowej poprawie, objawy stenotyczne ustąpiły, duszność i kaszel zmniejszyły się, a stan ogólny chorej poprawiał się również; po miesiącu poprawiła się na tyle, że wypisała się ze szpitala, nauczywszy się sama oczyszczać rurkę, a przy badaniu ostatniem znalazłem owrzodzenia w mniejszym stopniu, szpara głosowa rozszerzyła się znacznie, a chora mogła oddychać swobodnie nawet przy zamkniętej rurce; kaszlała i odpluwała nie wiele, objawy szczytowego zgęszczenia pozostały bez zmiany. Chorą od tego czasu przez wiele miesięcy z rzędu spostrzegałem ambulatoryjnie, stan jej ogólny był zadawalający, objawy nacieczenia u szczytu stawały się coraz mniej wyraźnymi (rzęzenia znikły), owrzodzenia w krtani ulegały stopniowemu zabliznianiu. Latem wyjechała ona na wieś, i odtąd dalsze jej losy pozostały mi nieznanne.

W danym przypadku, chociaż podówczas badania bakteriologiczne na laseczniki nie bywały jeszcze robione, nie ulega najmniejszej kwestyi, że mieliśmy do czynienia z typową gruźlicą krtani, przy której tracheotomia, uratowawszy życie chorej, wpłynęła następnie pośrednio na stopniową poprawę i zagajanie nie tyl-

ko sprawy krtaniowej, lecz i płucnej, przyczem jednocześnie stan ogólny chorej ulegał stopniowej poprawie.

Drugi przypadek dotyczył 40 - letniego mężczyzny, który przybył w końcu sierpnia 1883 roku do szpitala z powodu kaszlu i silnej chrypki, od kilku lat trwającej, do których to objawów poczęła się w ostatnich miesiącach przyłączać stopniowo wzmagająca się duszność. Przy badaniu mocno wyniszczonego chorego wykryliśmy u prawego szczytu płucnego rozległe stłumienie odgłosu opukowego i tamże liczne rżenia z charakterem dźwięcznym; badanie krtani ujawniło rozległe owrzodzenia na obu strunach prawdziwych ze znacznym obrzękiem i zgrubieniem tychże, wskutek czego szpara głosowa przedstawiała znaczny stopień zwężenia; chory pocił się i gorączkował. Ponieważ duszność zwiększała się stopniowo, chory zdecydował się na dokonanie mu tracheotomii, której dokonał mu w początkach stycznia 1884 r. dr JAWDYŃSKI. Stan pacyenta od tej chwili ulegał stopniowej poprawie, duszność ustąpiła zupełnie; chory wzmógł się na siłach w stanie ogólnym tak dalece, że w końcu czerwca, t. j. w pół roku po dokonanej operacji, wyjechał na wieś. Przy wyjeździe zanotowałem następujące zmiany: chory nie gorączkuje, u prawego szczytu objawy rozległego stępienia pozostały bez zmiany, liczba jednakże rżeń zmniejszyła się znacznie, kaszle i pluje nie wiele; w krtani zgrubienie i obrzęk strun znacznie mniejsze, niż przy poprzednich badaniach, owrzodzenia bardziej powierzchowne (sprawa dąży do zabliznienia). I w tym przypadku tem bardziej jeszcze istniała sprawa gruźlicza płuc i krtani, nie ulegająca kwestyi i to w daleko posuniętem stadyum, a po dokonanej tracheotomii, która na razie uratowała życie choremu, pomimo niezbyt świetnych warunków pobytu w szpitalu, nie tylko stan ogólny, lecz i miejscowy uległ znakomitej poprawie, co należałoby, jak sądzę, wiązać pod pewnym względem z dokonanym rękoczynem; chory

bowiem, który od wielu miesięcy dusił się, nie spał, był w stanie ciągłej obawy i niepokoju, musiał wskutek powyższych, wysoce szkodliwych wpływów, nie mówiąc już o sprawie gruźliczej podstawowej, podupadać stopniowo w stanie ogólnym, co, naturalnie, na sprawie gruźliczej musiało odbić się niepomyślnie. Tracheotomia, znosząc doraźnie duszenie a z niem związane powyższe ciężkie objawy, stawia chorego nie tylko w korzystne warunki ogólne, lecz jednocześnie krtani, uzyskawszy niemal idealny spokój, stawiana bywa również w warunki, umożliwiające gojenie się sprawy, naturalnie, o ile ogólne warunki organizmu przedstawiają ku temu normalną tendencję. W pracy powyższej opisałem jeszcze trzeci przypadek daleko posuniętej sprawy gruźliczej płuc i krtani ze znacznym zwężeniem, dotyczącej 35 letniego mężczyzny, u którego również dokonane zostało przecięcie tchawicy. Zejście jednakże w tym przypadku było niepomyślne, chory bowiem zmarł w trzy tygodnie po dokonaniu operacji przy objawach stopniowego upadku sił i utrudnionego połykania; badanie zaś pośmiertne wykazało rozległą sprawę gruźliczą rozpadową w płucach i gruźlicze owrzodzenia na błonie śluzowej całej prawie krtani.

Od czasu ogłoszenia owej kazuistyki, t. j. przeszło od lat 20, nie ogłoszono u nas*), o ile mi wiadomo, jakiejś obszerniejszej pracy, dotyczącej się powyższej kwestyi, pomimo że, o ile mi wiadomo, tracheotomia nie tak znowu wyjątkowo rzadko dokonywana bywa u nas w stenotycznej postaci gruźlicy krtani. Ja sam w swoim oddziale szpitalnym, jako też i w praktyce prywatnej, widuję rok rocznie kilka, a nie raz i więcej odnośnych przypadków; większość jednakże tych przypadków dotyczy suchotników, znajdujących się w daleko posuniętych okresach sprawy gruźliczej nie tylko krtani i płuc, lecz

*) Naturalnie sprawy laryngofissury i wogóle t. z. leczenia chirurgicznego gruźlicy krtani tutaj nie poruszam.

i innych organów, najczęściej w okresie gruźliczego charłactwa będących; nie więc dziwnego, że prawie wszyscy oni giną po krótszym lub dłuższym przeciągu czasu, a operacja ma jedynie znaczenie objawowe, ratując ich na razie od uduszenia, ułatwiając oddech i sprowadzając pewne znaczne subiektywne uspokojenie chorych. Widywałem jednakże przypadki, w których po dokonanej operacji stan chorych ulegał szybkiemu pogorszeniu, a miało to miejsce szczególnie u tych, którzy odpluwają dużo, u nich bowiem następuje ciągle zatykanie rurki nagromadzoną plwociną, trudność wydalania jej przez rurkę a także zaduszania, wywoływane chwilowem zatkanie rurki, ciągle jej czyszczenie z obawą przed zaduszeniem wyczerpuje chorych szybko wskutek ciągłego stanu zdenerwowania. U niektórych znowu występuje nie istniejące uprzednio utrudnione łykanie wskutek niemożności dobrego znoszenia rurki, u innych wytwarzają się szybko odleżyny w krtani wskutek ucisku rurki i t. p. objawy, szybko wycieńczające chorego. Przypadki gruźlicy krtani o typie stenotycznym, występujące przy zmianach w płucach niewielkich i przy stanie ogólnym dobrym, które mogłyby dawać przy dokonanej tracheotomii pomyślne wyniki, podobne do powyższej kazuistyki, w ostatnich latach widywałem stosunkowo bardzo rzadko. Być może, że należy to postawić w związku z wczesnem rozpoznawaniem i miejscowem i ogólnem leczeniem poczynających się postaci gruźlicy krtani, a tem samem niedopuszczaniem do rozwoju tej kategorii spraw, które widywano dawniej stosunkowo częściej. Mam naprzykład dobrze w pamięci 50-kilkoletniego mężczyznę, u którego przed 3 laty wystąpiły typowe objawy ciężkiej postaci gruźlicy nagłośni i tylnej ściany krtani przy wybornym stanie ogólnym i zmianach bardzo ograniczonych płucnych. Różnorodne leczenie klimatyczne, łączone stale z leczeniem miejscowem, doprowadziły sprawę do doskonałego zablźnienia, a dopiero w końcu trzeciego roku

przy zachowanym stanie ogólnym dobrym, wystąpiły ponownie objawy gruźlicy krtani, tym razem z objawami zwięzającymi wskutek owrzodzeń strun i zapalenia gruźliczego ochrzęstny tylnej ściany, które to objawy, wywołując napady zaduszania i ciągłą bezsenność w ciągu kilku miesięcy, doprowadziły chorego do wysokiego wyniszczenia. Po dokonanej tracheotomii (co nastąpiło przed kilku miesiącami) chory wyjechał na wieś, i, o ile mi wiadomo, znowu zaczął się poprawiać w stanie ogólnym. Sprawa więc tracheotomii w suchotach krtaniowych, z powyższych różnorodnych względów i dziś stanowi kwestyę doniosłą i ważną z punktu widzenia praktycznego, którą jedynie krytycznie rozebrana obszerna kazuistyka może należycie wyświełlić. Sądziłbym więc, że warto, aby i nasi laryngologowie podali odnośne swoje spostrzeżenia, i abyśmy mogli tą drogą na naszym, o ile sądzę, dość znacznym materiale dojść do pewnych w tym kierunku wniosków i wskazań praktycznych.

Warszawa, wrzesień. 1905 r.

Z oddziału dla chorych nerwowych w szpitalu Żydowskim na Czystem.

O rozsianych sprawach zapalnych w ośrodkowym układzie nerwowym

(*Sclerosis multiplex—Myelitis disseminata*).

Podali

E. Flatau i J. Koelichen.

(Ciąg dalszy.—Patrz Nr. 37)

Lokalizacja zmian na rozmaitej wysokości osi nerwowej ośrodkowej przedstawia się w zarysach ogólnych w sposób następujący:

Część ogonowa rdzenia (*pars coccygealis*): Nieznaczne zgrubienie opon miękkich, Zro-

śnięcie *piae matris* z powierzchnią rdzenia w okolicy słupów tylnych i *sulci longitudinalis anterioris*. Duże ognisko, zajmujące istotę szarą w okolicy kanału centralnego (na skrawkach WEIGERT'a) odcina się ostro od normalnego otoczenia; na skrawkach GIESON'a—ogromna liczba naczyń i budowa luźna sitowata tkanki zmienionej. Nieznaczne rozrzedzenie tkanki w wewnętrznym pasie obwodowym słupów przednich.

Dolna część krzyżowa rdzenia: Nieznaczne zgrubienie opon miękkich. Zrośnięcie *piae matris* z powierzchnią rdzenia w okolicy *sulci longitudinalis anterioris* (i części przednich pasów obwodowych słupów przednich), po zatem — w niektórych miejscach słupów bocznych, głównie zaś w tylnej części ich pasa obwodowego. Duże ognisko w okolicy jednego rogu tylnego, obejmujące zarazem część tylną słupa bocznego i okolicę LISSAUER'a (znacznie słabsze ognisko w drugim rogu tylnym). Mniejsze ognisko w okolicy kanału centralnego. I jedno i drugie odcina się ostro od normalnego otoczenia (na skrawkach WEIGERT'a). Na skrawkach GIESON'a widać w nich mnóstwo naczyń i budowę luźną sitowatą tkanki zmienionej. Tuż ku przodowi od większego ogniska (w słupie bocznym) rozrzedzenie włókien myelinowych (WEIGERT) i skleroza (GIESON). To samo (rozrzedzenie myeliny i skleroza) w okolicy wewnętrznych (a po części i przednich) pasów obwodowych słupów przednich.

Środkowa część krzyżowa rdzenia: Nieznaczne zgrubienie opon miękkich. Opony te nie są zrośnięte w okolicy słupów tylnych i *sulci longitudinalis anterioris*, natomiast są zrośnięte z powierzchnią rdzenia prawie na całej rozciągłości słupów bocznych i przednich pasów obwodowych słupów przednich. Na skrawkach WEIGERT'a — duże jasne (t.j. ostro się odcinające) ogniska w okolicy kanału centralnego, jednego rogu tylnego i istoty białej na pograniczu między słupem przednim i bocznym (w jednej połowie przekroju) i ogniska, bardziej

rozlane, nie odcinające się ostro od otoczenia (rozrzedzenie włókien myelinowych) na obwodzie słupów przedniobocznych (w drugiej połowie przekroju).

Co dotyczy słupów tylnych, to jeden z nich jest prawie normalny (bardzo nieznaczne rozrzedzenie w okolicy korzonkowej i w przednim polu), w drugim zaś znajdujemy bardzo rozległe ognisko rozrzedzenia, zajmujące prawie cały słup. Trójkąty GOWBAULT-PHILIPPE'a są z obu stron rozrzedzone. Na skrawkach GIESON'a znajdujemy w ogniskach, ostro się odcinających od otoczenia — mnóstwo naczyń i tkankę sitowatą, w ogniskach zaś rozlanych z rozrzedzonymi włóknami myelinowymi — sklerozę.

Górna część krzyżowa rdzenia (Fig. 1). Opony zrośnięte z powierzchnią rdzenia w tych samych miejscach, co i w środkowej części krzyżowej. Na skrawkach WEIGERT'a — ostro odcinające się ognisko w okolicy kanału centralnego i 3 podobne ogniska w jednej połowie rdzenia (2 w słupie bocznym i 1 w słupie przednim); w tej samej połowie rdzenia rozrzedzone miejsca w przednim pasie obwodowym słupa przedniego, w okolicy LISSAUER'a, w wnętrzu słupa tylnego i w jego polu przednim. W drugiej połowie rdzenia widać rozrzedzenie na obwodzie słupów przednio-bocznych, podczas gdy słup tylny jest normalny z wyjątkiem rozrzedzonego przedniego pola. Istota szara (z wyjątkiem okolicy kanału centralnego) nie naruszona.

Dolna część lędźwiowa rdzenia. Opony miękkie w okolicy słupów tylnych nie są widocznie zgrubiałe i nie zrośnięte z rdzeniem; to samo dotyczy okolicy *sulc. long. ant.* W okolicy reszty obwodu słupów przednich i słupów bocznych opony są bardzo nieznacznie zgrubiałe i przeważnie zrośnięte z powierzchnią rdzenia. Na skrawkach WEIGERT'a widać ostro odcinające się ognisko w okolicy kanału centralnego i małe ognisko w wewnętrznym brzegu jednego rogu przedniego (przechodzi ono również

na otaczającą białą istotę słupa bocznego), po-
zatem widać bardzo znaczne rozrzedzenie tkan-
ki w obydwóch słupach tylnych w okolicy ko-
rzonkowej (w jednym słupie tylnym ognisko
przechodzi zlekka na róg tylny istoty szarej)
i rozrzedzenie o większej lub mniejszej inten-
sywności na obwodzie słupów przednich, szcze-
gólniej zaś słupów bocznych. Miejsca te rozrze-
dzone mają przeważnie kształt nieregularnych
trójkątów, których podstawa odpowiada obwo-
dowi rdzenia, zaś ostrze wpija się w istotę bia-
łą, nie sięgając przeważnie istoty szarej. Istota
szara jest z wyjątkiem wskazanych powyżej
miejsc doskonale zachowana. Charakter zmian

przypomina w zupełności ogniska sklerozy
rozsiaanej, tkanka nerwowa odcina się zupeł-
nie ostro na pograniczu tych ognisk (szcze-
gólniej tam, gdzie ogniska te leżą w istocie
szarej). Poza to widać rozrzedzenie przewa-
żnie na obwodzie słupów przednich i przed-
nio-bocznych, sięgające daleko w głąb i docho-
dzące w okolicy rogów przednich do istoty sza-
rej. Co dotyczy słupów tylnych, to spostrzedz
się daje w jednym z nich znaczne rozrzedzenie
w okolicy korzonkowej, w drugim zaś małe og-
niska rozrzedzenia w okolicy korzonkowej i w
okolicy pola wentralnego (przedniego).



Fig. 1.

na skrawkach GIESON'a w ogniskach ostro od-
cinających się i rozrzedzonych odpowiada w zu-
pełności opisowi, przytoczonemu powyżej dla
rdzenia krzyżowego.

Część środkowa lędźwiowa rdze-
nia (Fig. II). Co do opon miękkich, to są one
tylko w niewielu miejscach zrosnięte z obwo-
dem rdzenia w okolicy słupów przednio-bocz-
nych. Na skrawkach WEIGERT'a widać ostro
odecinające się ogniska w okolicy kanału cen-
tralnego i poza to trzy ogniska w jednej po-
łowie rdzenia (przednia część słupa bocznego, ją-
dro rogu tylnego i pas LISSAUER'a), i jedno
ognisko w drugiej połowie rdzenia (przednia
część słupa bocznego). Charakter tych ognisk

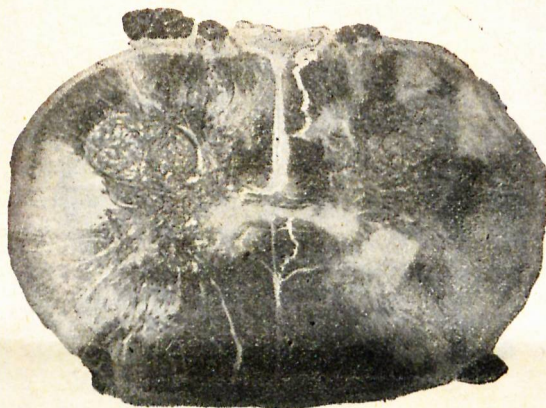


Fig. 2.

Górna część lędźwiowa rdzenia.
Opony, jak powyżej. W tej okolicy uderza bar-
dzo znaczne zajęcie istoty szarej, szczególnie
w jednej połowie rdzenia. Na skrawkach WEI-
GERT'a widać w jednej połowie rdzenia ostro
odecinające się ognisko, zajmujące prawie całą isto-
tę szarą z wyjątkiem przedniej połowy rogu
przedniego i tylnej trzeciej części rogu tylnego.
Ognisko to zajmuje również okolicę kanału cen-
tralnego, z drugiej zaś strony przechodzi w sil-
nie rozrzedzoną tkankę słupa bocznego. W dru-
giej połowie rdzenia widać dwa dosyć ostro od-
cinające się jasne ogniska w okolicy przedniego
i bocznego rogu przedniego. Poza to widać sil-
ne rozrzedzenia w obu słupach bocznych i po
części w słupach przednich. W słupach tylnych

widać z obu stron znaczne rozrzedzenie w najrozmaitszych okolicach w postaci dużych plam i szerokich smug. W jednym słupie tylnym uderza dziwny kierunek jednej takiej szerokiej smugi rozrzedzenia, biegnącej od jądra rogu tylnego do tylnej części *septi long. post.*

Dolna część grzbietowa rdzenia (XII—XI odcinek — Fig. 3). W oponach stan ten sam, co i poprzednio. Na skrawkach WIERGERT'a widać ognisko jaśniejsze tylko w okolicy kanału centralnego, biegnące wąskim pasmem do podstawy obu rogów przednich. Pozatem bardzo silne rozrzedzenie tkanki prawie na całej przestrzeni obu słupów bocznych i w jednym



Fig. 3.

słupie przednim (w drugim słupie przednim przeważa tkanka normalna). W słupach tylnych przewaga tkanki normalnej, rozległe plamy i smugi rozrzedzenia, ciągnące przeważnie wzdłuż istoty szarej rogów tylnych i *comm. griseae*. Plamy te leżą jednak i w pewnym oddaleniu od istoty szarej, jedno zaś ognisko rozrzedzenia spostrzegamy z obu stron *septi long. post.* niedaleko obwodu. Istota szara jest w znacznym stopniu wciągnięta w te ogniska, zarówno od strony kanału centralnego, jak też od istoty białej wszystkich słupów.

Posuwając się ku części środkowej rdzenia grzbietowego, widzimy, że zmiany w rdzeniu pozostają na ogół te same (Fig. 4 = IX odc. grzb., Fig. 5 = V odc. grzb.). *Fia mater*

wyказuje nieznaczne zgrubienie w okolicy słupów bocznych i jest tutaj przeważnie zrośnięta z ich obwodem. W okolicy słupów tylnych i przednich jest ona albo zupełnie normalna, albo też nieznacznie zgrubiała i tylko w niektórych miejscach zrośnięta z rdzeniem (z przednim pasem obwodowym słupów przednich lub też czasami niedaleko pasa LISSAUER'a). Co dotyczy samego



Fig. 4.



Fig. 5.

przekroju rdzenia, to figura istoty szarej występuje wszędzie wyraźnie, jakkolwiek kontury jej są w najrozmaitszych miejscach zatarte wskutek wciągnięcia tej istoty w sprawę patologiczną od strony istoty białej. W tej ostatniej największe zmiany spostrzegamy w słupach bocznych, natomiast słupy przednie i tylne są tylko nieznacznie zmienione i w każdym razie wykazują znakomitą przewagę tkanki normalnej. W słupach bocznych stwierdzamy prawie wyłącznie rozrzedze-

nie włókien myelinowych (na skrawkach WEIGERT'a) i tylko gdzieniegdzie spostrzedz można jakieś mniejsze ognisko, odcinające się ostro od otoczenia. Rozrzedzenie to obejmuje całą okolicę słupów bocznych, lecz jest większe w częściach środkowych i w bezpośrednim sąsiedztwie istoty szarej, niż na obwodzie. Nie

znajdowaliśmy rozrzedzenie przeważnie w okolicy rogów przednich istoty szarej. W słupach tylnych widać nieregularne, zmieniające swe położenie plamy rozrzedzenia w okolicy istoty szarej (rogów tylnych i spoidła szarego), po za tem w częściach środkowych słupów i tuż obok *septum longitudinale posterius*.

W środkowej części grzbietowej rdzenia (Fig. 5) i w górnych odcinkach grzbietowych (Fig. 6 = I odc. grzb.) znajdujemy zmiany analogiczne. Zauważyć należy, że, poczynając od 5-4 odcinka grzbietowego aż do dolnych odcinków szyjowych, stwierdzić można w rdzeniu znaczne wklęnięcia na obwodzie rdzenia w okolicy, odpowiadającej granicy między słupem przednim i bocznym.

W zgrubieniu szyjowym znajdujemy zmiany następujące (Fig. 7 = VIII odc. szyjowy; Fig. 8 = V odc. szyjowy). Bardzo niezna-



Fig. 6.

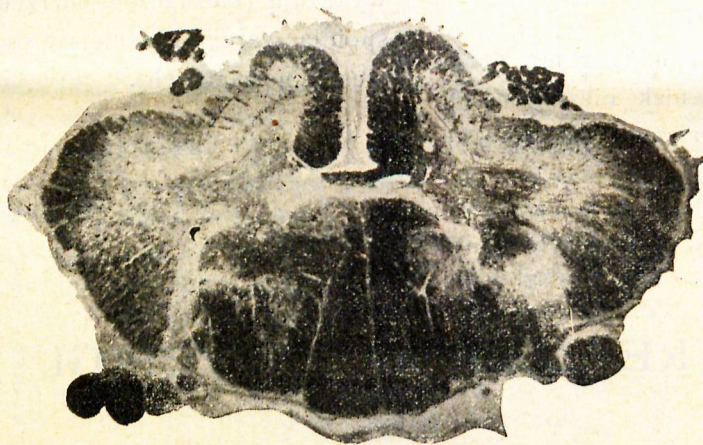


Fig. 7.

jest ono symetryczne w obydwóch połowach rdzenia i wykazuje na bardzo niedaleko od siebie leżących wysokościach rdzenia wahania intensywności procesu. Pozatem zauważyć należy, że nigdzie nie stwierdziliśmy ani typu zwyrodnień wtórnych, ani też trójkątów (sektorów), wrzynających się klinem od obwodu w głąb rdzenia. W słupach przednich

znaczne zgrubienie opony miękkiej w okolicy słupów przedniobocznych; w wielu miejscach jest ona przyrośnięta do obwodu rdzenia. Na skrawkach, barwionych metodą WEIGERT'a przeważa proces rozrzedzenia, gdy natomiast ogniska, ostro odcinające się od otoczenia jest bardzo niewiele (okolica pasa LISSAUER'a w jednej połowie przekroju i bardzo małe ognisko u wewnętrznego

brzegu rogu tylnego w drugiej połowie rdzenia). Napięcie rozrzedzenia nie jest jednakowe w rozmaitych okolicach przekroju. I na tej wysokości największe zmiany znajdujemy w słupach bocznych, mniejsze w słupach przednich, najmniejsze zaś w słupach tylnych. W słupach bocznych napięcie procesu jest słabsze, niż w rdzeniu grzbietowym, jest ono niesymetryczne. wykazuje cha-



Fig. 8.

rakter przeważnie rozlany, w niektórych zaś miejscach występują plamy o większym napięciu procesu rozrzedzenia. W słupach przednich znajdujemy w jednej połowce intensywniejsze ognisko w okolicy wejścia korzeni przednich, po drugiej zaś stronie spostrzegamy rozlane rozrzedzenie w tej samej okolicy, przechodzące na kąt słupa przedniego.

W słupach tylnych spostrzegamy oprócz wymienionych powyżej ognisk nieznaczne rozrzedzenie w okolicy *com. griseae*. Pozatem słupy

tylne są normalne (słupy GOLL'a są jaśniejsze od słupów BURDACH'a, jak to czasami bywa w rdzeniu normalnym).

W górnej części szyjowej rdzenia (I odcinek szyjowy) napotyamy nieznaczne zgrubienie *piae matris* w okolicy słupów przednio bocznych, z którymi jest ona tylko w niektórych miejscach zrośnięta. Rozległość zmian jest znacznie mniejsza, przeważa tutaj nie tylko w słupach przednich i tylnych, lecz również w słupach bocznych tkanka normalna. Napotyamy tutaj dosyć znaczną liczbę, jakkolwiek małych, lecz jasnych i dość ostro odcinających się ognisk (na skrawkach WEIGERT'a), a mianowicie w okolicy kanału centralnego, w tylnej części rogów tylnych (substancja żelatynowa i pas LISSAUER'a), w środkowej części jednego słupa bocznego i w kącie przednio-wewnętrznym obu słupów przednich. Poza tem spostrzegamy rozrzedzenie słupów bocznych, przeważnie w tylnej ich połowie. Słupy tylne zmian widocznych nie wykazują (nieznaczne rozrzedzenie w okolicy spoidła szarego i jaśniejsze słupy GOLL'a w granicach normalnych).

(C. d. n.)

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

74 V. KLINGMÜLLER. Zarys postępow w leczeniu chorób skórnych.

Tu przedewszystkiem zanotować należy leczenie światłem według metody FINSEN'a. Aczkolwiek nie we wszystkich przypadkach wilka wyniki stosowania jej są tak pomyślne, jak podawał pierwiastkowo FINSEN, tem nie mniej jednak w wielu bardzo z nich są one wymienne. Jeśli metoda ta zawodzi często w

przypadkach wilka błon śluzowych, to przypisać to raczej należy względom technicznym, a zwłaszcza trudności wywierania tu trwałego ucisku kompresorem. W przypadkach więc takich stosuje się — jako to już FINSEN nawet zalecał — traktowanie galwanokauterem z następczemi pendzłowaniem — alkoholowym 10% roztworem jodu i jodku potasu (Jod-Jod kali Lösung). Jako żegadła używa się tu igielki platynowej, którą ko-

lejuo wypala się gruźliki wilkowe. Im dokładniej — mniej licząc się przytem ze stratą czasu — manipulacyi tych się dokonywa, tem doskonalsze będzie zabliźnienie. W każdym razie jednak wyniki tą drogą otrzymuje się lepsze, aniżeli przy stosowaniu zwykłych środków żrących, jak: kwasu mlecznego, kreozotu i t. d. Jeśli gruźliki (granulacye) wilka błony śluzowej są bardzo obfite, to starać się naprzód należy nadmiar ich usunąć kwasem pyrogallusowym, a następnie dopiero przystąpić do wypalania że-gadłem galwanicznym.

W *Lupus hypertrophicus*, ze względu na zbyt powolne tu działanie samego tylko FINSSEN'owskiego światłoleczenia — bardzo pomocnym — jak przynajmniej wykazuje doświadczenie — okazuje się uprzednio umiarkowane stosowanie promieni ROENTGEN'a aż do takiego obniżenia poziomu ogniska wilkowego, żeby to niewiele po nad powierzchnię zdrowej skóry wystawało. Takież wyniki otrzymać również można przy zastosowaniu kwasu pyrogallusowego (5—10%) z waseliną, kreozotu, kwasu salicylowego. Przygotowawcze takie leczenie — zależnie od pożądanego stopnia wyniku — nie powinno trwać dłużej nad dni 3 do 6-u, dłuższe bowiem stosowanie kwasu pyrogallusowego, powodując ropienie, staje na przeszkodzie dalszemu działaniu samego kwasu. Ewentualnie cykl taki leczenia powtarzać należy kilkakrotnie. Z przystąpieniem do światłoleczenia powstrzymać się należy aż do zaciągnięcia się miejsc owrzodzących nabłonkiem — opatrując je aż do tego kresu waseliną z kwasem bornym (3%) lub z protargolem (1—3%); w razie silnej bolesności przed nałożeniem maści przysypuje się anestetyną. Metoda naświetlania FINSSEN'a zasługuje na wysokie uznanie nie tylko dla swojej skuteczności, lecz i ze względu na twarz — dla względów kosmetycznych, blizny bowiem tak gładkiej i tak nie rzucającej się w oczy przy innych sposobach leczenia otrzymać chyba się nie udaje.

O ile jednak w wilku twarzy powyższy sposób leczenia zasługuje na pierwszeństwo, o tyle w przypadkach wilka na innych częściach ciała zaleca się raczej wycięcie (*excisio*), sięgające głęboko, aż do tkanki łącznej podskórnej i obejmujące skórę zdrową daleko poza granicą ogniska wilkowego. W celu określenia granicy wycięcia autor uprzednio zastrzykuje podskór-

nie A — tuberkulinę i w chwili najżywszego jej miejscowego odczynu oznacza na skórze obszar jego paleczką lapisu; w wycięcie włącza jeszcze skórę naokół, nieco poza granicą owego odczynu. Podskórne zastrzyknięcie A — tuberkuliny, której odczyn sięga tak daleko, jak daleko sięga nacieczenie wilkowe — służy tu wogóle przy każdym sposobie leczenia jako wskaźnik skuteczności stosowanych zabiegów.

Jak dotąd, pomyślnie w wynikach swych działanie naświetlań FINSSEN'owskich ogranicza się prawie że jedynie do wilka.

Czerwone światło w leczeniu chorób skórnych nie znalazło szerszego zastosowania; o ile skądinąd zalecane ono bywa w ospie i róży, o tyle mało zachęcającymi okazują się próby posługiwania się niem w zapalnych cierpieniach skóry, jak w pryszczycy (*eczema*), trądziku (*acne*) i t. d.

Zamrażanie chlorkiem etylu lub kwasem węglowym w niektórych chorobach skórnych, a zwłaszcza w niektórych przypadkach wilka rumieniowego (*Lup. erythematodes*) dobre oddaje usługi. Niekiedy jednak koniecznym okazuje się powtórne zamrażanie dla osiągnięcia pożądanego skutku. W ostatnich czasach DREUW-JULIUSBERG zaleca metodę zamrażania z następczem przyżeganiem kwasem solnym: w ognisko chorobowe po zupełnem zamrożeniu wciera się kwas solny aż do wytworzenia się kauteryzacyjnego strupa, następnie opatruje się maściami; ewentualnie zabieg się powtarza. Bólu przytem wielkiego nie ma *ex re* spowodowanego zamrożeniem znieczulenia.

Gorące powietrze według metody HOLLÄNDER'a w niektórych przypadkach, obok znaczenia swojego jako środek, powstrzymujący krwawienie, okazuje się nader pożytecznym ze względu na niszczący wpływ, jaki na ogniska wilkowe wywiera. Działanie jego jednak nie sięga zbyt głęboko, dlatego też łatwo powstają nawroty, *resp.* zabieg często wypada powtarzać; nadto przyżegająco ono nie działa tak elektywnie, jak kwas pyrogallusowy. Bądź jak bądź, przy powierzchownych ogniskach chorobowych z pożytkiem może być stosowane. Używany tu obecnie przyrząd WERTHER'a okazuje się dogodniejszym, niż zalecany pierwiastkowo przez HOLLÄNDER'a.

Zaznaczyć należy powrót thiosinaminy do szeregu leków, używanych w dermatoterapii. Wielokrotnie pożytek jej stwierdzono przy zmianach w bliznach po oparzeniu, przymiocie, wilku, i keloidach. Stosuje się albo w postaci zastrzyknięć podskórnych, albo w postaci zastrzykiwań bądź to w samo ognisko chorobowe, bądź tuż w najbliższe jego sąsiedztwo — albo wreszcie w postaci plastra. Ostatni sposób — ze względu na doskonałe wyniki szczególnie się zaleca. Zanotować jednak należy, że stosowana w tej czy owej postaci — działa ona czasem silnie drażniąco.

Czy zalecana od niedawna w miejsce thiosinaminy fibrolizyna zastąpić ją potrafi — narazie wyrokować trudno.

W niektórych przypadkach wilka rumieniowego (*L. erythemat.*) dobre wyniki dawała zalecana przez HOLLÄNDER'a metoda leczenia jodo-chininowego (Jod-chinin Behandlung). Zaznaczyć tu jednak trzeba, że w tych z nich, które opierały się innym sposobom leczenia, metoda HOLLÄNDER'a również okazywała się zawodną. W wyrokowaniu przeto o pożytku jej należy być nieco powściągliwym jeszcze i z tego względu, że *Lupus erythematodes*, zwłaszcza w bardziej powierzchownych postaciach swoich, już sam przez się okazuje niekiedy skłonność do wygajania się i to nawet nieszpętną pod względem estetycznym blizną.

Arszenik w leczeniu niektórych chorób jak: *Lichen ruber*, *Psoriasis*, *Mycosis fungoides*, *Sarcomatosis cutis*, *Dermatitis herpetiformis*, wciąż jeszcze zajmuje uprzywilejowane stanowisko. Zalecane tu w postaci zastrzykiwań podskórnych związki kakodylowe, aczkolwiek okazują się skutecznymi, nie sprawdzają jednak nadziei w nich pokładanych, mianowicie, że w tej postaci dadzą się do ustroju wprowadzić większe ilości arszeniku, albowiem tenże, jako kakodylat stosowany, z trwałego związku tego w nieznacznej tylko ilości się wyswobadza (przyswaja), przeważna zaś reszta jego bez zmiany z ustroju wydalona zostaje. Lepsze już nieco wyniki pod tym względem daje *Atoxyl* (= *metaarsenanilid*). Nadto utrzymują się jeszcze wciąż w użyciu dawniejsze preparaty arsenowe w postaci pigułek, kropeł i podskórnych zastrzykiwań kwasu arsenowego.

Mało uznania znajdują dożyłne zastrzykiwania arszeniku, bądź dlatego, że w wynikach swoich nie okazują się pożyteczniejszymi od innych sposobów wprowadzania go do ustroju, bądź też dla trudności stosowania go tą drogą. To też autor w przypadkach odpowiednich daje pierwszeństwo podskórnym zastrzykiwaniom kwasu arsenowego w 3% roztworze kwasu karbolowego — albowiem te i dobrze działają i względnie są niebolesne. Skuteczność arszeniku w *Lichen ruber* jest niewątpliwa; w *Psoriasis* zapobiega on niekiedy nawrotom; dobrze działa w *Mycosis fungoides* (aczkolwiek obecnie w przypadkach *Mycosis* częściej stosują się promienie RÖNTGEN'a); w wielu przypadkach *dermatitis herpetiformis* autor również skuteczność jego notuje. W przypadkach *sarcomatis* i *sarcomatosis* wpływ jego okazuje się raczej przejściowym — bądź jak bądź, próbować go tu zawsze należy. Pamiętać jednak trzeba, że dla otrzymania pożądanego skutku wypada arszenik stosować przez czas długi — w ciągu kilku tygodni, a nawet miesięcy i starać się dojść do dawek wysokich — nie należy jednak, zdaniem autora, przekraczać dawki 0,02 grm.

Przetwory Tumenolu bardzo bywają zalecane w ostrej pryszczycy, kiedy minęły już jej początkowe silne objawy zapalne — a jeszcze częściej w podostrych i przewlekłych jej postaciach. Najlepiej przepisywać je (1 — 10 — 20%) w paście cynkowej; a gdy ta dobrze się znosi, przechodzi się do maści tumenolowej. W podostrych i przewlekłych przypadkach bardzo nadaje się połączenie z *Unguent. vaselini plumbici ex re* rozmięczającego działania maści ołowianej. Leczenie tumenolowe w pryszczycach winno być zalecane dopiero wtedy, kiedy stosowanie maści wogóle jest wskazane — a zwłaszcza jako leczenie przygotowane dla następczego ewentualnego użycia przetworów dziegciowych. Niekiedy tumenol czyni te ostatnie zupełnie zbędными i zastępuje ich miejsce aż do końca zupełnego wyleczenia pryszczycy; jeśli zbyt nie drażni, może być użyty bądź to jako domieszka do osuszających penszlowań, bądź też sam przez się.

Tumenol wogóle działa przeciwzapalnie osuszająco i łagodzi swędzenie i z tego względu użycie jego w swędzących afekcjach skóry sta-

je się prawie niezbędnem. W miejsce przetworów tumenolowych takich, jak *Tumenol venale* czyli wprost *Tumenol* — *Oleum Tumenoli* (Tumenolsulfon) i Tumenolsulfokwas (proszek tumenolowy), które dla niejednakowej konsystencji swojej okazywały się mniej dogodnymi w użyciu, w klinice Wrocławskiej z pożytkiem stosuje się obecnie — lepiej i mniej drażniąco działający preparat — *Thumenolammonium* (fab. Hoechst).

Anthrasol (KNOLL) działa równie dobrze, choć nieco słabiej, niż przetwory ziegielowe drzewne (*Holztee*) — mniej drażni, ma mniej przykry odór; do zalet jego zaliczyć należy, że jest bezbarwny, w postaci maści i penszowań znajduje szerokie zastosowanie w sprawach swędzących i świerzbiączkowych; można go też w roztworze alkoholowym dodawać do kąpeli (albo umieścić w niej chorego po uprzednim napedzowaniu ciała). W posługiwaniu się nim w pryszczycy zachować należy pewną ostrożność, używać go nie za wcześnie i dopiero we właściwej chwili stopniowo dodawać do ostatnio stosowanej maści, której koncentrację (t. j. ilość w niej anthrasolu), przy braku podrażnienia, szybko już następnie można zwiększać.

Empyroform i **Anthrarobina**, aczkolwiek w niektórych przypadkach również pożytecznymi się okazują, mniej jednak szerokie mają zastosowanie. **Empyroform** nadaje się szczególnie w takich swędzących pryszczycowych i świerzbiączkowych dermatozach, które się innym środkom oparły; **anthrarobina** zaś w postaci penszowania **ARNING'a** (Rp. *Anthrarobin.* 2,0, *Tumenol.* 8,0, *Aether. sulfur.* 20,0, *Benzoës* 30,0). zasługuje na wyróżnienie przy leczeniu powierzchownych czyraków (*furunculii*).

W sprawach pryszczycowych miejsce **Ichtyolu** coraz częściej zastępuje **Thigenol**. Zaletą jego jest prawie zupełny brak wszelkiej woni. Używa się w pryszczycy w takiejże koncentracji, jak **Ichtyol**, lecz — zdaniem autora — mniej drażni, niż ten ostatni; nadaje się też do maści przy eskoryacyach i powierzchownych owrzodzeniach, zwłaszcza w półpaści i wilku.

Lenigallol zaleca się w miejsce **Pyrogallolu**, albowiem mniej drażni i mniej jest trujący; doskonale oddaje usługi w postaci 1/2 - 5% pasty cynkowej w niektórych łuszczycopodobnych i mykotycznych postaciach pryszczycy,

aczkolwiek i w podostrej pryszczycy również okazuje się pożytecznym.

Dermazan stanowi najnowszy i doskonały podkład dla maści. Autor znajduje, że **Chryzorobina**, stosowana w postaci maści dermazanowej, działa lepiej i skuteczniej, niż z innym *constituens*.

Zalecana też obecnie jako *constituens* dla maści **mitina** również okazuje się w użyciu bardzo łagodną i przyjemną.

Jako maść opatrunkową poleca autor 1 - 10% protargolową waselinę (*Protargolvaselin*). Doskonale nadaje się ona do zakażonych (zwłaszcza *b. pyocyaneus*) owrzodzeń i ran, a szczególnie do owrzodzeń wilkowych — aż do zaciągnięcia się ich nabłonkiem, przed przystąpieniem do leczenia **FINSEN'owskiego**; nie jest trująca.

Anestezyna szeroko się stosuje we wszelkiego rodzaju sprawach chorobowych skórnych, połączonych z bólem. Warunek niezbędny dla skutecznego znieczulającego jej działania stanowi mniejszy lub większy brak (zniszczenie) naskórka. Pod łagodzącym, znieczulającym jej działaniem środki przyżegające o wiele dłużej mogą być stosowane; staje się więc ona niemal niezbędną przy kauteryzacyjnym traktowaniu wilka, — przy owrzodzących rakach skóry i innych bolesnych owrzodzeniach.

Opatrunki alkoholowe w leczeniu chorób skórnych również cieszą się uznaniem. Objawy podrażnienia, nieraz w takich razach spostrzegane, dają się znacznie umiarkować przez uprzednie pokrycie skóry pastą cynkową.

Metoda BIER'a (przekrwienie zastoinowe) w leczeniu chorób skóry wogóle pożądanym wyników nie daje i z tego względu i w wilku kończyn dolnych się nie zaleca.

(Deutsch. medicin. Wechensehr. N. 29 — 1905 r.)

F. Gr.

75. Ed. **STUDLER**. Badania **Pawłow'a** i ich znaczenie dla kliniki chorób trawienia.

Badania **PAWŁOW'a** nad procesem trawienia zmierzają do wykazania ilości soków, wydzielających się w żołądku pod wpływem działania każdego pokarmu z osobna lub pod wpływem mieszanego pożywienia, oraz do tego, jaki jest skład soków trawiennych, i kiedy one przechodzą do przewodu pokarmowego.

wego. PAWŁOW pierwszy zastosował do swych doświadczalnych operacji wymagania aseptyki, i to pozwoliło mu zbadać proces trawienia u zdrowych zwierząt i otrzymywać soki trawienne zupełnie czyste i w dowolnym czasie.

Do swych doświadczeń PAWŁOW bierze duże psy od 20 do 30 kilg. wagi. Dla otrzymania znajdującego się w handlu „naturalnego soku żołądkowego” („natürlicher Magensaft”) przecina się psu przelyk na wysokości połowy szyi, a oprócz tego zakłada się przetokę żołądkową. Tak przygotowany pies dostaje mięso, na które rzuca się łapczywie; — mięso, nie dochodząc do żołądka, wypada przez otwór w przelyku, a z przetoki żołądkowej po upływie 5—6 minut zaczyna wypływać klarowny, zawierający 0,5—0,6% HCl sok żołądkowy. W przeciągu 3—4 godzin wydziela się go około litra.

Jeżeli u tego samego psa podrażnimy błonę śluzową żołądka przez przetokę palcem, szklaną pałeczką lub piórkim, to otrzymamy co najwyżej trochę alkalicznego śluzu. Mechaniczne podrażnienie błony śluzowej żołądka nie wywołuje wydzieliny soku. Wydzielanie się soku żołądkowego może nastąpić niezależnie od aktu przeżuwania; wystarcza pokazać psu mięso, ażeby po upływie tego samego czasu otrzymać wypływ soku. P. nazywa to „psychicznym sokiem żołądkowym” (psychischer „Magensaft” oder „Appetitsaft”). Zaczyna się on wydzielać normalnie z chwilą rozpoczęcia jedzenia. Sok zaś, wydzielający się dopiero pod wpływem pewnych pokarmów lub na skutek chemicznego oddziaływania produktów trawienia na gruczoły żołądkowe, P. nazywa „odruchowym” („reflectorischer”).

Cheąc zbadać czynność żołądka pod wpływem rozmaitych pokarmów, P. z części dna żołądka, przez zszycie błony śluzowej, formuje ślepy worek „mały żołądek”, oddzielony od samego żołądka podwójną warstwą błony śluzowej, a mający tylko wspólne unerwienie. Sok wydziela się w obu żołądkach równolegle. Pożywienie mieszane, jakoteż oddzielnie przyjmowane mięso, chleb, mleko i t. d. wywołują każde specjalną działalność gruczołów żołądkowych.

Od rodzaju pokarmu zależy rozmaita ilość soku, różna zawartość fermentów w nim oraz czas wydzielania się soku.

Prawie te same wyniki otrzymujemy przy „mniemanem karmieniu” („Scheinfütterung”). Tu widzimy związek wyższych organów zmysłowych z żołądkiem. Na zasadzie tego P. przypuszcza możliwość powstawania wyobrażeń u zwierząt. Drogą łączącą są tu prawdopodobnie nerwy błędne, po dwustronnem przecięciu których przestaje wydzielać się „sok psychiczny”.

PAWŁOW podaje 2 tablice, wskazujące ilość wydzielanego soku, czas trwania wydzieliny oraz siłę trawienną soku.

Rozpatrując ją widzimy, że najwięcej soku wydziela się przy trawieniu mięsa, mniej, lecz w równej ilości przy trawieniu chleba lub mleka. *Maximum* wydzieliny przy trawieniu mięsa przypada na 2 pierwsze godziny, przy trawieniu chleba na pierwszą godzinę, a przy trawieniu mleka przeciąga się do drugiej i trzeciej godziny. Największą siłę trawienną posiada sok chlebowy (Brottsaft). Najmocniejszy sok przy trawieniu chleba wydziela się w czasie drugiej i trzeciej godziny; przy trawieniu mięsa w czasie pierwszej, a mleka w czasie ostatniej szóstej godziny. Ogólna kwaśność soku największa po mięsie, najmniejsza po chlebie.

Powyższe obserwacje udawadniają nam celową działalność żołądka; wiemy naprz., że zbytek kwasu utrudnia trawienie krochmalu. Sok, wydzielony w czasie trawienia chleba, jest bardzo bogaty w ferment, lecz ogólna ilość jego jest nieznaczna, i przytem wydzielanie trwa długo, tak, że przeciętna ilość soku, wydzielonego przez godzinę jest półtora raza mniejsza, niż w czasie trawienia mięsa lub mleka.

Dla badań klinicznych ważne jest poznanie stosunku między „psychicznym” i „odruchowym” sokiem, powstającego pod wpływem rozmaitych pokarmów. Jakie pokarmy pobudzają odruchowo wydzielanie soku, i jaki jest skład jego? Dla rozwiązania tych zagadnień PAWŁOW używał psów z przeciętymi *nn. vagi* lub takich, u których oprócz „małego żołądka” była założona przetoka żołądkowa, tak że można było wprowadzić do żołądka pokarmy, nie zauważone przez zwierzę. Okazało się, że woda w dużej ilości, rosół, sok mięsny, roztwory mięsnego ekstraktu i mleko wywołują wydzielinę soku żołądkowego. Przeciwnie zaś krochmal, tłuszcz, białko, cukier nie wywołują wydzieliny; jednak i te pokarmy mogą pobudzić działalność gruczołów żołądko-

wych, jeżeli dostaną się do żołądka, w którym poprzednio zaczął się już wydzielać „sok psychiczny”, lub jeżeli te pokarmy były już w trawiącym żołądku. „Psychiczny” sok zatem jest niezbędny dla trawienia chleba i tłuszczów. Tłuszcz nie tylko nie pobudza wydzieliny soku „odruhowego”, lecz nawet utrudnia wydzielinę „psychicznego”; tymczasem mleko może być przetrawione bez soku „psychicznego”.

Przy trawieniu tłuszczów wchodzi w grę jeszcze inne czynniki odruhowe, działające z błony śluzowej kiszek na gruczoły i mięśnie żołądka. Potwierdza to następujące doświadczenie: jeżeli psu z przetokami żołądkową i dwunastnicę wlejemy do dwunastnicy trochę wody, to po kwadransie żołądek będzie pusty, jeżeli zaś do dwunastnicy wlejemy oliwy lub kwasów, to jeszcze po 1½ — 2 godzinach żołądek będzie pełny.

Z chwilą, gdy zawartość żołądka przechodzi do kiszek, wydziela się sok trzustkowy. Ten ostatni, równie jak i żółć, wydziela się rozmaicie przy trawieniu różnych pokarmów. Sok trzustkowy zaczyna działać pod wpływem żółci i soku kiszkiowego. Trypsynogen przechodzi w trypsynę dopiero pod wpływem soku kiszkiowego, ten ostatni zaczyna się wydzielać dopiero po właniu się do kiszki soku trzustkowego. Działalność fermentu, rozszczepiającego tłuszcz, rozpoczyna się pod wpływem żółci. P. wykazał że tłuszcz, ekstrakt mięsny i produkty trawienia ciał białkowych wywołują obfitą wydzielinę żółci — inne materye są bez wpływu. Wydzielanie się żółci nie zależy od psychicznych czynników. Głównem zadaniem żółci jest pośredniczenie między żołądkowem i kiszkiowem trawieniem: ona niszczy działalność pepsyny, wpływającej ujemnie na czynność fermentów trzustkowych, a pobudza do działalności te ostatnie, a przede wszystkim ferment, rozszczepiający tłuszcz.

Choroby, którym podlegały psy, służące do doświadczeń, pobudziły PAWŁOW'a do badań patologii trawienia, a do tego przyłączyły się próby leczenia. Pierwszej sposobności dostarczyły psy z przeciętymi nerwami błędnymi. W żołądku tych psów wszystkie pokarmy, zawierające tłuszcz i węglowodany, gniły z przyczyny braku soku „psychicznego”. Podając na jakiś czas przed jedzeniem trochę rosółu, P. otrzymywał

wydzielinę soku „odruhowego”, a przez to trawienie poprawiało się o tyle, że można było dłuższy czas utrzymać zwierzęta przy życiu.

Zauważywszy u niektórych psów nadmierną wydzielinę soków żołądkowego i trzustkowego, PAWŁOW przez niewielkie dawki sody usunął stan chorobliwy.

Również u zdrowych zwierząt P. zaobserwował zmniejszenie się wydzielanej ilości soków pod wpływem sody, a tem obalil powszechne mniemanie, że wody alkaliczne pobudzają wydzielinę soków.

W końcu P. wywoływał stany chorobowe wprowadzając do żołądka żrące substancje, np. absolutny alkohol lub 10% roztwór lapisu — wywoływało to wydzielinę śluzu prawie 100 razy większą od normalnej. Przy krótkim oddziaływaniu szkodliwej materyi często na drugi dzień wydzielina wracała do normy. Prawdopodobnie uszkodzony był tylko powierzchowny nabłonek, a wskutek nadmiernej wydzieliny zostały obronione gruczoły. Natomiast po dłuższem oddziaływaniu żrących substancji powstał stan kataralny błony z podrażnieniem gruczołów, wydzielających pepsynę. Po przyjęciu pokarmów powstaje nadmierna wydzielina, ustająca bardzo prędko, ogólna zaś ilość soków bywa mniejsza od normalnej. Badając wpływ goryczek, PAWŁOW przyszedł do przekonania, że podawanie małych ilości goryczki na ¼ — ½ godziny przed jedzeniem pobudza wydzielinę soku „psychicznego”.

O ile wyniki doświadczeń nad psami zgadzają się z procesem fizyologicznym trawienia u człowieka, nie można absolutnie rozstrzygnąć, lecz możemy już wskazać niektóre pewniki. Obecność soku „psychicznego” i „odruhowego” jest prawie dowiedziona.

Doniosłość procesu przeżuwania jest przeceniona. Możliwym jest, że niektóre pokarmy mają różnorodny wpływ chemiczny na gruczoły żołądkowe. W czasie trawienia mięsa lub roztworów mięsnych ekstraktów sok żołądkowy wydziela się obficie, niż podczas trawienia tłuszczów. Pokarmy, zawierające krochmal, nie wywołują wydzieliny soku odruhowego. Mechaniczne podrażnienia nie wywołują wydzieliny.

Przepisy dyetetyczne stosujemy empirycznie, nie umiając czasem wytłumaczyć sobie ich

dobrego działania. Naprzykład: częste odżywianie małemi porcjami może być dlatego dobre, że w początkach jedzenia następuje obfita wydzielina soku „psychicznego”, ułatwiającego trawienie. Mleko może być strawione bez soku „psychicznego”, albowiem wywołuje wydzielinę soku „odruhowego”. Przy nadmiernej wydzielinie i zachowanej perystaltyce żołądka tłuszcze trawią się dobrze, wpływają przytem dodatnio na odżywianie. Badania nad wpływem rozmaitych lekarstw i wód mineralnych dały różne wyniki, tak że przy stosowaniu ich postępujemy empirycznie.

(Münch. Med. Woch. 1901. N 1.)

Marjan Wilczyński.

76. W. KEPPLER. O leczeniu ropienia z uszu za pomocą przekrwienia biernego.

Dobre wyniki, jakie otrzymywano w ostrych stanach zapalnych na kończynach za pomocą stosowania przekrwienia biernego, skłoniły autora do wypróbowania tej metody w podobnych cierpieniach na głowie, mianowicie w ropnych zapaleniach ucha średniego. W ciągu ostatniego 1½ roku w klinice chirurgicznej i w szpitalu św. Jana w Bonn prawie we wszystkich zdarzających się u chorych sprawach zapalnych i ropnych na głowie i na twarzy stosowano jako środek leczniczy przekrwienie bierne. Aby wyrobić sobie należyte pojęcie o wartości jakiejś nowej metody leczniczej, przedewszystkiem nie należy wybierać tylko pewnych form chorobowych, lecz wypróbować ją i na tych przypadkach, które wogóle mają mało szans wyleczenia

Na tej zasadzie wzmiankowana metoda była stosowana przez autora w najróżnorodniejszych sprawach zapalnych ropnych ucha średniego, w ostrych i przewlekłych ropotokach, w ropieniach z zajęciem wyrostka sutkowego, jak również i w przypadkach wolnych od tego niepożądanego powikłania. Lecz, ponieważ we wspomnianej klinice chirurgicznej, przy stosowaniu przekrwienia biernego w przypadkach *osteomyelitis* na dużych kościach kończyn otrzymano bardzo dobre rezultaty nawet w bardzo rozwiniętej sprawie zapalnej ropnej, więc z tem większą pewnością można było przypuszczać, iż w podobnych cierpieniach na małej powierzchni kości skroniowej przy nadzwyczaj obfitem zaopatrzeniu w naczynia krwionośne głowy, daleko łatwiej i prędzej otrzymać przekrwienie,

które sprowadza tak dodatni wpływ na przebieg sprawy chorobowej. Kto pragnąłby obszerniej zapoznać się z tą nową metodą leczniczą, temu autor poleca przeczytanie broszury prof. BIERA, kierownika kliniki chirurgicznej w Bonn, pod tytułem „Hyperaemie als Heilmittel“.

Do wywołania przekrwienia biernego na głowie (np. przy ropieniu z ucha) ucisk należy zastosować na szyi chorego. Przy niezwykle obfitem zaopatrzeniu w naczynia krwionośne głowy i twarzy już stosunkowo nieznaczny ucisk bywa wystarczający do otrzymania względnie nawet znacznego przekrwienia w okolicy ucha; wystarcza do tego jeden obrót zwykłego gumowego bandaża, którego szerokość nie przenosi 3 ctm. (u dzieci 2 ctm.). Długość bandaża powinna prawie odpowiadać obwodowi szyi pacjenta, aby bandaż mógł wywierać tylko nieznaczny ucisk. Na jednym końcu bandaża jest haczyk, a na drugim kilka haftek, w pewnej odległości jedna od drugiej, żeby można było w miarę potrzeby stosować większy lub mniejszy ucisk na szyi chorego. Gdy zaś skóra na szyi chorego bywa zbyt wrażliwa, można podłożyć pod gumowy zwykły bandaż; oprócz tego dla zmniejszenia wrażliwości skóry na szyi można ją codziennie wycierać spirytusem kamforowym. Jeżeliby z jakiegokolwiek przyczyny przy pomocy wzmiankowego zwykłego gumowego bandaża nie można było osiągnąć pożądanego stopnia przekrwienia, należy użyć wtenczas aparatu HENLEGO — zwykłą rurkę gumową, którą się owija naokoło szyi chorego z przytwierdzonym do niej kranikiem, za pomocą którego chory sam może sobie napuszczać powietrze do rurki. W danym razie można otrzymać nawet bardzo znaczny stopień przekrwienia bez przykrego uczucia ucisku dla pacjenta.

Za najwięcej odpowiedni do użycia uważa autor jednak wzmiankowany wyżej zwykły bandaż gumowy i zaleca tylko co parę dni zmieniać go na nowy, gdyż przy dłuższem użyciu (pot!) traci on swoją elastyczność, co wpływa na stopień przekrwienia. Zmniejszenie bólów lub zupełne ich ustanie jest jednym z najstalszych i najszybciej następujących objawów przy zastosowaniu tej nowej metody leczniczej.

Chorzy, którzy przedtem wskutek dokuczliwych bólów po nocach sypiać nie mogli, już po jednorazowem użyciu ucisku na szyję otrzy-

mują tak pożądany dla nich spokój; zwiększone gruczolę, których dotknąć nie było można, tracą swoją bolesność, i chory, który dziś wskutek wielkiego bólu nie mógł poruszać głową, jutro już jest w stanie wykonywać wszelkie ruchy. Jak ścisły panuje związek między przekrwieniem i bolesnością, może służyć za dowód często obserwowany przez autora fakt, że zniesienie na pewien czas przekrwienia (na próbę) wywołuje na nowo zwiększenie bólów, i chorzy sami czempredzej żądają założenia bandaża. Owo zmniejszenie bólów autor uważa za tak stały objaw przy stosowaniu przekrwienia bierne go, że jeżeli to nie następuje, należy przypuszczać, że jest niedostateczny stopień przekrwienia, lub wogóle bandaż źle jest założony. Przy dobrem nałożeniu bandaża twarz chorych przyjmuje niebieskawo-czerwone zabarwienie i staje się jakby nieco obrzękłą. Co się tyczy czasu, w ciągu którego należy utrzymać przekrwienie, to autor przecięciowo dochodził aż do 20—22 godzin na dobę, lecz okres ten można bardzo często zmniejszać (do 10—12 godzin na dobę) stosownie do przebiegu sprawy chorobowej i indywidualnych właściwości chorego, jak nam wreszcie wskazują przytoczone poniżej przez autora opisy chorych, leczonych tą metodą; po zupełnym zniknięciu objawów zapalnych, bandaż należy nosić jeszcze przez pewien czas w ciągu kilku godzin na dobę. Używać bandaża można bez szkody dla zdrowia nawet u osób, dotkniętych miażdżycą tętnic.

Co się tyczy wpływu przekrwienia bierne go na samo ropienie, to bywa on najrozmaitszy: ropienie, będące w początkowym okresie, zwykle szybko ustaje, *resp.* następuje wessanie ropy; jeżeli zaś doszło już do utworzenia formalnego ropnia, najlepiej zrobić incyzyę, wycisnąć ropę, i wówczas wydzielina ropna szybko przechodzi w surowiczą i w ciągu kilku dni zupełnie ustaje. Po zastosowaniu przekrwienia bierne go w sprawach ropnych ucha średniego obrzęk zazwyczaj w ciągu pierwszych paru dni zwiększa się, lecz następnie więcej lub mniej szybko się zmniejsza.

Przy stosowaniu przekrwienia bierne go należy zwracać uwagę na charakter przedziurawienia w błonie bębenkowej, mianowicie, jak jest duży otwór i w jakim jest miejscu, ważną jest bowiem rzeczą, aby ropa miała swobodny odpływ. Gdy otwór w błonie bębenkowej jest niedostateczny,

należy go rozszerzyć lub zrobić drugi otwór w odpowiednim miejscu; jeżeli zaś nie doszło jeszcze do przedziurawienia, należy niezwłocznie wykonać paracentezę w miejscu, gdzie pewne wypuklenie na błonie bębenkowej lub odpowiednia zmiana jej barwy pozwalają przypuszczać obecność ropy. Podobnie należy postępować i przy zajęciu wyrostka sutkowego: mianowicie przy podejrzeniu obecności ropy w wyrostku należy wykonać większą lub mniejszą incyzyę i następnie stosować przekrwienie bierne.

W dalszym ciągu swej pracy autor opisuje przebieg ropnych zapaleń ucha średniego u 20 osób (10 przypadków ostrych i 10 chronicznych), leczonych przy pomocy stosowania przekrwienia bierne go. U wszystkich 20 chorych cierpienie ucha było połączone z zajęciem wyrostka; we wszystkich przypadkach było stosowane przekrwienie bierne od 10—22 godzin na dobę, przyczem w 10 przytoczonych przez autora przypadkach *mastoiditis acuta* przy stosowaniu jedynie przekrwienia bierne go i wykonaniu u niektórych chorych małych nacięć na wyrostku sutkowym, przy utworzeniu się tam formalnego ropnia, otrzymano zupełne wyleczenie: objawy zajęcia wyrostka znikły, ropienie z ucha ustalo, otwór w błonie bębenkowej zbliznił się, i nawet słuch wrócił do normy. Przytem autor dodaje, iż owe 10 przypadków w zupełności kwalifikowały się do trepanacji. Wykonywanie małych nacięć w przypadkach uformowania się ropnia było robione w tym celu, aby ułatwić ropie swobodny odpływ, przyczem nigdy nie tamponowano rany, lecz tylko pokrywano ją zwykłym opatrunkiem z gazy.

W 10 przewlekłych przypadkach spraw ropnych ucha, przytoczonych w dalszym ciągu przez autora, stosowanie przekrwienia bierne go było niewystarczające, i należało w wielu razach dokonać radykalnej operacji, i nie w tem dziwnego, trudno bowiem przypuszczać, aby stosowanie przekrwienia bierne go mogło usunąć sekwestr z ucha wewnętrznego lub nagromadzone tam masy perlowane. Lecz i tu w 4 przypadkach *mastoiditis chronica* obeszło się bez wykonania radykalnej operacji (w 2 tylko było robione przecięcie ropni), doszło do zupełnego wzdrowienia chorych przy stosowaniu przekrwienia bierne go. W jednym z tych przypadków ropień w okolicy prawego wyrostka sutkowego

już po 2 dniach stosowania przekrwienia biernego (u dziecka 3-letniego) po 12 godzin na dobę przeszedł w stadium ropnia „zimnego“, i ciepłota (która pierwotnie wynosiła 37,4^c) spadła do normy. Wykonano wtedy przecięcie ropnia, wyszło wiele cuchnącej ropy. Po nałożeniu zwykłego opatrunku na ranę, bez jej tamponowania (!), w 2 godziny potem w dalszym ciągu stosowano przekrwienie berne. W pół roku potem chory był powtórnie dokładnie badany, i nie znaleziono żadnych objawów, wskazujących na ciepłotę wyrostka. W przypadkach, gdy okazało się koniecznym wykonanie operacji radykalnej, autor uważał, że po dłuższym stosowaniu przed operacją przekrwienia biernego substancja kostna była niezwykle obfita w krew, a tkanki, patologicznie zmienione, szczególnie wyraźnie odbijały się od zdrowych, wreszcie na zasadzie obserwacji autor wyrobił sobie to głębokie przekonanie, że przekrwienie bierne znacznie skraca okres pooperacyjny.

W końcu swej pracy autor gorąco zaleca stosowanie przekrwienia biernego, szczególnie w ostrych przypadkach *mastoiditis*, gdyż wtenczas rezultaty można otrzymać jaknajlepsze, nie ustępujące tym, jakie się osiąga na drodze operacyjnej przy pomocy dłuta i młotka.

(Zeitschrift f. Ohrenheilk. L. B. III. H. 1905).

Wacław Polański

77 H. SCHLESINGER. Przypadłości następcze, a zwłaszcza drgawki po użyciu teofiliny.

Już od roku 1892 autor bardzo szeroko stosuje teofilinę, czy to w praktyce szpitalnej, czy też prywatnej. Początkowo posługiwał się czystym preparatem *Theophyllum purum* s. *Theosinum*, następnie zaś i jego związkami, jak związkiem sodowym *Theophyllinatrium*, — *Theophyllum natro-salicylicum*, *Theophyllin. natro-aceticum*. We wszystkich wymienionych postaciach okazuje się ona bardzo dzielnym, a zdaniem autora, może najdzielniejszym środkiem moczopędnym, zwłaszcza w puchlinie (*hydrops*) i obrzękach pochodzenia sercowego (MINKOWSKI, DÖRING, STROSS, MEINERTZ, HUNDT, KRAMER, KLEMPERER, THIENGEZ, SIEGEL, LÖWENMAYER i inni). Dobrze też usługi oddawała mu ona w sprawach obrzękowych pochodzenia nerkowego, nie tylko

przewlekłych, lecz nawet ostrych, wtedy nawet, kiedy inne środki moczopędne okazywały się nieskutecznymi. Szczególnych przeciwwskazań do stosowania jej w przypadkach ostatnio wymienionych nie ma, a przynajmniej skądinąd nie są one notowane. Prof. SCHL. nie podaje jej jednak w afekcjach nerek, którym towarzyszą wymioty, ból głowy, rozwolnienie, aby poniekąd nie pozbawić się wskazówki, jaką także objawy dają co do ewentualnie toksycznego działania omawianego leku

Działanie moczopędne teofiliny i jej przetworów jest bardzo wybitne; ilość wydzielanego pod ich wpływem moczu w przypadkach puchliny i obrzęków znacznie się wzmacnia, niekiedy niemal dziesięciokrotnie, lecz trwa to zwykle dotąd, dopóki lek jest podawany, z chwilą odstawienia go ilość moczu znów się zmniejsza.

O ile jednak w przypadkach, wyżej notowanych, puchlina i obrzęk pod działaniem jej zmniejszają się lub ustępują — o tyle na zmniejszenie się wysięków zapalnych wpływu zazwyczaj ona nie wywiera; — to też ustępowanie wysięku pleurytycznego, jakie autor w ostatnich czasach niejednokrotnie przy podawaniu jej obserwował, uważa on raczej za wyjątek, niż za правило. *Peritonitis exudativa*, — puchlina w *cirrhosis hepatis* odpornie względem niej się zachowują.

Toksyczne właściwości jej, któremi prof. SCH. szczególnie się interesuje, ujawniają się w rozmaity sposób; i tak przy stosowaniu jej choroby często doświadczają ściskania w żołądku, braku apetytu, mdłości, dochodzących nawet do wymiotów.

Przypadłości te jednak rzadziej spostrzegać się dają, jeśli w miejsce *theophyllini puri* podawać związek jej — *theophyllum natro-aceticum*, a także jeśli unikać podawania w proszku. Stosowanie więc środka tego w roztworze wodnym przy jednoczesnym podawaniu *Aquae Menthae* lub kilku (5) kropel 10% roztworu wodnego eukainy 3—4 razy dziennie objawy te zazwyczaj usuwa, zresztą ustępują one też i same przez się w ciągu 24 godzin po odstawieniu leku.

Rozwolnienie — o ile stolce wodniste i zazwyczaj bez parcia okazują się częstymi — trwać

może jeszcze dość długo po zaprzestaniu przyjmowania teofiliny.

Niekiedy przy stosowaniu jej — u chorych stwierdzić się daje znaczne osłabienie ogólne.

Na szczególną uwagę zasługują ogólne drgawki epileptoidalne, jakie autor niejednokrotnie przy podawaniu jej spostrzegał. Aczkolwiek niektórzy autorowie, a zwłaszcza SCHMIEDEBERG, zaprzeczają jej tu roli czynnika, je powodującego, autor jednak właśnie czyni je od niej zależnymi. Naprzód przemawia za tem względna częstość drgawek przy jej stosowaniu; dalej, chociaż w ostatnich czasach niektórzy klinicyści dopatrują się związku przyczynowego między wadami sercowymi a padaczką, to jednak prof. SCHL., opierając się na licznych obserwacjach chorych sercowych, twierdzi, że wcale nie często zdarzało mu się spostrzegać przypadki padaczki przy wadach sercowych; nie widział on również drgawek przy sklerozie naczyń wieńcowych serca, jak to chce mieć STROSSMAYER.

Zdaniem więc SCHL. w przypadkach leczenia teofiliną nie choroby sercowe są powodem powstawania drgawek — lecz teofilina, w przebiegu ich podawana; że nie gra tu też roli szybkie wydalenie z ustroju płynów przesiękowych, dowodem tego jest, że przy szybkim usunięciu ich za pomocą innych środków moczopędnych, jak — kalomelu, naparstnicy, przetworów teobrominowych, skaryfikacyi i t. d., objawów drgawkowych nie spostrzegał; przemawia jeszcze za teofiliną i to, że w przypadkach drgawek te zwykle następowały dopiero w chwili najsilniejszego jej moczopędnego oddziaływania.

Wogóle można rzec, że teofilina i jej przetwory powodują niekiedy padaczkopodobne

drgawki z utratą przytomności i następują utratą pamięci (*amnesia*), i że skłonność do drgawek trwa jeszcze dość długo (wiele dni) po odstawieniu leku. Zdaje się, że działaniu tegoż przede wszystkim ulegają niekiedy ośrodki ruchowe korowe — jak to autor i ALLARDI stwierdzili, każdy w pojedynczym przypadku drgawek o charakterze drgawek Jacksonowskich.

Prof. SCHL. w celu uniknięcia powyżej wymienionych niepożądanych przypadłości ubocznych w miejsce *theophyllum pur.*, która zdaniem jego gorzej się znosi od innych jej przetworów, zaleca zwykle *theophyllinatrium* i *theophyllum natro-aceticum* w dawce dziennej grm. 1,0 lub co najwyżej 1,5 — w roztworze wodnym lub w *infus adonidis vernal.* (5,0 : 150,0); nie podaje nigdy środka przez dwa dni z rzędu, a więc po jednodniowym stosowaniu go w dniu następnym zastępuje go innymi lekami (*theobrominum purum*, *diuretinum*, *agurinum*, *urozitolum* i t. d.); z chwilą pojawienia się bólu głowy, nudności — natychmiast lek ten odstawia. Stosując go w ten sposób w wielolicznych przypadkach, dwa razy zaledwie spostrzegał napady drgawek epileptoidalnych — raz u kobiety epileptyczki, drugi zaś raz w przypadku, w którym chory przez pomyłkę otrzymał 1,2 grm. *Theophyllini puri.*

Wogóle w razie posługiwania się *Theophyllino puro* autor nie radzi przekraczać dawki 0,8 *pro die*, — dla *Theophyllin. natro-salicylic.* zaś, równie jak dla *Th. natro-acetic.* (p. w.) za dawkę maksymalną uważa 1,5 *pro die.*

(Münch med. Woch. N. 23 — 1905 r)

F. Gr.

Z towarzystw lekarskich zagranicznych.

Na posiedzeniu towarzystwa reńsko - westfalskiego d-r A. HOFFMANN poddał krytyce działanie wyników leczniczych na serce. Według mówcy wszelkie zabiegi lecznicze w chorobach serca mają na celu zwalczyć istniejącą niewydolność narządu lub zapobiedz jej powstaniu albo też usunąć zaburzenia czynnościowe i zależne od nich dolegliwości. O ile jest łatwo ocenić wartość naszego postępowania leczniczego w przypadkach niewydolności ostrej, w zapaści, kiedy bezpośrednio po ustąpieniu objawów zatrważających wraca stan poprzedni, o ile łatwo stosować metody lecznicze w przypadkach przewlekłych w razie pogorszenia chwilowego, o tyle trudniej usunąć niewydolność względną serca, a te właśnie stany najczęściej stanowią przedmiot postępowania lekarskiego. Należy przyznać, że wiadomości nasze teoretyczne co do działania środków nasercowych w przypadkach niewydolności bezwzględnej i ostrej serca są bardzo ograniczone, natomiast spekulacje teoretyczne o działaniu leków na niewydolność serca względną cieszą się wielką popularnością. Jakież więc serce powinno być uważane za względnie niewydolne? Wadę tę posiada każde serce, ponieważ nawet człowiek najbardziej wygimnastykowany i najsilniejszy posiada granice swej sprawności fizycznej. W razie zmęczenia nawet u takich ludzi zjawia się przyspieszenie tętna, bicie serca, przyspieszony oddech i t. p. objawy niewydolności serca względnej. Z tego względu rozpoznawanie omawianej wady jest bezwarunkowo błędne. Każdy objaw oddzielny, na podstawie którego staramy się zbudować obraz cierpienia, posiada znaczenie poważne, a pomimo to jednak zbiór wszystkich objawów często przez czas dłuższy nie może nam dostarczyć dowodów niezbitych na to, że badany osobnik istotnie jest obciążony chorobą serca. Badania autora, skutecznie przy pomocy MORITZ'a i De-la-CAMPS'a, do-

wiodły, że rozszerzenie serca ostre nie istnieje, jeżeli samo serce jest organicznie zdrowe. Objawy podmiotowe: ucisk i ból w okolicy serca nie posiadają wielkiej wartości, skoro nie zawsze spostrzegamy je u chorych na serce, natomiast słyszymy o nich od ludzi o sercu zupełnie zdrowym. Żaden narząd nie podlega wpływom psychicznym w tym stopniu, co serce. Dalej prelegent zwraca się do fizycznych metod leczenia, których działanie zostało teoretycznie jaknajściślej uzasadnione, i dochodzi do wniosku, że skutki, otrzymywane za pomocą tych metod, można uzyskać na drodze czysto psychicznej, czego zresztą dowiódł cały szereg doświadczeń. Większa część takich czynników leczniczych, stosowana doświadczalnie, a więc kąpiele z kwasem węglowym, gimnastyka, kąpiele elektryczne, nie wytrzymuje ściślej krytyki, ponieważ wpływ ich na ciśnienie krwi, częstość tętna, duszność nie dowodzi zgoła ich działania swoistego w tym kierunku.

O działaniu leczniczym u takich chorych można mówić dopiero wtedy, kiedy: 1) przed początkiem leczenia były napewno objawy niewydolności serca, a 2) jeżeli pod wpływem stosowania omawianych metod leczniczych bez pomocy leków nasercowych, a zwłaszcza napastrnicy, objawy niewydolności znikają na czas długi. Wyniki tych metod ocenić słusznie można tylko wtedy, kiedy uwzględnimy nie skutek bezpośredni jednej lub całego szeregu kąpiele, lecz trwałość polepszenia, które nastąpiło dzięki kąpielom, zwłaszcza, że zwykle pomijamy cały szereg czynników dodatnich (zmiana trybu życia, spokój, odpoczynek), które chory znajduje w zakładzie kąpielowym. Autorem miało być spostrzeżenie przez czas długi znacznej liczby chorych na serce, z pośród których jedna część korzystała z metod leczniczych fizycznych, druga zaś z pewnych względów kąpiele nie używała. Przez porównanie przebiegu cierpienia u obudwu ro-

dzajów chorych przychodzi się do wniosku, że leczenie fizyczne nie daje zgoła lepszych wyników, niżeli dyetetyczne, poparte podawaniem środków lekarskich; zwłaszcza takie skombinowane leczenie, ściśle dostosowane do każdego poszczególnego przypadku, przy należytem uregulowaniu trybu życia, nie okazało się, co prawda, wystarczającym, lecz pod względem wyniku wcale nie ustępowało innym metodom leczeni-

czym u chorych z objawami początkowymi niewydolności serca. W końcu pozostaje dodać, że często spotkać można chorych, którzy odbyli kurację kąpielową na pozór z najlepszym wynikiem, a jednak dalszy przebieg choroby był bardzo zły, co również nie przemawia na korzyść tej metody.

K. Z.

Wiadomości bieżące.

— We Włocławku stwierdzono pierwszy przypadek cholery azyatyckiej. Zachorowała i zmarła na tę chorobę Maryanna Muzykiewicz.

— Jako wydawnictwo „Gazety lekarskiej“ wyszła część III i ostatnia „Wykładów klinicznych chorób dróg oddechowych“ przez d-ra med. Alfreda SOKOŁOWSKIEGO i składa się z dwóch działów. Dział pierwszy zawiera „Choroby opłucny i śródpiersia“, dział drugi „Suchoty płucne“. Zanim podamy obszerniejszą ocenę tego dzieła, zaznaczamy, iż autor w przedmowie poświęca pracę swą młodzieży polskiej, oddającej się zawodowi lekarskiemu. Widząc, jak często młodzież polska lekarska dla braku podręczników w ojczystym języku uciekać się musi do wszelkiego rodzaju tłumaczeń, o wątpliwej bardzo często dokładności, gorąco witamy ukazanie się III części dzieła znanego już chlubnie autora, jako twórcy podręczników, i pewni jesteśmy, iż dzieło to niebawem znajdzie się w ręku nie tylko każdego lekarza, ale i studenta medycyny. Książka zawiera 809 stron druku, oprócz przedmowy, spisu rzeczy i skorowidza.

— Na zjeździe międzynarodowym chirurgów w Brukselli, otworzonym w dniu 18 b. m., na prezesa tegoż zjazdu wybrano prof. KOCHER'a. Niebawem zaczniemy drukować sprawozdanie z tego zjazdu, łaskawie nam nadsyłane przez kolegę EHRLICHA, członka tegoż zjazdu.

— Potrzebny lekarz do Józefowa Lubelskiego (koleją do Puław, statkiem do Józefowa). Ludności 5000. Okolica średnio zamożna. Subsydyum ze strony miasta 400 rb. i mieszkanie z 4 pokoiów z opałem. Przypuszczalny dochód poprzedniego lekarza do 3000 rb. Wiadomość, Warszawa, Wspólna 79 m. 6, od 3 do 5 p.p.

— Z d. 1. X. 1905 będzie wolne stanowisko lekarza w Tuszynie, w pow. Łódzkim, gdzie lekarz mieszkał 4 lata. Dochodu można mieć około 2 tysięcy rb. Wszelkimi wiadomościami służy chętnie d-r SKALSKI. Adres — Tuszyn, d-r St. SKALSKI do 1. X, później Łódź, Widzew, Zakłady fabryczne Heinzla i Kunitzera.

VICHY

PRAWDZIWA WODA MINERALNA NATURALNA
Własność rządowa francuska



Należy dobrze oznaczyć nazwisko przepływającego źródła Wód.

VICHY CÉLESTINS

Słabości żołądka, pęcherza, dolegliwości wkrzywisk, podagra, cukrzyca.

VICHY GRANDE-GRILLE

Słabości wątroby i organów śródwydzielających.

VICHY HOPITAL

Słabości żołądka i kiszek

Wytwarzany ze soli naturalnej otrzymanej z wód.

PASTILLES VICHY-ÉTAT

Mozolne trawienie, kwasy, dwa albo trzy po jedzeniu.

COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT

Wydejca jednej chwili wody alkalicznej przyswajalnej dla łatwiejszego trawienia.



PEPTONATE DE FER ROBIN

Peptonat Żelaza Robin'a

Prawdziwa sól żelaza, łatwo przyswajalna, przygotowana przez M. ROBIN'A

Żelazo Robin'a skutecznie działa przeciw anemii, blednicy i wszelkim osłabieniom.

Pobudza odżywianie i nie wywołuje nigdy zaparcia.

Środek ten pozbawiony jest wszelkiego smaku.

Przyjmuje się 2 razy dziennie po 10 do 30 kropeł podczas jedzenia w małej ilości wody lub wina.

Każdy flakon starczy na 3 tygodnie do miesiąca.

Sprzedaż w aptekach.



GLYCÉROPHOSPHATE GRANULÉ ROBIN

Glicerofosfat ziarnisty Robin'a

Glicerofosfat wapnia i sody. Stosowany w szpitalach paryskich **WZMACNIAJĄCY SYSTEM NERWOWY**

Wskazany przeciw krzywicy, słabości kości w okresie rośnięcia u dzieci, podczas karmienia i ciąży i przeciwko neurastenii, przeciążeniu umysłowemu i t. p. Przyjemny w smaku, zażywa się w małej ilości mleka i wody.

Dla dotkniętych cukrową chorobą wyrabia się w formie pastylek. Sprzedaż w aptekach

Próbne flakony wysyła pp. lekarzom na życzenia reprezentant.

Władysław Hoffman

Warszawa, Erywańska 5. Telefonu Nr. 2114.

Żądać fabrycznej marki „Lew” i nazwiska fabrykanta **Robin**
Wystrzegać się bezwartościowych naśladownictw.