

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. **Prace oryginalne.** O zeszyciu żołądka. Podał Dr. W. Sztęjner. Przyczynek do kazui-
styki szczepienia błony z jaja kurzego na przedziurawioną błonę bębenkową. Podał L. Guranowski.
(Ciąg dalszy). — **Streszczenia i wyciągi.** (16). O całkowitem wycianianiu macicy. (Dokończenie).
17. O antifebrinie i pokrewnych jej ciałach. — **Sprawozdanie z posiedzeń Towarzystwa lekarskiego War-
szawskiego.** Posiedzenie z d. 8 Marca r. b. (Dokończenie). — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

Z kliniki chirurgicznej profesora KOSIŃSKIEGO.

O ZESZYCIU ŻOŁĄDKA

Podał Dr. Władysław Sztęjner, ordynator tejże kliniki.

Rzecz czytana na posiedzeniu Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego d. 8 Marca 1887 r.

Zeszycie zranionego żołądka było dotychczas dokonane zaledwie kilkana-
ście razy, ogromna większość ran żołądka kończyła się zwykle śmiercią. Przy-
padki wyjątkowo szczęśliwych zejść dotyczyły nieomal wyłącznie niewielkich
ran drażących żołądka, a wyleczenie w nich następowało zazwyczaj samoistnie.
Gastrorafią wykonywano dotychczas przeważnie w takich razach, gdy przez
ranę ściany brzusznej żołądek wystawał, lub też łatwo się dawał na zewnątrz
bez rozszerzenia tejże rany wydobyć. O laparotomii i zeszyciu żołądka
wobec ran drażących, dopiero w najnowszych czasach szybkiego postępu chi-
rurgii brzusznej mogła być mowa. Pierwszy KOCHER był tyle szczęśliwym,
iż przez rychłą laparatomię i nałożenie szwu uratował chorego z raną po-
strzałową żołądka. Drugim był TILING, który osiągnął w ten sposób wyle-
czenie w przypadku rany kłótej żołądka. Przypadek, który tutaj opisać za-
mierzam, dotyczy zeszycia rany ciężej żołądka, więcej zatem zbliżony jest do da-
wniejszych przypadków gastrorafii, wszelako w chwili przybycia do kliniki wa-
runki rany o tyle się zmieniły, że bez laparotomii uratować życie chorego
prawdopodobnie by się nie udało.

Skoczkievicz Adam 26-letni robotnik z fabryki wód gazowych mineral-
nych w dniu 3 Stycznia 1887 roku został zraniony w brzuch odłamem pęknię-
tego szklanego syfonu, w chwili napełniania go gazem kwasu węglanego pod
ciśnieniem kilku atmosfer. Trzeba dodać, że chory był tylko co po bardzo obfi-
tem śniadaniu, które się składało z ¼ funta salcesonu, pewnej ilości chleba,
pirogów i szklanki piwa. Ubranie miał na sobie sukienne nie zbyt grube. Za-
raz po uderzeniu chory z łatwością odłam szkła wyjął z ubrania i poczuł, że
mu się leje z rany płyn ciepły z krwią zmieszany; następnie co chwila pory-
wały go wymioty, przyczem nie tylko płyny, ale całe, jak powiada, śniadanie
było przez ranę wyrzucane ze znaczną siłą. Ażeby ulżyć sobie w tej cięż-
kiej chwili przyciskał pacjent ranę całą dłonią, przyczem ruchy wymiotne

mniej męczącemi się stawały. Uciskanie to robił chory blisko pół godziny, dopóki nie przywołano felczera, który nie miał nic lepszego do zrobienia, jak zeszyć skórę w ranie brzusznej. W godzinę przeszło po wypadku przywieziono chorego w południe do kliniki chirurgicznej profesora KOSIŃSKIEGO.

Chory dobrze zbudowany i niezłe odżywiony przedstawia się bardzo osłabionym, twarz ma bardzo bladą, tętno małe, drobne; przytomność umysłu zachowana, mówić dużo nie może. Po obnażeniu brzucha znaleziono z lewej strony, na palec poniżej łuku żebrowego, na zewnątrz od brzegu zewnętrznego mięśnia prostego brzucha ranę równoległą do łuku żebrowego, długości 6 ctm. zeszytą nie zupełnie szczelnie. Na skórze brzucha znaleźliśmy parę grudek krwią zabarwionych nieco podobnych do rozmoczonego chleba z bardzo słabym zapachem kwaskowatym; nie podobnego do żółci, lub kału nie zauważono. Przypuszczając z niedokładnych na razie wywiadów przedziurawienie przewodu pokarmowego, postanowiłem niezwłocznie przystąpić nie tylko do zbadania rany, ale i do wykonania operacji, jaka by się potrzebna dla uratowania życia chorego okazać mogła. Przedewszystkiem chorego zachloroformowano. Po staranem obmyciu chorego mydłem, szczotką, karbolem i sublimatem i przygotowaniu serwet przeciwnilnych w ciepłym roztworze sublimatu namoczonych, rozprułem nitki łączące brzegi rany i przy pomocy kolegów: BUKOWSKIEGO, PRZYBOROWSKIEGO, REICHSZTEJNA, SOLMANA i ZAGÓRSKIEGO przystąpiłem do rękoczynu. Przy badaniu okazało się, iż brzegi rany są zupełnie równe, rana drąży do jamy otrzewnowej, na dnie widać sieć i kiszkę grubą, pokryte warstwą masy podobnej do kaszy krwią zabarwionej. W massie tej udało się nam odnaleźć ziarenka kminku, jakie spotyka się zwykle w chlebie. Wprowadzone do rany dwa palce, o ile się dało najgłębiej, nie mogły odnaleźć zranionego narządu. Przystąpiłem więc do rozszerzenia rany, albo właściwie do laparotomii, którą wzdłuż brzegu zewnętrznego mięśnia prostego brzucha wykonałem, cięcie to rozpoczynało się o 2 ctm. od kąta wewnętrznego rany i posuwało się ku dołowi na 8 ctm., równoległe od linii białej. Po zrobieniu tego cięcia można było wprowadzić całą rękę do jamy brzusznej i wydobyć naprzód nieco miazgi pokarmowej, a następnie i żołądek, który opróżniony w znacznej części z zawartości znajdował się głęboko w podżebrzu. W wydobytym żołądku zauważyliśmy na przedniej powierzchni 2 ctm. powyżej i równoległe do wielkiej krzywizny ranę przenikającą wszystkie warstwy tego narządu, długości 2 ctm., o brzegach równych i dość żywo krwawiących. Oddawszy wydobyty żołądek w ręce asystującego kolegi, założyłem pierwszy głęboki rząd szwów węzłkowych w liczbie trzech z grubszego przeciwnilnego jedwabiu, idąc przez wszystkie warstwy w ten sposób, jak to prof. KOSIŃSKI opisał przy enterorafii ¹⁾, następnie założyłem 8 szwów powierzchownych, węzłkowych Lemberta z cieńszego jedwabiu, przez co pierwszy rząd szwów do środka żołądka wwinięty został. Już po założeniu szwów chory zaczął wymiotować miazgą pokarmową, obficie ze krwią pomieszaną. W celu zupełnego opróżnienia żołądka jeden z kolegów założył zgłębnik miękki przez usta i ciepłą wodą destylowaną do-

¹⁾ KOSIŃSKI. Trzy przypadki wycięcia kiszki. Medycyna r. 1885. p. 660.

kładnie żołądek przepłókał. Jednocześnie trzymając rękę w jamie brzusznej w pobliżu zeszytej rany żołądka mogłem się przekonać, iż szew dobrze trzyma i że drugiej rany w tymże narządzie nie ma. Pozostało jeszcze poszukać, czy w jamie brzusznej nie znajdują się odłamy szkła i czy inne narządy nie są zranione; nie podobnego nie znaleziono, wydobyto tylko nieco miazgi pokarmowej, a przy pomocy niewielkich gąbek, oraz serwet zmoczonych w ciepłym roztworze sublimatu ($\frac{1}{3}\%$) i mocno wyżętych oczyszczono jamę otrzewnową z niewielkiej ilości krwi i płynów tamże się znajdujących. Ścianę brzuszną zamknąłem w ten sposób, że naprzód złożyłem szew ciągły, kuśnierski na samą tylko otrzewną ścienną, następnie szew węzłkowy na mięśnie i powięź (2 piętro) i szew głęboki przez skórę i mięśnie (3 piętro) oraz najpowierzchniejszy szew na brzegi skóry, wszystkie z jedwabiu przegotowanego w 5% karbolu. Opatrunek składał się z gazy jodoformowej, sublimatowej i woreczków wełną drzewną napełnionych, oraz bandaża szerokiego perkalowego (*calicot*). Po operacji raz jeden tylko były niewielkie wymioty, po obudzeniu się z uspienia chloroformowego; o godzinie 4-ej zastrzyknięto morfinę, zalecono lód do połknięcia w jak najmniejszej na raz ilości. Na drugi dzień chory skarży się na mocny kaszel, na który już od kilku tygodni cierpi, podczas kaszlu czuje dotkliwy ból w ranie, w przerwach bólu nie ma, tylko pragnienie. Przez pierwsze dni chory dostawał wyłącznie lewatywy z herbaty i mleka z winem. Czwartego dnia brzuch był nieco wzdęty w dolnych częściach, tętno 84, wymiotów nie było wcale, tylko parcie na stołek; po lewatywie Hegara odeszło nieco gazów poczem nastąpiła ulga. Ciepłota raz tylko jeden dosięgła 38,5 C. piątego dnia i wtedy chory narzekał na bóle w ranie. Szóstego dnia po operacji znaleziono opatrunek przesiąknięty płynem o kwaśnym zapachu, okazało się, że pomiędzy szwami w kącie, gdzie dwie rany urazowa i operacyjna się łączą, wypływa przy nacisku i przy kaszlu zawartość płynna żołądka z wybitnie kwaśnym zapachem. Poprzedniego dnia chory po raz pierwszy napił się kleiku z rosołem. Widocznie podczas mocnego bardzo kaszlu, jaki chorego pomimo morfiny trapił, jeden ze szwów rozszedł się; na szczęście przez te kilka dni wytworzyły się już zrosty z częściami otaczającymi, przez co zawartość nie dostała się do jamy otrzewnowej, o czem świadczył brak wszelkich objawów zapalenia otrzewnej. Zdjęto wszystkie szwy powierzchowne, głębokie zaś tylko z części urazowej rany. Opatrunek założono taki sam jak pierwszy, lecz mocno uciskający. Od tego dnia dłuższy czas chory przez usta żadnych nie dostawał płynów, a tylko przez odbytnicę mleko z buljonem i z winem. Dziesiątego dnia (12. I.) zdjęto resztę szwów, przesiąkanie kwaśnego płynu nieznaczne, niewielkie ropienie w kanałach szwowych, opatrunek zmieniany bywa co dwa dni, część rany operacyjnej rozeszła się na przestrzeni 2 cm. od góry, na dnie widać dobrą ziarninę. Łaknienie bardzo wielkie, chory dostał po raz pierwszy mięso w potrawce, wszelkie jednak płynne pokarmy dostawał 2—3 razy dziennie przez odbytnicę. Pierwsze wypróżnienie nastąpiło 15 dnia po dawce olejku rącznikowego. Dwudziestego dnia (22. I. 87) zauważono przy zmianie opatrunku, że wydzielina rany nie ma wcale kwaśnego zapachu i nie jest obfita. Odtąd chorego można było uważać za rekonwalescenta, który coraz lepiej się odżywał. 25 i 26. I.

odeszły przy opatrywaniu rany nitki ze szwu ściennego otrzewnej i ze szwu mięśniowego. Po miesiącu wyszła jeszcze jedna nitka i w obecnej chwili rana jest zagojona z wyjątkiem dwóch miejsc wielkości ziarna konopnego pokrytych ziarniną. Dnia 17 Marca r. b. widziałem chorego w ambulatoryum klinicznem i znalazłem ranę zabliznioną na całej przestrzeni. (d. n.)

PRZYCZYNEK DO KAZUISTYKI
szczępienia błony z jaja kurzego
na przedziurawioną błonę bębenkową.

Podał L. Guranowski.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 12).

Spostrzeżenie II. S. M. Ksiądz 45 l. zgłosił się do mnie dnia 6 Października 1886 r. Chory na uszy od lat 6-ciu. Cierpienie polega na wycieku ropnym z obu uszu, silnych szumach w uchu lewem i przytępieniu słuchu po obu stronach. Chory utrzymuje, że słuch w ostatnim czasie znacznie się pogorszył do tego stopnia, że po stronie lewej prawie nic nie słyszy, po stronie zaś prawej znacznie gorzej niż dotąd. Przytem cierpi na przewlekły nieżyt nosa, który peryodycznie się pogarsza, a wtedy słuch bardziej się jeszcze przytępia.

Badanie ucha lewego. Przewód słuchowy, w części kostnej zaczerwieniony. Błona bębenkowa zgrubiała, zaczerwieniona pokryta ropą. W tylnym górnym odcinku przedziurawienie błony, sięgające ku dołowi, do dolnego końca młotka (*regio umbonis*). W przednim dolnym odcinku drugie przedziurawienie błony wielkości lepka od szpilki. Błona śluzowa jamy bębenkowej rozpulchniona i zaczerwieniona. Badanie trąbki Eustachiusza wykazuje zwięźlenie kanału, Nr. 1 świeczek francuzkich z trudnością przechodzi, powietrze przedostaje się do jamy bębenkowej przy bardzo mocnem uciskaniu balonu.

Badanie ucha prawego. Przewód słuchowy zewnętrzny normalny. Błona bębenkowa zgrubiała, kontury niewyraźne. Przez cały tylny górny odcinek błony bębenkowej przebiega przedziurawienie w kształcie szpary podłużnej, począwszy od tylnej fałdy aż po za granicę pomiędzy górnym i dolnym tylnym odcinkiem błony bębenkowej. Przedmuchiwanie powietrza zapomocą kateteru udaje się z łatwością, powietrze przechodzi z głośnym szmerem przedziurawienia.

Badanie słuchu. Po stronie lewej, chory zegarka mego wcale nie słyszy, również nie słyszy słuchomierza Politzera. Szeptu nie słyszy, mowę głośną, przy samem uchu. Kamerton C. słyszy po stronie lewej tylko na wyrostku sutkowym i to bardzo słabo, ze wszystkich innych punktów czaszki dźwięki kamertonu przechodzą na stronę ucha prawego. Chory skarży się na silny i ciągły szum w tem uchu. Po stronie prawej, słyszy zegarek na odległości 20 ctm. Słuchomierz Politzera na odległości 1 stopy. Kamerton wyraźnie po tej stronie ze wszystkich punktów czaszki. Szept blisko ucha, mowę głośną na odległości 2 stóp.

Rozpoznano: obustronne przewlekłe ropne zapalenie jamy bębenkowej z przedziurawieniem błon bębenkowych i zwężeniem trąbki Eustachiusza po stronie lewej. Leczenie polegało na codziennem stosowaniu kateteru i rozszerzeniu zwężenia po stronie lewej zapomocą coraz grubszych świeczek i miejscowem leczeniu ropienia z jamy bębenkowej. Po stronie lewej zasypywano do jamy bębenkowej z początku kwas borny, następnie, jodoform i jodol zalecany przez Mazzoniego. Po stronie zaś prawej ograniczyłem się na przestrzykiwaniu roztworem kwasu bornego. Ropienie po 6 tygodniowej kuracyi po stronie prawej zupełnie ustało, po stronie zaś lewej pozostały zaledwie jego ślady. Słuch po stronie prawej cokolwiek się poprawił, po stronie zaś lewej pomimo tego iż ropienie prawie zupełnie ustało i trąbkę Eustachiusza udało mi się znakomicie rozszerzyć (Nr. 3 z łatwością przechodził) to jednak słuch zupełnie się nie poprawiał, a szumy trwały w dalszym ciągu.

Nadmienić tu muszę, że jednocześnie chory leczył się u kol. OLTUSZEWSKIEGO który mu usunął polipa z nosa po stronie prawej i kilkakrotnie przypalał obrzmiałą błonę śluzową muszli dolnych kwasem chromnym. Przewlekły nieżyt gardzieli również przy odpowiedniem leczeniu znacznie się poprawił.

Dla zabezpieczenia jamy bębenkowej od wpływów zewnętrznych zaszczerpiłem choremu z początku błonkę z jaja kurzego po stronie prawej, a następnie i po stronie lewej.

Kawałek błonki podłużnej odpowiadający szparze w błonie bębenkowej przyłożyłem w taki sam sposób, jak to opisałem w pierwszym spostrzeżeniu. Błonka przylegała doskonale do brzegów przedziurawienia i zachodziła cokolwiek po za brzegi. Słuch nieznacznie się poprawił. Po stronie lewej zakryłem błoną oddzielnie przedziurawienie w tylnym górnym odcinku i oddzielnie mały otworek w przednim dolnym. Poprawa słuchu potem nie nastąpiła. Szum jednak natychmiast po przyklejeniu błonki na otwór górny tylny znacznie się zmniejszył, a na drugi dzień zupełnie ustał. Chorego obserwowałem jeszcze w przeciągu tygodnia i mogłem skonstatować że ropienie po stronie lewej nie powróciło, a po stronie prawej błonka dobrze przylegała. W końcu Stycznia otrzymałem listowne zawiadomienie, że ropienie w uchu lewem znów się pojawiło i chory przestrzykując ucho usunął i błonkę zaszczerpioną. W uchu prawem prawdopodobnie błonka się zagoiła, gdyż ropienia nie ma. Szum w uchu lewem taki sam jak to miało miejsce przed szczepieniem.

Spostrzeżenie III. J. W. lat 18 subjekt handlowy cierpi od lat kilku na wyciek z ucha lewego i przytępienie słuchu.

B a d a n i e u c h a. Przedziurawienie błony bębenkowej, okrągłe, w tylnym dolnym odcinku błony bębenkowej. Reszta błony nieznacznie zmieniona. Ropienie nie wielkie. Ucho prawe zdrowe. B a d a n i e s ł u c h u. Zegarek i słuchomierz Politzera słyszy przy samym uchu. Mowę głośną na odległości $\frac{1}{2}$ stopy. Kamertonny przez kości czaszkowe tylko po stronie lewej.

Leczenie polegało na przestrzykiwaniu ucha kwasem bornym i wlewaniu roztworu saletranu srebra, przyczem co 2-gi dzień przedmuchiowano jamę bębenkową zapomocą kateteru. Po 3 miesięcznej kuracyi ropienie zupełnie ustało, słuch jednak nie o wiele się poprawił. 17 Grudnia zaszczerpiłem choremu błon-

kę z jaja kurzego. Słuch natychmiast się poprawił, chory słyszał zegarek na odległości 25 ctm., szept na odległości łokcia, a mowę głośną na przestrzeni 4 łokci. Chorego widziałem po upływie 2 tygodni. Błona doskonale przylegała i słuch był taki jak przy ostatnim badaniu. W początkach Lutego b. r. chorego widziałem po raz ostatni i okazało się że błona zupełnie dokładnie przylega do brzegów przedziurawienia i nie daje się usunąć mocnem przestrzykiwaniem.

S p o s t r z e ż e n i e IV. M. R. chłopiec 13-letni z Lublina leczył się u mnie w 1884 i 1885 roku a ostatnim razem w roku 1886. Cierpienie uszu wystąpiło u niego po ciężkim tyfusie który jakoby przechodził w 9 roku życia. Przy pierwszym badaniu chorego w roku 1884 stwierdziłem obustronne przewlekłe ropne zapalenie jamy bębnekowej, z zupełnem zniszczeniem błony bębnekowej po stronie lewej i dużem przedziurawieniem, zajmującym prawie całą dolną połowę prawej błony bębnekowej. U chorego tego próbowałem, obok ogólnego wzmacniającego leczenia rozmaitych leków miejscowych celem wstrzymania ropienia. Na pewien czas udawało mi się rzeczywiście wstrzymać ropienie, lecz powracało ono kilka razy do roku. Słuch pomimo tak znacznych zmian w błonach bębnekowych stosunkowo nieznacznie przytępiony. W roku 1885 choremu zaleciłem noszenie sztucznej błony bębnekowej Toynbee'ego (modyfikację Lucaego). Słuch przytem się poprawiał, szczególnie po stronie prawej, lecz chory nie mógł długo sztucznych błon używać, gdyż wywoływały podrażnienie błony śluzowej jamy bębnekowej i powroty ropienia. We Wrześniu 1886 zaszczepiłem choremu sztuczną błonę z jaja kurzego po stronie prawej. Przystosowanie błonki w tym przypadku było dość trudne, gdyż otwór w błonie był kształtu nieregularnego. Po kilku próbach jednak udało mi się błonkę zaszczepić tak, aby dokładnie przylegała. Wprawdzie po obu stronach w okolicy młotka pozostały dwa małe otworki nie pokryte błonką, lecz o ile się mogłem przy szczepieniach takich przekonać, nie mają one żadnego wpływu na zagojenie błony, ani też na słuch. Po stronie lewej szczepienia nie próbowałem, gdyż zniszczenie błony bębnekowej było zupełne i błonka sztuczna nie miała by się na czem opierać, dotychczasowe zaś doświadczenia nad przyrośnięciem błony z jaja kurzego do błony śluzowej jamy bębnekowej niewiadomo jakie dają wyniki. Zaleciłem choremu po tej stronie noszenie sztucznej błony z waty karbolowej w szypczykach Hassensteina i częste jej zmienianie. W Grudniu r. z. a więc po upływie 3-ich miesięcy chorego widziałem po raz ostatni i przekonałem się że błonka przylegała doskonale do brzegów przedziurawienia, była w środku koloru białego, a więc wyschnięta. Otworki o których wyżej wspomniałem pozostały. Słuch po tej stronie znacznie się poprawił. Chory sztucznej błony po stronie lewej nie znosił albowiem wywoływała ropienie, musiał ją więc zarzucić. Choremu temu mam zamiar zaszczepić i po tej stronie błonkę z jaja kurzego t. j. przykleić takową wprost na błonę śluzową jamy bębnekowej.

S p o s t r z e ż e n i e V. J. Grz. l. 14 uczeń gimnazjum lubelskiego zgłosił się do mnie 16 Sierpnia 1886 r. Cierpi od lat dziecińczych na ropienie z obu uszu.

Badanie ucha prawego wykazało zniszczenie prawie całej błony bębenkowej, w dolnej połowie pozostał niewielki rąbek (miejsce przyczepu do pierścienia bębenkowego—*annulus tympanicus*). Słuch po tej stronie znacznie przytępiony. Chory słyszy zegarek przy dotknięciu do muszli usznej. Słuchomierz Politzera blisko ucha. Szeptu nie słyszy, głośną mowę bardzo blisko ucha.

Badanie ucha lewego. Przewidywanie błony bębenkowej w tylnym dolnym odcinku, okrągłe. Błona śluzowa jamy bębenkowej, rozpułchniona, zaczerwieniona, pokryta ziarniną. Zegarek słyszy na odległości 20 ctm., szept 3 stóp, mowę głośną 4 łokci. Zalecono choremu przestrzykiwanie obu uszu roczynem kwasu bornego i wlewania wysokoku do ucha lewego. Leczenie takie stosowano przez 6 miesięcy w Lublinie. W Styczniu 1887 r. chory zgłosił się powtórnie. Słuch po stronie prawej niezmienniony po stronie lewej nieznaczna poprawa.

Dnia 6 Stycznia 87 r. zaszczepiłem choremu błonę z jaja kurzego po stronie lewej, a dnia 8 Stycznia po stronie prawej. Po stronie lewej błona doskonale przylegała do brzegów przedziurawienia i w kilka dni wyschła w środku t. j. zmieniła swój kolor na biały (kolor kredy). Po stronie prawej tylko dolnym brzegiem przylegała do brzegu powstałego z błony bębenkowej, reszta zaś błonki przylegała do jamy bębenkowej. Przez kilka dni miałem sposobność obserwować chorego. Ropienie się nie powtórzyło, błonki bardzo dobrze przylegały, jest więc nadzieja że przyszczepiona błona po stronie lewej przyrośnie do błony bębenkowej, a po stronie prawej może do błony śluzowej jamy bębenkowej.

(d. n.)

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

(16). **O całkowitem wyciananiu macicy.** (Dokończenie zob. Nr. 12).

Dr. A. MARTIN z Berlina, w pracy swej zatytułowanej „Przyczynę do statystyki całkowitego wycięcia macicy przez pochwę z powodu raka“ (*Zur Statistik der vaginalen Totalexstirpation wegen Carcinom*) a umieszczonej w *Berliner Klin. Wochenschr.* w N-rze 5 z r. 1887, powiada że, ponieważ upływa już przeszło 6 lat od czasu, jak całkowite wycięcie macicy przez pochwę przy raku w gynecologii uzyskało prawo obywatelstwa, sądzi przeto, że nadszedł już czas, aby do sprawozdań o bezpośrednim wyniku tej operacji dołączać ostateczne wyniki tej metody leczenia raka. Podobna statystyka napotyka na bardzo wielkie trudności, gdyż kontrola chorych operowanych jest trudną. Autor, przy pomocy swego asystenta d-ra NAGELA, na wzór HOFMEIERA, zebrał szczegółowe wiadomości o losie swych operowanych, z wyjątkiem tylko 6, w części ze sprawozdania lekarzy praktykujących w miejscu zamieszkania chorych, w części z własnej obserwacji. Następnie autor podaje ogólną liczbę operacji wycięcia całkowitego macicy, dokonanych w swoim zakładzie od połowy Czerwca 1880 r. do połowy Stycznia 1887 r. t. j. w ciągu 6½ lat. Liczba ta wynosi 134 przypadki, w tej liczbie w 94 skutecznik tę operację przy macicy zrakowaciałej. Te 94 przypadków A. MARTIN rozdziela na 2 kategorie: a) na przypadki raka, w których rzeczywicie operacya ta dawała widoki dobrego rezultatu, ilość ich autor podaje na 66 przypadków i nazywa operację w takich okolicznościach przedsięwziętą „*wirkliche Totalexstirpation bei Carcinom*“ b) na przypadki raka, w których przystępował do operacji, będąc przekonany z góry (a to z przyczyny nasięków *inparametrio*, w częściach otaczających, ogólnego charłactwa

i t. d.) o niemożności otrzymania po niej trwałego skutku; liczbę tych przypadków podaje autor na 28 i nazywa ją „*imperfecte Totalexstirpation bei Carcinom.*“ Z ogólnej liczby przypadków pierwszej kategorii (66), w 11 przypadkach chore zmarły po operacji co stanowi 18^o/₁₀₀. Przyczyną śmierci w 5 przypadkach było zakażenie krwi septyczne, w 4 przypadkach zapad (*collapsus*) i bezkrwistość, w jednym zator (*embolia*), w jednym ogólne charłactwo i chroniczny niezbyt oskrzeli. Dalszy los pozostałych przypadków, z uwzględnieniem rozmaitych form raka, przedstawia poniżej zamieszczona tablica:

Rok w którym dokonano operacji.	Rakowce części pochw			Rak szyi macicznej			Rak trzonu macicy		
	Liczba przypadków	wydzrow. z której	recyd.	Liczba przypadków	wydzrow. z której	recyd.	Liczba przypadków	wydzrow. z której	recyd.
1880	—	—	—	2	1	1	1	1	—
1881	—	—	—	6	2	4	1	1	—
1882	—	—	—	6	2	4	5	4	1
1883	—	—	—	2	2	—	3	3	—
1884	2	2	—	4	4	—	2	2	—
1885	1	—	1	8	6	2	1	1	—
Do końca 1885	3	2	1	28	17	11	13	12	1
1886	1	—	1	7	—	1	1	—	—
1887	1	—	—	1	—	—	—	—	—

Tablica ta wykazuje 44 przypadki rozmaitych form raka macicy, w których wykonano całkowite wycięcie macicy przez pochwę do końca 1885 r. a w których wynik operacji sprawdzony został w ostatnim czasie, w sposób o jakim wyżej była mowa, i bezwątpienia może dać pojęcie o uleczalności raka. Widzimy z tej tablicy, że w 13 przypadkach (29,7^o/₁₀₀) nastąpiła recydywa raka, a 31 operowanych cieszy się dobrem zdrowiem, co stanowi 70,3^o/₁₀₀; jest to wynik nadzwyczaj pomyślny i pocieszający. Powyższa tablica wskazuje nam również, że najpomyślniejszy wynik po operacji był przy raku trzonu macicy, z 13 przypadków raka tej części macicy bowiem, 12 chorych wyzdrowiało a u jednej tylko nastąpił powrót choroby i to dopiero po 4 latach (przy sekcji znaleziono raka jajnika przy zdrowej bliźnie w sklepieniu pochwy). Fakt ten autor tłumaczy w ten sposób, że przy raku trzonu macicy, ognisko chorobowe znajduje się po za obrębem głównej sieci naczyń limfatycznych (szyi macicy), które jak wiadomo, są najpewniejszymi drogami zakażenia. Co się tyczy drugiej kategorii przypadków całkowitego wycięcia macicy przez pochwę, to z ogólnej liczby (28), w 8 przypadkach nastąpiła śmierć wkrótce po operacji, w pozostałej zaś liczbie (20) przypadków, stwierdzono recydywę w ciągu kilku miesięcy do 1¹/₂ roku.

W końcu autor, przyznając, że do rozstrzygnięcia pytania o uleczalność raka, zapomocą wycięcia całkowitego macicy przez pochwę, potrzeba koniecznie większej liczby spostrzeżeń i dłuższej obserwacji, sądzi jednak, że i podana przez niego statystyka w każdym razie i dostatecznie wykazuje, że tę operację uważać należy za wskazaną i konieczną przy wszystkich formach raka macicy.

Dr. FRITSCH profesor kliniki chorób kobiecych we Wrocławiu zamieścił w „*Archiv für Gynaekologie*“. Tom XXIX. Z. 3. 1887 r. obszerną pracę pod tytułem „60 przypadków całkowitego wycięcia zrakowaciałej macicy“ (*Sechszig*

Totalexstirpationen des carcinomatösen Uterus). W pracy tej autor najprzód rozstrząsa dwa następujące pytania: 1) kiedy należy przy raku macicy, uskutecznić odjęcie nadpochwowe szyi macicznej (t. z. *hohe Portioamputation*) a kiedy całkowite wycięcie macicy i 2) kiedy t. j. w jakich przypadkach i przy jakich okolicznościach można i powinno się przystąpić do całkowitego wycięcia przez pochwę zrakowaciałej macicy.

Co się tycze pierwszego pytania, autor jest zdania, że tylko w przypadkach z upełnie odosobnionych, wcześniej dostrzeżonych małych guzików rakowatych na części pochwowej, wskazanem jest wysokie odjęcie szyi macicznej, utrzymując, że tę formę raka miał sposobność najrzadziej widzieć i z tej przyczyny nie mógł często zastosować ten sposób operacyjny. Autor, ze swego jednak dotychczasowego doświadczenia, uważa wysokie odjęcie szyi macicznej, za operację o wiele trudniejszą i pociągającą za sobą o wiele większą utratę krwi u chorych, aniżeli całkowite wycięcie macicy przez pochwę. Nadto autor wykazuje dwie jeszcze ujemne strony odjęcia części pochwowej: a) że ono pozostawia po sobie znaczne zwięźlenie wewnętrznego ujścia macicy, sprawiając bardzo przykre i silne dolegliwości chorym, zwłaszcza podczas regularności i b) iż w razie recydywy raka, całkowite wycięcie macicy przez pochwę, przy zupełnym braku części pochwowej (przez jej uprzednie odjęcie) jest nadzwyczaj utrudnionem a nieraz zupełnie niemożliwem.

Co do drugiego pytania, autor kładzie głównie nacisk na to, że powinno się w tych tylko przypadkach przystępować do całkowitego wycięcia macicy przez pochwę, w których istnieje ruchomość macicy t. j. możność ściągnięcia jej jak najbardziej do otworu sromnego, tam gdzie części otaczające macicę i *parametria* są wolne, nareszcie tam, gdzie sprawa rakowata nie przechodzi zbyt głęboko na sklepienia i na pochwę.

Przekonawszy się o istnieniu powyższych warunków autor nie radzi uskutecznić żadnych przygotowawczych operacji (skrobań, odjęcia kawałków zrakowaciałej macicy) gdyż widział po tem bardzo często szybko powstające zrakowacenie części otaczających (co tłumaczy autor tem, że przez takie podrażnienie, naczynia limfatyczne szybko wchłaniają części rakowate), a natomiast radzi odrazu przystąpić do operacji całkowitego wycięcia macicy przez pochwę.

Co się dotyczy samego sposobu operacyjnego, używanego przez autora, to szczegółowy jego opis pomijam; nadmienię tylko, że ten autor radzi rozpoczynać okrojenie części pochwowej i oddzielenie szyi, z bocznych jej części, a nie od przodu lub od tyłu (jak to robi większa liczba operatorów), utrzymując, że takie boczne oddzielenie ma następujące korzyści, po pierwsze: macica staje się po otwarciu *parametriów* bardzo prędko ruchomą, powtórę: podwiązanie tętnicy macicznej i więzów jest o wiele ułatwionem, a nadto, takie otwarcie *parametriów* przedstawia jeszcze tę dogodność, iż w razie wysłedzenia palcem przez otwarte *parametria*, iż te są zajęte sprawą rakowatą, można, bez wszelkiego narażenia chorej na niebezpieczeństwo, nie kończyć rozpoczętej operacji. Według bowiem spostrzeżeń autora, takie przecięcie *parametriów*, nie jest rzeczą niebezpieczną, nie kosztuje chorą dużo krwi, i po zatamponowaniu rany gazą jodoformową, chora w 4 lub 5 dni może być bezpiecznie wypisaną z kliniki. MARTIN spodziewał się nawet, w ten sposób t. j. przez oddzielenie *parametriów* od macicy, powstrzymać dalszy rozwój raka. W dalszym ciągu swej pracy, autor podaje 60 przypadków wycięcia zrakowaciałej macicy przez pochwę, przez siebie dokonanego w swej klinice od połowy r. 1883 do końca r. 1886. Z ogólnej tej liczby, w 7 przypadkach nastąpiło po operacji zejście śmiertelne, co stanowi 10,1% (jest to procent śmiertelności mniej więcej odpowiadający śmiertelności przy wycinaniu jajników i w ogóle po laparotomiach); w pozostałej zaś liczbie t. j. u 53 chorych okres pooperacyjny był bardzo pomyślnym, większa część chorych po 10—14 dniach opuściła klinikę w stanie zdrowia nie budzącym

obawy. Co się tycze przypadków zakończonych śmiercią, to dwa z nich odnoszą się do chorych operowanych w r. 1883 to jest wtedy, kiedy jak sam autor twierdzi, nie był on obeznanym dostatecznie z techniką tej operacyi, w obu tych przypadkach śmierć nastąpiła w skutek silnej utraty krwi. W trzecim przypadku sama operacya nie była właściwie przyczyną śmierci, a tylko ogólny upadek sił chorej wskutek choroby nerek, z którą chora przybyła do kliniki. W 4-y m przypadku chora miała się bardzo dobrze przez 7 dni po operacyi, w tym dniu wyjęto tampon i zrobiono przestrzyknięcie pochwy, przyczem chora odrazu wpadła w zapad (*collapsus*) i wkrótce zmarła. W 5 przypadku, śmiercią zakończonym, sekcya wykazała raka pęcherza i guzy rakowate pozaotrzewnowe, w przypadku tym autor sam twierdzi, że operacya nie była uzasadnioną. W dwóch ostatnich przypadkach śmierć była następstwem posokowatego zapalenia błony brzusznej, co autor kładzie na karb, być może, niedokładnej antyseptyki przed, w czasie lub po operacyi. W 53 przypadkach zakończonych wyzdrowieniem, autor zajmował się dalszym losem operowanych i w tym celu, chore w miejscu zamieszkałe sam badał, chore zaś zamiejscowe powierzał pieczy najbliższemu lekarzowi, i odbierał od nich wiadomość o stanie miejscowym i ogólnym swych operowanych. Co się tycze ostatecznego wyniku tej operacyi, to naturalnie mogą być wzięte pod uwagę i ocenione tylko przypadki operacyjne z r. 1883, 1884 i 1885 których liczba wynosiła 50. Z tej liczby w 6 przypadkach chore zmarły w skutek operacyi, a w 44 przypadkach, zakończonych pomyślnie, dalszy los operowanych był następujący: po upływie przeszło 3 lat od czasu operacyi autor u 2 operowanych nie znalazł jeszcze recydywy; po upływie przeszło 2 lat, operowanych 5 cieszyło się dobrem zdrowiem; po upływie 2 lat, dwie były jeszcze zdrowe; po upływie więcej niż 1½ roku 4, po upływie więcej niż rok 4; po upływie 10 miesięcy, 3 operowane znaleziono w stanie zdrowia pomyślnym. O 4 operowanych autor nie mógł zebrać wiadomości, w pozostałej liczbie (20) w części sprawdzono recydywę raka, w części otrzymano wiadomość o ich śmierci, z przyczyn niezależnych od raka macicy.

Dotychczas posiadamy bardzo skąpy materiał, o recydywie raka macicy po jej wycięciu, z tej przyczyny autor, w celu porównania statystyki swojej, przytacza statystykę recydywy po operacyi raka sutek, podaną z kliniki prof. VOLKMAN'A przez d-ra SPRENGLA w Langenbeck'a Archiwie T. XXVII. Str. 805 która wykazuje, iż ze 131 przypadków raka sutki operowanego, już:

w 1-y m miesiącu	spostregano w	7	przypadkach	recydywe
między 2—6 miesiącem	"	23	"	"
" 7—12	"	12	"	"
" 13—18	"	5	"	"
" 19—24	"	6	"	"
" 24—36	"	1	"	"

z czego wypada, że powrót choroby t. j. recydywa raka pojawiła się przeciętno w 7—8 miesięcy po dokonanej operacyi; najczęściej w pierwszych 6 miesiącach. W późniejszym czasie recydywa rzadziej przychodzi, tak, iż po 2 latach spostreżono ją ze 131 przypadków tylko w 6. Prof. VOLKMAN swoje zdanie pod tym względem tak wyraża że: „jeżeli, dokładne badanie po upływie roku po dokonanej operacyi przedsięwzięte, nie wykrywa miejscowej recydywy, obrzmienia gruczołów lub objawów zakażenia ogólnego, to w takim razie, spodziewać się można, że doszczętne wyleczenie nastąpiło; jeżeli to ma miejsce po 2 latach, to zazwyczaj już recydywa nie pojawia się; jeżeli po 3 latach to prawie bez wyjątku wyleczenie jest pewnem“. Jeżeli powyższą uwagę zastosujemy do statystyki raka macicy, podanej przez FRITSCHA, to można przypuścić, że w 2 przypadkach otrzymano na pewno doszczętne uleczenie raka macicy, w 7 przypadkach z wielkim prawdopodobieństwem

stwem, a w 11 przypadkach spodziewać się można, że recydywa nie nastąpi, gdyż najniebezpieczniejszy termin tejże, 7 miesiąc, już minął bez żadnych objawów zatrważających. Z tego wypadu, mówi FRITSCH, iż można przyjąć za zasadę i za fakt oparty na doświadczeniu, że, po wycięciu całkowitem zrakowaciałej macicy, recydywa rzadziej się napotyka, aniżeli po operacyi raka umiejscowionego w innej jakiej części ciała.

Pracę swą FRITSCH kończy bardzo ważnem zapytaniem, czy i w jaki sposób jesteśmy w stanie poprawić rokowanie co do trwałego wyleczenia raka, na co daje krótką odpowiedź: „możemy, przy współudziale praktycznych lekarzy“. Już VOLKMAN mówi że: „liczba przypadków w raka piersi, w których nie występuje recydywa po operacyi, znajduje się głównie i zupełnie w ręku praktycznych i sumiennych lekarzy“. Statystyka usiłująca wykazać, ile czasu t. j. jak długo każdy przypadek raka, był paliatywnie leczonym, zanim poradzono lub zrobiono jego operacyę, wyświetliłaby zdumiewające fakta. Ież to chorych oświadcza, że przez 6, 7 lub 8 miesięcy były „leczone“, zdarza się to szczególniej między choremi zamożniejszymi, wśród których prawie każdy rak przychodzi do operatora nie możliwym do zoperowania.

Trzeba się jednak spodziewać, że świadomość o tem, że rak macicy jest uleczalnym, wkrótce dojdzie do publiczności, że chore wcześniej zwracają się będą do lekarzy, a ci, zachęceni ogłaszanemi zewsząd dobrymi wynikami, będą wcześniej albo sami wykonywać operacyę albo też zwracać czyli odsyłać chore do operatorów.

Powyższe prace, zdaniem naszym, dostatecznie wykazują że: 1) operacya wycięcia macicy przez pochwę (*excisio totalis uteri per vaginam*), sama przez się, nie jest operacyą ani zbyt trudną, ani w skutkach zbyt niebezpieczną, że 2) zapomocą tej operacyi, możemy prawie zawsze przedłużyć życie chorym i usunąć dokuczliwe objawy, a w wielu stosunkowo przypadkach zwłaszcza w okresie raka, nie zbyt jeszcze rozwiniętego osiągnąć doszczętne jego wyleczenie i po 3) że błędem byłoby ze strony lekarza, gdyby przy dzisiejszym stanie nauki wobec raka macicy i przy sprzyjających warunkach, albo sam nie przystąpił do wycięcia całkowitego macicy, albo też nie zwrócił chorej do właściwego lekarza.

U nas w Warszawie, o ile mi wiadomo, wycięcie całkowite macicy dotkniętej rakiem dokonaniem zostało kilkanaście razy; z tych w 4 przypadkach miałem sposobność przyjmować czynny udział. W jednym przypadku, zakończonym niepomyślnie dla chorej, gdyż śmiercią w 7 dniu po operacyi, uskuteczono całkowite wycięcie macicy sposobem FREUNDA t. j. *per laparotomiam*. W trzech zaś przypadkach zrobiono wycięcie całkowite macicy przez pochwę, wszystkie te 3 chore, po przebiegu pooperacyjnym bardzo pomyślnym, wyzdrowiały i cieszą się dobrem zdrowiem. U jednej z tych chorych, operacya dokonana była przed 2½ lat przeszło. Miejmy nadzieję, iż nie długo czekać będziemy na szczegółowy opis tak powyższych jak i innych przypadków wycięcia całkowitego macicy, dokonanego przez tutejszych lekarzy; że liczba przypadków tej operacyi u nas z każdym rokiem wzmagać się będzie i że pomyślne wyniki, otrzymane po wycięciu całkowitem macicy przez pochwę, zdołają wkrótce przekonać chore dotknięte rakiem macicy, o możliwości uleczenia się z tej strasznej choroby i zachęcać je do wczesnego poddawania się tejże operacyi.

A. Thieme.

17. 0 antifebrinie i pokrewnych jej ciałach (dr A. CAHN i dr P. HEPP — *Berlin. klin. Wochen.* Nr. 1 i 2 1887 r.). Antifebrina albo acetanilid jest to połączenie organiczne, powstające z octanu aniliny przy ogrzewaniu go do wysokiej temperatury. Ma ona wygląd proszku krystalicznego, lekko palącego sma-

ku, podobnego do cholestearyny; topnieje przy 113°C, wrze przy 292°C, rozpuszcza się w 160 cz. wody zimnej i w 25 cz. wody gorącej, a także w alkoholu, eterze, wódecie i mocnym winie. Autorowie zalecają antifebrinę jako środek przeciwgorączkowy i rekomendują ją głównie z powodu jej tanioci, a także i z tego względu, że nie sprowadza żadnych pobocznych skutków. Antifebrinę podawali CAHN i HEPP w 29 przypadkach duru brzuszego, w 6 przypadkach róży, w 2 włóknikowego zapalenia płuc, w 1 wędrującego zapalenia płuc (*pneumonia migrans*), w 1 zapalenia płuc z żółtaczką, w 4 ostrego gościca stawowego, w 6 suchot płucnych, w 2 zapalenia opłucnej, w 2 ropnia płuc, w 1 gorączki przy białaczce, w 2 ropnicy i w 2 posocznicy, w 1 gorączki przepuszczającej i w 1 gorączki gastrycznej. Jeden grm antifebriny, pod względem długotrwałości i siły swego przeciwgorączkowego działania, odpowiada 4 grm. antypyryny. Antifebrina rozpuszcza się w żółtaku dosyć szybko. Podawać ją najlepiej jest w proszkach, rozpuszczonych w winie, lub zawiniętych w opłatki. Jeśli ciepłota nie jest znacznie podniesioną, w takim razie dla obniżenia jej wystarczają już małe dawki antifebriny, 0,25 grm. Jednorazowe takie dawki, podawane około południa, obniżały do normy podwyższoną wieczorną ciepłotę u suchotników. Jeśli ciepłota stale jest podwyższoną, wtedy, dla jej obniżenia, należy podawać znacznie większe dawki antifebriny, mianowicie 0,5, a nawet 0,75—1,0 grm. Niekiedy obniżenie ciepłoty przez cały dzień da się utrzymać, jeśli w kilka godzin po podanej odrazu większej dawce np. 0,5 grm. będziemy kilkakrotnie podawać dawki mniejsze np. 0,25 grm. W ogóle autorowie doszli do przekonania, że najpewniej działa antifebrina, podawana w jednorazowych większych dawkach, częste zaś, lecz małe dawki, przy znacznym podwyższeniu ciepłoty, nie wywołują energiczniejszego działania. Ilość antifebriny, podawanej dziennie, może według autorów wynosić 2—3 grm., jakkolwiek i większe dawki nie sprowadzają żadnych zaburzeń, jak tego dowodzą spostrzeżenia Fürbringer'a i Riese'go, u którego dzienna dawka dochodziła do 6 grm. Doświadczenia autorów na psach, potwierdzają również tę okoliczność, że antifebrina, podawana nawet przez dłuższy czas w dawkach stosunkowo znacznych, nie wywołuje żadnych złych następstw. Tylko przy bardzo wysokich dawkach otrzymali autorowie objawy zatrucia, cechujące się u jednego psa osłabieniem i długotrwałą sennością, u drugiego zaś wymiotami, drgawkami i zejściem śmiertelnem. Biorąc na uwagę stosunek wagi psów do wagi ludzi, autorowie przyjmują, że dawki 5—8 razy większe, aniżeli u psów, mogą dopiero u ludzi sprowadzić objawy zatrucia. Tym sposobem dla człowieka dawki 20—30 grm., lub kilka dni z rzędu po 15 grm., mogą sprowadzić zatrucie. Pomimo stosunkowo wysokich dawek, w jakich antifebrinę podawać można, zwracać należy uwagę na osobniczą wrażliwość niektórych chorych, przy podaniu bowiem jednorazowo 0,5 grm. tego środka autorowie obserwowali objawy zapadu (*collapsus*). Przy używaniu omawianego środka nie spotykano żadnych przykrych objawów ze strony kanału pokarmowego. Wymioty prawie nigdy nie przytrafiały się, co zresztą podnoszą i inni, jak KRIEGER i RIESE. Jakichkolwiek komplikacyj ze strony nerek i dróg moczowych autorowie nie widzieli również. Przy podaniu większej dawki antifebriny obniżenie ciepłoty następuje już po godzinie. Obniżeniu temu towarzyszą lekkie poty i zaczerwienienie skóry, kilka razy spostrzegano występowanie w tym czasie prosówki krystalicznej czerwonej. Po obniżeniu się ciepłoty chorzy błędą i niekiedy występuje nieznaczna sinica. Długotrwałość działania zależną jest od wysokości i uporczywości gorączki, a także od wielkości dawki i czasu jej podawania. Najznaczniejsze obniżenie ciepłoty występuje po 3—5 godz., poczem zazwyczaj następuje z początku powolne, później zaś szybsze wznoszenie się ciepłoty, aż do pierwotnej jej wysokości. Cały okres spadku i następczego podnoszenia się trwa 3—12 godzin. Podobnie jak to bywa przy antypyrynie, tak też i tutaj, podnoszeniu się cie-

płaty towarzyszą lekkie dreszyczki, rzadziej silny dreszcz. Oprócz braku wszelkich pobocznych działań autorowie zauważyli w wielu przypadkach, przy użyciu antifebriny, podmiotowe polepszenie ogólnego stanu chorych, poprawę łaknienia i powiększenie ilości wydzielanego moczu, przyczem ciężar gatunkowy tegoż zazwyczaj bywa niższym. Tętno zmniejsza się co do częstości, zwiększa się zaś napięcie w tętnicach. Oprócz własności obniżania ciepłoty autorowie znajdują, że antifebrina zmniejsza bóle gośćcowe, co daje możliwość przepisywania jej tychże specyficznych własności, które, odnośnie do gościa, posiada salicylan sodu. Autorowie utrzymują, że podawanie tego środka nie wywiera wpływu na skrócenie przebiegu chorób gorączkowych. LÉPINE widział zmniejszenie się bólów wiadów rdzenia towarzyszących. Niejednokrotnie stwierdzili autorowie własności przeciwnie do antifebriny, a zastosowanie jej w chirurgii nie zostało dotąd dokładnie zbadaniem, jakkolwiek dotychczasowe wyniki badań autorów w tym względzie, przemawiają raczej ujemnie, aniżeli dodatnio. W ustroju antifebrina zachowuje się w ten sposób, że część jej przechodzi przez organizm niezmienną, gdy druga się rozkłada. Z ciał pokrewnych antifebrinie najwięcej do niej zbliżonym pod względem fizyologicznego działania jest benzanilid. W celu wywołania takiego efektu, jak przy antifebrinie, należy zużyć benzanilidu prawie dwa razy większe dawki. Środek ten stosowali autorowie w 7 przypadkach duru brzuszego, w jednym zapalenia opłucnej w 2 suchot płucnych i w 2 ropnicy. Poty występują tutaj wraz z obniżeniem się ciepłoty. Zadziwiająca jest ta okoliczność, że pokrewny poprzednim salicylanilid, posiada bardzo nieznaczne przeciwgorączkowe własności. Związki pokrewne poprzedzającym, jako to *acetonaftylamid*, *acetotolidina*, *metylacetoamidobenzol* i inne, nie posiadają wybitniejszego przeciwgorączkowego działania i są zupełnie niezdatne do stosowania w celach leczniczych.

J. S.

Sprawozdania z posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 15 Marca r. b.

(Dokończenie. — Zobacz Nr. 12).

Pierwszy zabrał głos kol. DOBRZYCKI w następujący sposób: jeżeli do i tak już obszernego wykładu kol. H. chcę dorzucić słów kilka, to mnie do tego skłaniają dwa ważne powody: raz, że kwestyja poruszona należy do takich, których kontrolowanie przez drugich kolegów tylko korzyść dla nauki przynieść może i daną kwestyję w sposób obiektywny wyświetli, a powtóre, że rezultaty jakie przy miejscowym leczeniu owrzodzeń gruźliczych krtni otrzymujemy, pozwalają mniemać, że i miejscowe leczenie płuc powinno dać dobre rezultaty. Co się tycze pierwszego, to miałem sposobność obserwować z kol. H. prawie wszystkie leczone przez niego cięższe przypadki gruźliczego zajęcia krtni. Badając chorych już to razem z kol. H. już też oddzielnie a w wielkiej liczbie przypadków będąc obecnym przy operowaniu ich przez kol. H. mogłem własne wyrobić zdanie co do wpływu samego leczenia na przebieg choroby, a przez to jestem w możności potwierdzenia rezultatów podanych przez kol. HERYNGA. Nadto, miałem sposobność obserwowania rozwoju całej techniki chirurgicznej i ulepszania odnośnych narzędzi, które kolegom tu były okazywane i doszedłem do tego przekonania, że ten dział laryngo-chirurgii należy może do najtrudniejszych i że ujemne rezultaty jakie ktoś otrzymać może, bardzo prawdopodobnie będą na braku wprawy lub też użyciu narzędzi nieściśle warunkom anatomicznym lub umiejscowieniu owrzodzeń odpowiadających. Chorych, których razem obserwowaliśmy można podzielić na następujące grupy: do pierwszej należeli chorzy przemennie od roku 84 i 85 leczeni na suchoty płucne, których następnie leczylimy wspólnie z kol. H. od chwili, w której owrzo-

dzenia gruźlicze krtani lub nosa stwierdzić się dały. Tu należą 3 przypadki (Gumowska, Krzyżanowska, Iehen) z dodatnim wynikiem. Drugą grupę stanowili pacjenci kol. H. w liczbie 4-eh na kurację do Sławuty mi nadesłani, których leczyłem miejscowo za pomocą weierań kwasu mlecznego (Dąbrowski, Przewalski, Skotnicki, Steinberg F.) również z jaknajlepszym wynikiem. Trzecią grupę stanowiło 5-ciu chorych (Kreczetowicz, Kossowski, Polski, Rowiński, Grochowska), wyłącznie pacjentów kol. H. których wielokrotnie badałem i przy operowaniu których byłem obecny, mając tym sposobem możność stwierdzenia o ile stosowane leczenie na poprawę wpłynęło. Obecnie mam w leczeniu dwóch chorych których od czasu do czasu bada kol. H. (Palkiewicz, Ulnik) i którzy stanowią grupę czwartą. Nareszcie ostatnią grupę stanowią chorzy w liczbie 5-ciu (Rzepceki, Friedman, Fumarkin, Szapira, Skrzywkowska) lezeni przeważnie miejscowo kwasem mlecznym w r. ubiegłym w Sławucie z dobrym rezultatem. Pierwszego z nich leczył w szpitalu tu w Warszawie r. b. kol. WRÓBLEWSKI. Razem więc chorych badanych, leczonych, bądź wspólnie z kol. H. bądź oddzielnie i wogóle obserwowanych dokładnie w ciągu dłuższego czasu miałem 19. Jeżeli z tej ogólnej cyfry wyłączymy 8 przypadków już pomieszczonych w statystyce kol. H. z czego otrzymamy przypadków jedenaście, i do tych dodamy 9 przypadków ogłoszonych przez kol. OETUSZEWSKIEGO i 3 przez kol. WRÓBLEWSKIEGO, to ogółem biorąc otrzymamy blisko 60 spostrzeżeń, które przez czas dłuższy obserwowane i przez czterech wymienionych kolegów a nadto i kol. GURANOWSKIEGO widziane i kontrolowane, mogą być uważane za materiał ściśle naukowy. Wychodząc z zasady, iż sprawy gruźlicze w miąższu płuc się toczące są analogiczne z takimiż sprawami w krtani, zachęcony przez kol. H. używałem u chorych na suchoty płuc oprócz inhalacyj antyseptycznych i inhalacyj z kwasu mlecznego dwa do czterech procentowego, o czem w swoim czasie bliższych szczegółów kolegom udzielię.

Kol. DUNIN dziwi się, że wogóle można tak gorąco zaprzeczać wyleczalności gruźlicy krtani. Jeżeli tylko jesteśmy w możności usunąć w całości miejsce, będące siedliskiem sprawy gruźliczej, wtedy zabliźnieniu nic nie stoi na przeszkodzie. I to także niewątpliwe, że wyleczenie nastąpić może jedynie przy użyciu środków przez kol. HERYNGA wskazanych t. j. środków przyzęgających i mechanicznego usunięcia zajętych części. Wyniki otrzymane przez kol. HERYNGA, kol. DUNIN w kilku przypadkach mógł stwierdzić; szczególniej wydatną była poprawa w łykaniu; chorzy mocno to akcentowali. Nie można jednak twierdzić, aby zabliźnienie owrzodzeń krtani już samo przez się mogło spowodować uleczenie chorego, t. j. stanu jego płuc, w tych też przypadkach gdzie chorzy powracali do zdrowia, prawdopodobnie wpływały prócz zabliźnienia owrzodzeń krtani i inne pomyślne okoliczności. Jeżeli gruźlica krtani więc może być wyleczalną to w każdym razie zdaje się, że ilość podobnie pomyślnych przypadków będzie dość ograniczoną. Sama natura choroby na to wpływa. Owrzodzenia gruźlicze nie zawsze sadowią się na miejscach krtani dostępnych dla chirurgicznego leczenia. Często sadowią się one wyłącznie w dolnych częściach krtani, często jednocześnie z częścią nad strunami zajęta jest i część dolna. Że zaś tego badaniem nie zawsze można wykazać, nieraz więc będzie rzeczą wypadku, czy dany przypadek może być uleczony czy nie. Wreszcie kol. DUNIN ostrzega, aby pomyślny wynik leczenia krtani nie przenosić do terapii płuc. Dla zniszczenia ogniska w krtani używa kol. H. skrobania lub stężonego kwasu mlecznego; czyż może więc przypuścić, aby ten sam skutek wywarły wdechania 4—5% roztworu tegoż kwasu?

Kol. PRZEWÓSKI utrzymuje: 1) że anatomia patologiczna nie znajduje się w przeciwieństwie, jak twierdzi kol. HERYNG, z jego rezultatami terapeutycznymi. Przeciwnie, anatomia patologiczna wykazuje, iż wrzody gruźlicze krtani

i innych błon śluzowych, mogą się samoistnie goić lub podgajać. Nadto, kol. PRZEWÓSKI przytacza nowy przypadek samoistnego wygojenia się wrzodu gruźliczego krtani u człowieka zmarłego skutkiem pęknięcia tętniaka jednej z gałęzek tętnicy płucnej w ścianie starej kawerny przy *phthisis fibrosa tuberculosa*. 2) Kol. PRZEWÓSKI dowodzi, że twierdzenie kol. HERYNGA, jakoby krtani tuberkuliczna mogła być wyłącznie siedliskiem li tylko wrzodów tuberkulicznych, jest zanadto bezwzględne. W takiej krtani mogą tworzyć się niekiedy i innego rodzaju ekskoryjacje i owrzodzenia. 3) Kol. PRZEWÓSKI mniema, że sposób powstawania tak zwanych owrzodzeń kataralnych (utrata nabłonka) jest w przeważnej liczbie przypadków inny, niż go przedstawia kol. HERYNG, a mianowicie, że powstają one zwykle nie drogą odleżyn (*Decubitus-geschwüre*), a że główne powody ich tworzenia się są dwa, to jest: spulchnienie nabłonka i rozmaite mechaniczne urazy, jakim ciągle poddana jest błona śluzowa krtani.

Kol. GOLDFLAM zapytuje, czy w przypadku dotyczącym wiekowej pacjentki, z krtani której kol. H. okazywał preparaty mające dowodzić samoistnego zagojenia się owrzodzenia gruźliczego, krtani i płuca tejsze zawierały laseczniki gruźlicze, na co kol. H. odpowiada, że badanie tych narządów laseczników gruźliczych nie wykryło. Kol. GOLDFLAM nie wątpi o uleczałości gruźlicy krtani, chodzi mu tylko o zwrócenie uwagi na dany przypadek który, zdaniem jego, nie może być poczytany za dowód anatomo-patologiczny samoistnego zabliznienia się owrzodzeń gruźliczych, opis bowiem tego przypadku kliniczny i badanie zmian pośmiertnych podane przez kol. HERYNGA, raczej za cierpieniem przymiotowem przemawiają. Opiera zaś kol. GOLDFLAM swoje twierdzenie na tem, że przytoczone przez kol. HERYNGA wyniki badania mikroskopowego tylnej ściany krtani, gdzie *in rimula* znaleziono bliźnę, są właśnie takie same, jakie w przymiotcie znajdujemy. Rozrost włóknisty jest sprawą przede wszystkim właściwą przymiotowi we wszystkich okresach i przedstawia się jako mniej lub więcej twarda tkanka łączna na miejscu dawnych nacieczeń przymiotowych, uległych wessaniu. Zgrubienie naczyń z drobnokomórkowem nacieczeniem ścian i otaczającej tkanki, jest sprawą niemal specyficzną dla wszystkich cierpień przymiotowych, zwłaszcza późnych okresów (*end et periarthritis syphilitica*). Twór okrągły, z żółtych, świecących blaszek złożony, jest prawdopodobniej mikroskopowym syfilomatem (*gumma submilliare*) w stanie wstecznego przeistoczenia, a nie gruzelkiem. Chociaż gruzelki i miękczak (*gumma*) są mikroskopowo bardzo do siebie podobne, ta wszakże między nimi zachodzi różnica (pominąwszy nawet kwestyję laseczników gruźliczych), że pierwszy ma skłonność do zropienia i rozpadu, drugi do zasychania, przeistoczeń wstecznych, rezorbeyi, i pozostawienia włóknistych, twardych blizn. Jeżeli jeszcze zwrócimy uwagę, że zmiany w płucu polegały na włóknistym zwyrodnieniu (*cirrhosis pulmonis*), bez rozpadu tkanki i bez laseczników gruźliczych, że w przebiegu klinicznym zanotowano jako wybitny objaw silne i uporczywe bóle głowy i dolnych kończyn, to dojdziemy do przekonania, że cierpienie podeszłego wieku pacjentki, było raczej natury przymiotowej, aniżeli gruźliczej.

Kol. PAWIŃSKI, na którego sali chora leżała, opowiada, że głównym objawem był silny i lekomy nie ustępujący ból głowy, że znalazł stwardnienie jednego wierzchołka płuc (*pneumonia interstitialis*), że kaszlu, ani gorączki nie było.

Na każde z powyższych przemówień kol. H. udzielał szczegółowych wyjaśnień, starając się na podstawie własnych badań, poglądy swoje uzasadnić.

Na temże posiedzeniu profesorowie: Wł. BRODOWSKI, R. PŁASKOWSKI i Al. BIESIADECKI, na członków honorowych Warsz. Tow. Lek. przez aklamacyją wybrani zostali.

Wiadomości bieżące krajowe.

Krajowe. W N-rze 9-ym w sprawozdaniu z posiedzenia Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego z d. 15 Lutego r. b. podaliśmy końcowe cyfry przychodu i rozchodu Kassy tegoż Towarzystwa jako też Kassy wsparcia za r. 1885. Aczkolwiek liczby te przedstawiają ogół dochodów i rozchodów jakie wykazują główne księgi Kassowe, to jednakże jako niedające dokładnego pojęcia o rzeczywistym dochodzie i rozchodzie, uważamy za stosowne uzupełnić niektórymi szczegółami, a mianowicie:

Przychód Kassy Towarzystwa w r. 1885 tak się przedstawia:

Ze składek rocznych od członków czynnych	1585 rs.
Z prenumeraty Pamiętnika	360 rs.
Z dochodów z domu Towarzystwa	1200 rs.
	razem 3145 rs.

Rozchód wynosił:

Na płace urzędników kancelaryi Towarzystwa, woźnego i roznosiciela pism lekarskich	860 rs.
Na wydawnictwo Pamiętnika	1000 rs.
Na pracownię doświadczalną	300 rs.
Na czasopisma i dzieła do biblioteki	530 rs.
Na opał, światło, materiały piśmienne, ubezpieczenie od ognia ruchomości i t. p.	435 rs.
	razem 3125 rs.

Zatem remanent wynosił 20 rs. Cała zaś pozostała reszta dochodu w summie 29513 rs. zawiera różne wpływy na rzecz funduszu stypendialnego, różnych funduszy konkursowych i innych, jedynie w zawiadywaniu Towarzystwa będących a mających swoje wyłączne przeznaczenie. W tej sumie mieści się np. 10500 rs. podniesionych z b. Banku Polskiego, a należących do wymienionych funduszy, która to kwota znajduje się i w rozchodzie Kassy, gdyż została niebawem złożoną w depozyt innej instytucji finansowej.

Z tych samych powodów i rzeczywisty przychód Kassy wsparcia, o wiele skromniej się przedstawia, a mianowicie wynosił w r. 1885 zaledwie 5775 rs. 97 kop. z którego wydatkowano: na wsparcia 5215 rs. na pomoc biurową i inne wydatki 311 rs. 50 kop. tak, że rzeczywisty remanent w gotowiznie wynosił 248 rs. 50 kop.

— Posiedzenie kliniczne dodatkowe Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego odbędzie się we Wtorek d. 29 Marca 1887 r. o god. 6¹/₂ wieczorem.

I. JAKOWSKI. Odczytanie referatu Komitetu higieny publicznej „O dezynfekcji podczas choroby”.

II. K. NOISZEWSKI (z Dynaburga). O barwikowym zwyrodnieniu siatkówki (*retinitis pigmentosa*) i chorobach pamięci.

III. RUPPERT. O rokowaniu przy krwotokach kiszkowych w tyfusie brzuszny.

— Uzupełniając wiadomość w N-rze 12 Medycyny z r. b. podaną, dotyczącą odbyć się mającego międzynarodowego zjazdu lekarskiego w Waszyngtonie, dodajemy, iż lekarze konty-nentu chcą udać się do Ameryki i korzystać z dostępniejszych warunków podróży, winni się wcześniej zgłosić listownie do Konsula Stanów Zjednoczonych Ameryki w tem mianowicie mieście zamieszkującego, z którego ma wyjazd nastąpić. Na przewodniczącego zjazdowi wybrany został Dr. NATHAN S. DAVIS z Chicago. Lekarze chcący prace swoje na zjeździe przedstawić winni się odnieść listownie do Sekretarza Zjazdu D-ra JOHN'A B. HAMILTON'a, Washington D. C.