

# MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE  
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. O t. zw. rozszaniem zapaleniu nerwów. Podał S. Goldflam. (Ciąg dalszy). — Streszczenia i wyciągi 43. O leczeniu gruźlicy krtani zapomocą podśluzowych wstrzykiwań kwasu mlecznego. 44. O stosowaniu pilokarpiny w chorobach płuc. 45. Sine zabarwienie ujścia zewnętrznego pochwy, jako oznaka ciąży.—Sprawozdanie z posiedzeń Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego. Posiedzenie z dnia 21 Czerwca r. b.—Instrukcyja dla akuserek obowiązująca podczas pielęgnowania ciężarnych, rodzących i położnic.—Wiadomości bieżące.—Ogłoszenia.

## O T. ZW. ROZSIANEM ZAPALENIU NERWÓW

(*Neuritis multiplex, disseminata, polyneuritis*).

Podał S. Goldflam.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 26).

Jakie jest znaczenie obrzęków, które występowały tak na początku choroby, jak i później podczas jej przebiegu, które będąc stałym objawem na stopach, kilkakrotnie w pewnych warunkach się zwiększały i występowały także na twarzy? Bez wiadomej przyczyny, jakby napadowo, ilość moczu nagle się zmniejszała, występowały obrzęki na twarzy, powiększały się na stopach, goleniach, ogólny stan zdrowia, jak i miejscowy w kończynach się pogarszał, chora traciła apetyt, dostawała kaszlu. Badany w jednym takim napadzie świeży mocz wykazał wielką kwasność i obecność gotowych kryształów kw. moczowego w znacznej obfitości. Stan taki trwa przez kilka dni do tygodnia i ustaje, kiedy ilość dobową moczu zaczyna się zwiększać; wtedy obrzęk twarzy i objawy ze strony kanału pokarmowego ustępują, poprawa porażenia na nowo się posuwa. Nie wszystkie tego rodzaju napady tak szczęśliwie się kończyły, a ostatni, przy którym miało być bolesne oddawanie ostatnich, zmieszanych z krwią kropel moczu, spowodował znaczne pogorszenie tak w ogólnym stanie, jak i czynności kończyn, i zmusił chorą do powtórnego zapisania się na klinikę.

Obrzęki te nie zależą oczywiście od niedokrewności, ani od choroby serca, lub płuc, których to stanów nie było. W moczu tylokrotnie badanym białka nie znaleziono (raz jeden była słaba opalizacya, zależna od znacznej domieszki śluzopy), w osadzie nigdy ani jednego wałeczka. Nie można więc przypuścić choroby nerek, a obrzęki trzeba postawić w związku z peryodycznie występującą oligurią. Czy więc nie zachodzą tutaj jakieś zaburzenia naczynio-ruchowe i wydzielnicze, czy nagle występująca oliguria, a później polyuria nie jest, zresztą nicodosobniony to fakt w patologii, objawem nerwowym, za czem by przemawiała napadowość oligurii, obrzęków, jednoczesne pogorszenie się podstawowego cierpienia nerwów. Czy owa wadliwa przemiana materji, owa napadowa *diatesis urica*, także znajduje się pod wpływem nerwów, czy też na podobieństwo napadów podagry, sama wyzwała napady oligurji, trudno rozstrzygnąć. W każ-

Zwyrodnienie nerwów i mięśni było mniej głębokie w górnych kończynach, to też zmiany oddziaływania elektrycznego były tutaj mniejsze stosunkowo, aniżeli na dolnych kończynach. Z nerwów spłotu ramieniowego tylko nerwy promieniowe, pośrodkowe i łokciowe były dotknięte w swych rozgałęzieniach na przedramieniu i dłoni, mięśnie zaś ramienia i barku prawie nie przedstawiały zaburzeń. Największe zmiany oddziaływania elektrycznego znaleziono w obszarze przedramieniowym nerwów promieniowych, ale do zupełnego odczynu zwyrodnienia i w nich nie doszło. Pobudliwość faradyczna bowiem była jeszcze zachowana, chociaż zmniejszona, i taki zachodził fakt godny uwagi, że przy drażnieniu np. pnia nerwu promieniowego prawego na ramieniu otrzymaliśmy tylko skurecz mięśnia odsiebego i wyprostnego palucha, gdy inne mięśnie od tego nerwu gałązki otrzymujące, jak wyrotny, wyprosty napięstka, palców wspólny i t. d. nie mogły być do skureczu pobudzone. Taka różnorodność oddziaływania na strumienie elektryczne dowodzi niejednakowego natężenia sprawy zwyrodniającej we wszystkich gałązkach danego nerwu, co według KASTA, posłużyć może do różniczkowego rozpoznania od *poliomyelitis chronica*, przy której oddziaływanie elektryczne w obszarze jednego nerwu jest bardziej jednostajne. W mięśniach powierzchni wyprostnej przedramion i małych mięśniach rąk znaleziono w naszym przypadku najczęściej pobudliwość faradyczną zmniejszoną, a skurecz od drażnienia strumieniem galwanicznym słaby, leniwy, długotrwały, w niektórych mięśniach istniało odwrócenie formuły oddziaływania, to jest przewaga AnSZ, a były takie mięśnie, które przedstawiały faradyczny odczyn zwyrodnienia, to jest leniwy, robaczkowy skurecz przy drażnieniu tym strumieniem.

Takie same cechy powolności, jak przy odczynie zwyrodnienia, posiadał skurecz otrzymany przez uderzanie młotkiem brzuśców mięśni górnych kończyn, których pobudliwość mechaniczna była, oprócz tego, wzmożona. Objaw ten spotyka się zwykle w tych mięśniach, które dają elektryczny odczyn zwyrodnienia, chociaż nie zawsze, np. nie otrzymaliśmy skureczu przy perkussji mięśni dolnych kończyn, co prawdopodobnie zależało od zbyt daleko posuniętego w nich zwyrodnienia, jak z drugiej strony objaw ten istniał w takich mięśniach, jak dwugłowy i trójgłowy ramienia, które przedstawiały tylko bardzo słabe, ilościowe zmiany oddziaływania elektrycznego. Skureczów samoistnych, lub drżenia włóknikowego, tak często towarzyszącego porażeniom zanikowym innego pochodzenia, np. postępującemu zanikowi mięśni, w naszym przypadku nie było.

Równoległe prawie ze zwyrodnieniem nerwów i mięśni szło porażenie, które dotknęło łącznie kończyny, pozostawiając tułów i nerwy czaszkowe nie naruszone. Porażenie było o tyle zupełniejsze, o ile zwyrodnienie było większego natężenia, a więc w dolnych kończynach było większe, aniżeli w górnych i zajmowało części najbardziej obwodowe, to jest stopy i ręce. W dolnych kończynach doszło do zupełnego porażenia wszystkich mięśni poruszających stopy i palce, co odpowiada zupełnemu odczynowi zwyrodnienia w obszarze nerwów goleniowych tylnych i łydkowych, w górnych kończynach mieliśmy tylko osłabienie, lub ograniczenie ruchów rąk i palców, większe w prawej aniżeli lewej kończynie, odpowiednio do stopnia zwyrodnienia nerwów i mięśni.

Porażenie było wiotkie (*schlaffe Lähmung*), nie przedstawiające śladu przykurczenia, ruchy bierne w stawie gołenio-stopowym były nadmiernie obszerne. Chociaż w ogóle stopień porażenia odpowiadał zwyrodnieniu nerwów, tem dziwniejszym się okazuje fakt, że pomimo znacznych zmian oddziaływania elektrycznego w nerwach kulszowych i mięśniach tylnych powierzchni uda, chora mogła zginać kolana, a z poprawą, jaka nastąpiła, chora chodzić zaczęła, pomimo trwania odczynu zwyrodnienia. Ruch zatem dowolny możliwym jest nawet przy istnieniu znacznego stopnia zwyrodnienia nerwu i mięśni. REMAK<sup>43)</sup> spostrzegł przypadek *neuritis multiplex* z takim paradoksalnym zachowaniem się porażenia i odczynu zwyrodnienia w nerwie twarzowym.

Odruchy ścięgniste, tak w górnych jak i dolnych kończynach, były zniszczone. Jest to objaw prawie stale spotykany w *neuritis multiplex*, a który się tłumaczy przerwą zachodzącą w części obwodowej łuku odruchowego. Znikły również niektóre odruchy skórne, mianowicie podeszwowe, a ruch otrzymany w stawie biodrowym po kilku sekundach przykłóciu podeszwy, był raczej dowolnym usunięciem kończyny od drażniącego bodźca (*Abwehrbewegung*).

W sferze czuciowej znaleźliśmy niemniejsze, aniżeli w sferze ruchowej, zaburzenia. Były one jednym z głównych objawów, trwającym z rozmaitem natężeniem przez cały czas cierpienia. Już na samym początku, chora doznawała szarpających i strzelających bólów w obu stopach, charakteru neuralgicznego, mianowicie z przerwami i gwałtownymi nasileniami, dniami i nocą, z zupełnym prawie zakłóceniem snu. Później gwałtowność bólu się zmniejszyła, zmienił się charakter doznawanych bólów, wystąpiło darcie, rozmaite parestezye, jak szczypanie, zimno i mrowienie w stopach, palenie od kolan do palców, swędzenie w całej kończynie. W miarę poprawy cierpienia neurytycznego, bóle i parestezye w dolnych kończynach stawały się łagodniejsze i rzadsze. O wiele słabsze były objawy czuciowe w górnych kończynach, które w ogóle, jak widzieliśmy, były mniej chorobą dotknięte, aniżeli dolne kończyny. Chora skarżyła się tylko na drętwienie palców i uczucie jakby skureczenia się skóry na dłoniach.

Wynik badania przedmiotowego uczucia wykazał również daleko większe zmiany na dolnych kończynach. Dotyczyły one odcinków najbardziej obwodowych, a więc stóp, w mniejszym stopniu goleni, na udach uczucie przedstawiało się niemal prawidłowo. Znalezione zmiany były bardzo wybitne, mianowicie znieczulenie dotykowe, temperatury (w granicach średnich stopni), farado-skórne, ale najciekawsze dane dostarczyło badanie uczucia bólowego. Obok mianowicie znieczulenia, istniała nadmierna wrażliwość na ból, znaczne opóźnienie się wrażenia, jego długie trwanie i wielokrotność (chora doznawała wrażenia kilku po sobie następujących ukuć, zamiast jednego). Jak wiadomo, tego rodzaju zбочenia uczucia bólowego, jak dopiero co opisane, do niedawna były uważane za właściwe tylko chorobom rdzenia, mianowicie wiądowi. Pierwsi ERB i WESTPHAL pokazali, że się zdarzają i w cierpieniach nerwów obwodowych. Wobec dowiedzionego w ostatnich czasach udziału nerwów czuciowych obwo-

<sup>43)</sup> Neur. Cent. 1885. Nr. 14.

dowych przy wiaździe, zachodzi prawdopodobieństwo, że spostrzegane w tem ostatniem cierpieniu opóźnienie wrażenia bólowego, jego zdwojenie (naprzód dotyk, później ból) i t. d. zależy właśnie od zwyrodnienia skórnych gałązek czuciowych.

W górnych kończynach zmiany przedmiotowe czucia były mniejszego natężenia i rozprzestrzenienia; tyczyły się wyłącznie rozgałęzienia dłoniowego i palcowego nerwów promieniowych i pośrodkowych, a więc pierwszych 3 palców i odpowiedniej części śródreżca (*metacarpus*). I tu mieliśmy mniejsze lub większe znieczulenie dotykowe, faradyczne, temperatury i bólowe, a także opóźnienie, choć nie tak znaczne, ostatniego wrażenia.

Jak już zaznaczono, w obrazie *neuritis multiplex* przeważają prawie zawsze zaburzenia ruchowe. Chociaż w każdym prawie przypadku istnieją zakłócenia czucia, jak bóle samoistne, parestezye, to jednak przedmiotowe badanie tylko nieznaczne wykrywało zmiany. Skłoniło to nawet niektórych autorów (STRÜMPPELL) do przypuszczenia, że w *neuritis multiplex* dotknięte są przeważnie włókna ruchowe nerwu mięszanego. Nasz przypadek, w którym objawy tak sfery ruchowej jak i czuciowej były jednakowo wybitne, dowodzi jednakowego zajęcia wszystkich włókien nerwu obwodowego. Jak znaczne i jak zupełne musiało być zwyrodnienie nerwów w naszym przypadku, dowodzi znieśnienie zmysłu mięśniowego, który nawet w przypadkach SCHEUBEGO był zachowany. Chora nasza nie miała świadomości ruchów biernych wykonywanych w stawach golenio-stopowych, palcowych stóp i 2 pierwszych palcach rąk. Objaw ten, napotykaný dotychczas w wiaździe i za ośrodkowy uważany, może więc być także pochodzenia obwodowego.

Wspomnieć jeszcze należy o wielkiej wrażliwości na ucisk, jaką się odznaczały masy mięśniowe. Zależała ona oczywiście od chorobowo zmienionej pobudliwości mechanicznej, znajdujących się w stanie zapalnym rozgałęzień nerwowych. Winiemem dodać, że ta wzmożona wrażliwość na ucisk tyczyła się nie tylko mięśni, gdyż ucisk stopy nie mniej gwałtowny wzbudzał ból, a słabe uszczypnięcie fałdy skóry na grzbiecie stopy było nad wyraz bolesne. Przy niektórych innych sprawach zwyrodniających mięśni i nerwów, np. w *poliomyelitis anterior chronica* spostrzega się również wrażliwość mięśni na ucisk, ale nigdy w tak wysokim stopniu, jak w *neuritis multiplex*. Dla tego ostatniego cechującymi w ogóle w rozróżnieniu od *poliomyelitis anterior* są przedewszystkiem zaburzenia czuciowe, które podmiotowe, czy przedmiotowe w każdym przypadku zapalenia nerwów istnieją w mniejszem, lub większem natężeniu, gdy w *poliomyelitis* brak ich prawie zupełnie.

Czynność pęcherza i kiszki stolcowej pozostała w naszym przypadku, jak prawie zawsze w *neuritis multiplex* nienaruszona. LEYDEN wspomina o paru przypadkach z przypadłościami pęcherzowemi (bolesne i częste oddawanie moczu, zatrzymanie moczu), co by dowodziło udziału w rzadkich przypadkach i nerwów pęcherza.

Co się tycze przebiegu, to cierpienie w naszym przypadku doszło do rozwinięcia się wszystkich objawów w ciągu pół roku, odtąd zaczyna się poprawa, która się coraz wyraźniej zarysowuje i pomimo kilkukrotnych przerw, spowo-

dowanych napadowo występującymi obrzękami i t. d., powoli, ale stale postępuje. Do zupełnego wyzdrowienia w dolnych kończynach, ze względu na zbyt posuniętą sprawę zwyrodnienia w niektórych nerwach i mięśniach dojść nie mogło, ale uzyskana poprawa była bardzo znaczna. Po upływie roku chora mogła chodzić i pracować i ogólny stan zdrowia był zadawalniający. Górne kończyny wróciły zupełnie do stanu prawidłowego, w dolnych bóle i parestezye prawie całkowicie ustały, czucie i zmysł mięśniowy z wolna wracały, w stawach nawet golenio-stopowych pokazały się słabe ruchy, oddziaływanie elektryczne niektórych nerwów i mięśni znacznie się polepszyło. Na szczególną uwagę zasługuje zachowanie się odruchów ścięgnistych. Najpierw się pokazały w górnych kończynach, mianowicie odruch trójdzielnego ramienia, kolanowe zaś, których w chwili wypisania się chorej z kliniki jeszcze nie było, wróciły w 4 miesiące później. Odruch ścięgna Achillesa, a ze skórnych podszwowy, nie wróciły. Tak znaczna poprawa wskazuje na wielką zdolność regeneracyjną tak nerwów obwodowych, jak i zwyrodniałych mięśni.

Polepszenie trwało rok i byłoby ciągle postępowało (z wyjątkiem niektórych mięśni obszaru nerwu łydkowego, które całkowicie uległy zwyrodnieniu i zanikowi pierwiastków mięśniowych, jak brak oddziaływania na strumienie elektryczne pokazało), gdyby nie recydywa, która, bez wiadomej przyczyny, zaszła we 2 lata od początku choroby. Zaczęło się, jak zwykle u naszej chorej, od zmniejszenia ilości moczu i obrzęków, przyłączył się kaszel. Chora zmuszoną była położyć się do łóżka, w którym przez tydzień pozostawała. Gdy obrzęki zaczęły się zmniejszać, wystąpiły bóle w nogach i rękach, chora gorzej zaczęła chodzić i nie mogła już pracować. Badanie w klinice, do której ponownie wstąpiła, wykazało znaczne pogorszenie wszystkich objawów, tak sfery ruchowej, jak czuciowej, jak i oddziaływania elektrycznego. Rzecz godna uwagi, że odruchy kolanowe słabły coraz bardziej, lewy znikł wtedy, kiedy prawy był tylko osłabiony, nareszcie i prawy odruch kolanowy znikł. Jest to więc prawdziwa recydywa, posiadająca wszystkie cechy pierwotnego cierpienia, która, chociaż nie doprowadziła do takiego stopnia nateżenia objawów, jak za pierwszym razem, wstrzyma zapewne na długo zdrowienie. W całej dostępnej mi literaturze nie znalazłem wzmianki o powracających przypadkach rozsianego zapalenia nerwów. To co LEYDEN <sup>41)</sup> mówi, że *neuritis* po pierwszym wybuchu jeszcze nie zupełnie jest rozwinięte, że porażenie ma wybitną skłonność do rozszerzania się, jest tylko cechą rozwoju, a nie recydywą choroby. Jeden tylko SCHEUBE, z którego Kak-ke nasz przypadek tyle ma wspólnych cech, mówi wyraźnie o recydywach, które się w Japonii zdarzają w polowie wszystkich przypadków. Najczęściej, według SCHEUBEGO, recydywa pojawia się raz na rok, czasem na parę lat, niekiedy kilka razy w roku, tak że jeden osobnik czasem do 30 razy podlega tej chorobie. Nasz przypadek jest pierwszym, wykazującym, że i w Europie zdarzają się przypadki powracającego rozsianego zapalenia nerwów.

Widzieliśmy w części historycznej, jak często gruźlica spotyka się u oso-

<sup>41)</sup> Verhandlungen etc. S. 114.

bników dotkniętych rozsiaaniem zapaleniem nerwów. Niektórzy nawet autorowie, jak JOFFROY, EISENLOHR i inni, rozwój zapalenia nerwów czynią etyologicznie zależnym od gruźlicy. U naszej chorej, nie pochodzącej z rodziny suchotniczej, u której podczas pierwszego pobytu w klinice nie znaleźliśmy żadnych zmian w płucach, zaczyna się po 2 latach rozwijać przewlekłe cierpienie płucne, które dotychczas objawia się tylko kaszlem, jednorazowym krwiopłuciem, nieokreślonym oddechem, zwłaszcza wydechem, zbliżonym do oskrzelowego w prawym głównie wierzchołku. W płwocinie laseczników gruźliczych nie znaleziono. Gorączki ani razu u chorej nie spostrzegalem, ale istniała prawdopodobnie na samym początku, kiedy chora miała język suchy, pragnienie i ból głowy.

Na zakończenie chciałbym powiedzieć kilka słów o leczeniu. Rozsiane zapalenie nerwów jest w znacznej większości przypadków cierpieniem uleczalnym. Nasz przypadek należący do bardzo ciężkich pod względem natężenia zmian w nerwach i mięśniach wykazał, pomimo to, bardzo znaczną poprawę. Największą usługę oddała nam, w tym okresie rozwoju, w którym chora do kliniki przybyła, faradyzacja obwodowa nerwów i mięśni. Wraz ze zmniejszeniem się wrażliwości mięśni możliwym było zastosowanie, z początku nader ostrożne, mięsienia. Pożytecznymi się okazały kąpiele ciepłe, po których bóle się zmniejszały i chora czuła się lepiej. Do wewnątrz chora przyjmowała jod, żelazo, arsenik. LEYDEN widział bardzo pomyslnie wyniki od podawania w początkowych okresach kwasu salicylowego w ten sam sposób, jak przy gościecu stawowym. W okresie gwałtownych nerwobólów wskazane będą usmierzające leki (*narcotica*), można spróbować chininę, antypyrinę i t. d. W tym początkowym okresie nakazany jest bezwarunkowy spokój dotkniętych porażeniem kończyn. (d. n.)

## STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

43. MAJOR G. W. O leczeniu gruźlicy krtani zapomocą podśluzowych wstrzykiwań kwasu mlecznego. (Odbitka z *Canada Medic. and. Surgical Journ.* Dec. 1886 r.)

Wprowadzenie kwasu mlecznego jako miejscowego środka przy leczeniu gruźlicy krtani uważa autor za nową epokę w leczeniu tej strasznej choroby.— Wyłączne działanie kwasu mlecznego na tkanki chorobowo zmienione, na co zwrócił uwagę MOSETIG-MOORHOF przy leczeniu wilka, zużytkował KRAUZE dla leczenia gruźlicy krtani. 14 Października 1885 odczytał KRAUZE w Berlińskim Towarzystwie lekarskiem sprawozdanie o wynikach jakie otrzymał przy stosowaniu kwasu mlecznego w 14 przypadkach gruźlicy krtani. KRAUZE przedstawił chorych leczonych tą metodą i preparat krtani, w którym VIRCHOW stwierdził blizny, i tem samym możliwość wyleczenia owrzodzeń gruźliczych krtani.

Wyniki otrzymane przez KRAUZEGO stwierdzili w zupełności E. JELLINEK, GOTTSTEIN, ROSENBERG i T. HERYNG.

Autor leczył zarówno w prywatnej praktyce jak i w klinice (*Montreal General Hospital*) kilka przypadków nacieczenia gruźliczego krtani zapomocą kwasu mlecznego. Roztwory używane były różnoprocentowe i stosowane zapomocą penzli, gąbek, waty, lub pulweryzatora. Kwas mleczny w taki sposób stosowany ograniczał owrzodzenia przyczem tworzyły się blizny. Najlepiej działał kwas mleczny w przypadkach owrzodzeń gruźliczych na podniebieniu miękkim. Następnie autor przechodzi do stosowania kwasu mlecznego zapomocą podśluzowych wstrzykiwań przy gruźliczych owrzodzeniach krtani. Wspomina o przy-

padkach leczonych tą metodą na klinice KRAUZEGO. Na jednym posiedzeniu wstrzykuje M. 5—10 kropel 20—80% roztworu kwasu mlecznego zapomocą szpryki Herynga. Wstrzykiwania mogą być stosowane w każdym okresie choroby, i najskuteczniej działają w początkowych okresach jak przy obrzęku, i klinowatym obrzmieniu chrząstek nalewkowych. Następnie autor w streszczeniu podaje historię choroby pacjenta leczonego wyżej opisaną metodą.

Chory lat 34. Przy badaniu laryngoskopowem skonstatowano: charakterystyczne obrzmienie obu chrząstek nalewkowych, i więzów nagłośnio-nalewkowych, a na nich niewielkie powierzchowne owrzodzenia i wyrosła brodawkowe na tylnej ścianie krtani, oraz częściowe wypadnięcie torebki MORGAGNIEGO. Utrata głosu, bolesne polykanie. Typowy przypadek gruźlicy krtani nacieczenie w prawem płucu.

Leczenie krtani za pomocą wstrzykiwań rozpoczął autor po stronie lewej. Wykonał od 11 Września—11 wstrzykiwań co drugi a następnie co 3-ci dzień. Strona ta wróciła prawie do stanu normalnego. Z prawej strony wykonał siedem wstrzykiwań również z bardzo dobrym wynikiem. Chory nie ma bólów przy polykaniu, głos czystszy i oddech swobodny, do wewnątrz podawano jednocześnie choremu 3 razy dziennie po granie *hypophosphatis Calcis cum Soda*. Chory z początku skarżył się na krótkotrwały ból po wstrzykiwaniu, który się znacznie zmniejszył przy dalszych wstrzykiwaniach.

Jeżeli w miejscu ukłęcia igłą wytworzy się strup, to trzeba przerwać na pewien czas miejscowe leczenie, i ograniczyć się na stosowaniu spray'a z słabszego roztworu kwasu mlecznego. Po oddzieleniu strupa pozostaje powierzchnia pokryta ziarniną, i zabliznia się w ciągu kilku dni. Autor widział czasami kurczowe zamknięcie głośni, które występowało przy stosowaniu mocnych roztworów kwasu mlecznego za pomocą penzli lub gąbek. Do rozpylania mogą być bez obawy użyte mocniejsze roztwory.

Przy wstrzykiwaniach podśluzowych nigdy podobne objawy nie występowały.

Roztworu używa autor przeciętnie 20%, radzi jednak rozpoczynać leczenie od roztworów słabszych i stopniowo brać mocniejsze przy następnych posiedzeniach. Przeciętna ilość płynu do wstrzykiwania użyta wynosi 6—10 kropel.

Starać się powinniśmy aby ukłócie było głębokie, tym sposobem unikniemy rozlania się płynu na zewnątrz. W przypadkach w których nacieczenie gruźlicze przyjmuje kształt guziczków lub guza, wprowadzać igłę powinniśmy w środek tych tworów. Słabszy roztwór kwasu mlecznego może być jednocześnie użyty w formie penzlowań i rozpylań.

Leczenie za pomocą wstrzykiwań podśluzowych nie wyklucza bynajmniej stosowania jednocześnie i innych środków miejscowych.—Nie ma również autor nic przeciwko użyciu kokainy, chociaż dotychczas nie potrzebował się uciekać do tego środka.

Najważniejszą zaletą tej metody leczniczej jest to, że wstrzymuje cierpienie krtani w każdym okresie, nim się wytworzyły nadzarcia i owrzodzenia. Żadna dotychczasowa metoda nie dawała podobnych wyników, i na tem polega zdaniem autora jej wysoka wartość. Autor przytem zwraca uwagę na konieczność ogólnego leczenia przy gruźlicy krtani, obok stosowania środków miejscowych. W końcu zastanawia się nad powstawaniem pierwotnej gruźlicy krtani i nad poglądami autorów na tę postać chorobową.

Guranowski.

44. L. RIESS. 0 **stosowaniu pilokarpiny w chorobach płuc.** Używając pilokarpiny, jako środka napotnego w leczeniu chorób połączonych z wodną suchliną, wielokrotnie spostrzegał autor znaczną i szybką poprawę przewlekłej sprawy nieżytowej dróg oddechowych i duszności, jeżeli powikłania te występowały obok cierpienia głównego. Spostrzeżenie to zachęciło autora do wypróbowania pilokarpiny, jako środka wykrztuśnego, i w rzeczy samej okazało

się, że środek ten znacznie zwiększając płynną wydzielinę błony śluzowej oskrzeli ułatwia wyksztuszenie i w ten sposób zmniejsza duszność.

Przewlekłe, bardzo zadawnione nieżyty dróg oddechowych połączone z rozedną płuc, skąpą plwociną i dusznością przedstawiają najodpowiedniejszy materiał do leczenia pilokarpiną, jeżeli nicma znacznych powikłań ze strony serca, lub obrzęku płuc zastojowego. W trzydziestu podobnych przypadkach leczonych pilokarpiną autor otrzymywał zawsze szybką poprawę. Zależnie od ogólnego stanu chorych podawano  $\frac{1}{6}$  do  $\frac{1}{3}$  grana pilokarpiny pod postacią wstrzykiwań podskórnych początkowo co drugi dzień a następnie codziennie. Już po jednorazowym wstrzyknięciu obok wzmoczonego wydzielania się śliny spostrzegać się daje znaczne rozrzedzenie plwociny i zmiana rzeżeń suchych na wilgotne. Po kilku wstrzykiwaniach otrzymuje się stałe zmniejszenie duszności i poprawa stanu ogólnego. Po 12—15 wstrzykiwaniach (2—3 tygodnie) rzeżenia znikają prawie zupełnie, wykrztuszenie stawało się łatwym i duszność nieznaczna występowała tylko podczas chodzenia. Poprawa taka trwała przez kilka tygodni, a niekiedy i miesięcy.

Szczególnie skuteczną okazała się pilokarpina w nieżycie oskrzelowym z rozedną płuc, jeżeli duszność występowała pod postacią napadów astmatycznych. U niektórych chorych liczba napadów z 5—6 dziennie zmniejszała się do 1—2, już po tygodniu leczenia pilokarpiną. Osobliwie zmniejszała się liczba napadów nocnych, wskutek czego chorym powracał sen spokojny.

Przy włóknikowym zapaleniu płuc pilokarpina, podawana w okresie przełomu choroby, spowodowała bardzo szybkie pojawienie się rzeżeń trzeszczących na całej przestrzeni stepienia i również szybkie przejście tych ostatnich w rzeżenia wilgotne grubo-pęcherzykowe; zjawia się obfita plwocina pienista i w 8—10 dni po przełomie choroby znikają z płuc ostatnie ślady nacieczenia. W przypadkach powolnego znikania wysięku u osobników wyniszczonych pilokarpina szybko usuwa objawy chorobowe.

Dalej pilokarpinę stosował autor w 12 przypadkach ksztuśca u dzieci od 8—12 lat. Środek wstrzykiwano podskórnie w ilości  $\frac{1}{6}$  grana przez 1—2 tygodni codziennie lub co drugi dzień. U wszystkich chorych otrzymywano znaczne zmniejszenie liczby i siły napadów, plwocina stawała się więcej płynną, wykrztuszenie łatwym.

Przy błonicy pilokarpina do pewnego stopnia ułatwia oddzielanie się błon.  
(Berl. klin. Wochenschrift 1887. Nr. 15).

45. CHADWICK. **Sine zabarwienie ujścia zewnętrznego pochwy jako oznaka ciąży** (*Journ. of the amer. med.* 1886. Paździer. 16, str. 445). CH. w 440 przypadkach ciąży spostrzegał zabarwienie ujścia pochwy i znalazł, że w przeważnej ich liczbie istniało zabarwienie fioletowe aż do ciemno-granatowego. Często tak zabarwioną była tylko przodowa ściana i szczególnie wyraźnem było to zabarwienie naokoło zewnętrznego ujścia cewki moczowej. Gdy zabarwienie takie istnieje, jest ono doniosłą oznaką ciąży w pierwszych jej czasach; brak jego jednakże nie wyklucza ciąży. Już w 7-ym lub w 8-ym tygodniu ciąży się spostrzega. SKENE sądzi że przyczyną tego jest przekrwienie okresu twórczego (*stadium formativum*); zdaniem zaś JOHNSON'A jest to następstwem ucisku jaki wywiera powiększona macica na żyły; dla tego też i przy innych guzach zdarzać się może.  
(Ref. w Centrblatt f. Gynäk. Nr. 20—1887). J. R.

## Sprawozdania z posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

### Posiedzenie z dnia 21 Czerwca r. b.

Kol. MEYERSON przedstawił przypadek zarośnięcia zupełnego nozdrzy tylnych. W Lutym r. b. kol. MEYERSON przedstawił w Towarzystwie opis opero-



wanego przez siebie przypadku błoniastego zarosnięcia nozdry tylnych, obecnie jest w możności przedstawienia jeszcze jednego przypadku, różniącego się jednak od pierwszego zarówno etiologią jak i zmianami anatomicznymi. Chora 36-letnia mężatka S. B. od 2 lat cierpi na zupełną niemożność oddychania nosem, przedtem jednak przez 4—5 lat cierpiała na peryodyczne zatykanie się nosa, tak iż tygodniami, a nawet miesiącami nos bywał zupełnie zatkany, chwilami zaś przewód nosowy otwierał się, tak iż wycieranie nosa i oddychanie przez nos stawało się możliwem. W dzieciństwie chora cierpiała na gardło, w wieku od 13—17 roku. miała rany na podniebieniu i leczona była przez długi szereg lat jodkiem potasu. Od tego też czasu datuje dająca się zauważyć utrata języzka u chorej.

Ojciec chorej był dobrej budowy, zmarł w 48 roku życia na jakies cierpienie wątroby na które chorował przedtem przez lat 10, matka była wątła i zmarła w 59 r. na żółtaczkę. Rodzeństwa było 17-oro z których przy życiu pozostało 9, kilkoro z nich jest zdrowych, reszta wątła, jednej siostrze robiono jakąś operacyą w nosie i wyjmowano kostkę, przy czem nos uległ zniekształceniu. Chora regularność swą rozpoczęła w r. 18, wyszła za mąż w 23, 4 razy zachodziła w ciążę, z których 2 razy roniła (w 3 miesiącu), dwoje dzieci urodziła, z których jedno zmarło po 3 tygodniach na konwulsye, drugie (córka) żyje i ma lat 9; jest ono blade i cierpi na częste katary łącznicy. Mąż chorej jest zdrowy ale ma jakąś wysypkę na rękach i szyi. (Pomimo żądania kol. M. nie mógł go widzieć). Chora dosyć wysokiego wzrostu, wątłej budowy ciała i słabo odżywiona. Oddycha wyłącznie ustami, które są ciągle w pół otwarte nadając twarzy wyraz głupowaty. Wycierać nosa nie może, a spływającą wydzielinę musi jedynie obcierać, z jamy nosogardzielowej wydziela się sporo śluzu.

Przy badaniu nosa znajdujemy obfitą wydzielinę śluzo-ropną, po usunięciu której widać iż zarówno średnie jak i dolne muszle są przerosłe i brodawkowato przerodzone. Od tyłu jamy nosowe są zamknięte powierzchnią bliznowatą, co widać przy rynoskopii przedniej, a zgłębnik natrafia już w odległości 6—7 centymetrów na przeszkodę w postaci ściany mało podatnej, po której ślizga się nie znajdując ujścia ani ku górze ani ku dołowi. Badanie jamy gardzielowej wykazuje zupełny brak języzka, podniebienie miękkie jednak ruchome i nie przyrośnięte do tylnej ściany gardzieli. Przy badaniu rynoskopowem nie widać obrysów tylnych otworów nosa, ani też otworów trąbek Eustachiusza, natomiast daje się zauważyć nierówna powierzchnia blade różowego koloru zasłaniająca nozdrza tylne. Przy wprowadzeniu palca do jamy nosogardzielowej czuć obrysy nozdry tylnych, mianowicie przegrodę i otwory Moan ale pod zasłoną. Wprowadzenie katetera przez nos do trąbek Eustach. nie udaje się, tak samo nie udaje się próba Valsalvy, z czego wniesć należy iż trąbki Eustachiusza objęte są blizną i dla tego nieprzystępne. Stwierdza się to i przy badaniu samych uszu, przyczem okazuje się, iż błony bębenkowe są mętne, wciągnięte, bez refleksu, w lewej znajduje się blizna ruchoma w tylnej dolnej części. Słuch w lewem uchu mocno stępiony, zegarka pacjentka wcale nie słyszy nawet i przy dotknięciu, na promień zaś w odległości 2 łokci kamerton przyłożony do czoła słyszy w uchu lewem. Smak zachowany.

Przy badaniu innych narządów widzimy rozedmnę płuc w niewielkim stopniu, obniżenie granic płuc o 1 żebro.

W przypadku tym etiologia przedstawia się już nieco jaśniej, w obec cierpienia gardła z owrzodzeniami i utratą języzka, wydaje się prawdopodobnem przyjęcie przymiotu, mianowicie postaci jego dziedzicznej i jakkolwiek anamneza co do rodziców jest niepewną, to jednak cierpienia kości nosa u siostry i poronienia u naszej pacjentki zdają się za tem przemawiać.

Co do umiejscowienia błona ta różni się znacznie od opisaney poprzednio

przez kol. M. tem że w poprzednim przypadku trąbki Eustachiusza były wolne i dawały się katetyrzować, co w przypadku tym nie ma miejsca, gdzie zatem otwory są zaciągnięte przez bliznę, szczególnie otwór lewy, który jest mocno zwężony. Należy przyjąć, iż w przypadku tym w następstwie owrządzeń w jamie nosogardzielowej wytworzyły się jeszcze w młodym wieku blizny, które z początku zwężyły jedynie nozdrza tylne, następnie jednak zwężenie to rosnąc ciągle, doszło do tego stopnia, iż zatykając się wydzieliną wywoływało peryodyczne zamknięcie przewodów nosowych, aż nareszcie doszło do zupełnego zarośnięcia.

W dyskusyi nad wykładem kol. MATLAKOWSKIEGO kol. ORŁOWSKI zaznacza, że w omawianym przypadku tętniaka, (zob. Sprawozdanie w Nr. 25 str. 412 i 413) ten że powstał prawdopodobnie skutkiem sprawy zapalnej w ścianie torbieli i następnego przedziurawienia tętnicy, ponieważ ani przekłócie igłą PRAVAZA, ani żrące działanie rozczynu chlorku cynku same przez się nie mogłyby stanowić dostatecznej przyczyny do utworzenia się tętniaka. Kol. ORŁOWSKI stosował niejednokrotnie mocne rozczynty chlorku cynku na rany w których tętnice były obnażone na pewnej przestrzeni i nie widział nigdy, aby przeżarcie naczynia nastąpiło. Żałować należy, że kol. ORŁOWSKI nie mógł dokończyć swego przemówienia, w którym miał opisać spostrzegane przez siebie przypadki podwiązania tętniaków, jednemu bowiem z kolegów zdawało się, że rzecz ta niema bezpośredniego związku z przypadkiem kol. M.

Kol. WŁ. STANKIEWICZ niepodziela zdania kol. ORŁOWSKIEGO aby w tym przypadku przekłócie tętnicy igłą strzykawki Pravaz'a spowodowało powstanie tętniaka. Wszakżeż bardzo wielkie tętniaki aorty brzusznej leczono w Anglii przez wprowadzenie kilku lub więcej metrów cienkiego drutu żelaznego do tętniaka bez obawy uszkodzenia ściany i wywołania krwotoku. Kol. St. zna przypadek gdzie tętniak tętn. podobojczykowej wzięto za ropień i przekłóto trójgranicem próbnym; poznawszy błąd zasklepieno otwór przekłucia plastrem lepkiem i zastosowano nacisk bez żadnych złych następstw ze strony tętniaka. Ponieważ w przypadku kol. M. była przed tem torbiel, której zawartość wyściągnięto i zastrzyknięto 10% roztwór chlorku cynku, niewątpliwie nastąpiło bezpośrednie albo pośrednie, wskutek sprawy zapalnej, zniszczenie ściany tętnicy i utworzenie tętniaka. Przypadek opisany uważa kol. St. za bardzo pocuczający i postępowanie kol. MATLAKOWSKI wobec tak ciężkiego położenia zasługuje na wszelkie uznanie. Kol. St. niepojmuje tylko dla czego kol. MAT. pracę swą z takim naciskiem tytułuje „wykładem“ i określając warunki wykładów dla studentów i ciał uczonych mniema, że tytuł pomieniony względnie do odczytu nie jest usprawiedliwiony. Dalej wykazuje iż dla jasnego wyobrażenia sobie metody ANTYLLUS'A niekoniecznie potrzeba uciekać się aż do źródeł greckich; w literaturze bowiem mamy mnóstwo prac sumiennych badaczy jak: POTT, DESCHANPS, LISFRANC, ROUX, a wreszcie dzieła BROCA, niemówiąc o nowszych, gdzie metoda powyższa opisana jest jak najdokładniej. Kol. St. żałuje bardzo że kol. M. zachwycając się pięknymi cytatami autorów greckich nie poświęcił wzmianki dla pracowników na niwie ojczystej: jak dla s. p. Gierszrowta, którego lekcye o tętniakach po mistrzowsku oddane, pozostaną na zawsze pomnikiem wzorowego wykładu, oraz dbałości o przestrzeganiu czystości słownictwa polskiego. Toż samo można powiedzieć o jedynej, drukiem ogłoszonej u nas pracy o leczeniu tętniaków, pióra przedwcześnie zgasłego Jana KWAŚNICKIEGO. Co do cytat wygłaszanych w obcych językach, kol. St. mniema iż mają one wartość o tyle, o ile w pracy drukowanej służą do stwierdzenia wiernego pojęcia przez autora możebnych wątpliwości danej cudzoziemskiej cytaty; w odczytach zaś wygłaszane bez odpowiedniego przetłumaczenia nie przedstawiają żadnego interesu.

Kol. KRAJEWSKI przedstawił 3 chore u których wykonał wycięcie włókników macicy przez cięcie brzuszne. W pierwszym przypadku, dawniejszym, szypuła była pozostawiona nazewnątrz i gojenie dłuższy czas trwało. W dwu następnych przypadkach szypuła opuszczoną była do jamy otrzewnowej i założony był worek z gazy jodoformowej według sposobu MIKULICZA. Oprócz tego kol. K. pokazywał chorą, u której dokonał wycięcia torbieli obu więzów szerokiach. Po jednej stronie z powodu mocnych zrostów część ściany torbieli pozostawioną została, następnie założono dwa worki z gazy jodoformowej. W końcu kol. K. pokazał chorą, której przed niedawnym czasem wyciął przez pochwę macicę, posiadającą na wardze przedniej nieduży guz rakowy.

Kol. BRÜNER M. przedstawił chorą po wyluszczeniu mięsaka mocno unaczynionego na szyi głęboko położonego. W przypadku tym prof. JERREMOWSKI podwiązał tętnicę szyjową wspólną przed wyluszczeniem guza, aby zapobiedz krwotokowi; potem zaś był zmuszony podwiązać żyłę szyjową wewnętrzną.

## INSTRUKCYA DLA AKUSZEREK

obowiązująca podczas pielęgnowania ciężarnych, rodzących i położnic

wydana przez Radę lekarską i zatwierdzona przez Tow. Ministra Spr. Wewn. 4/16 Maja r. b.

Rada lekarska, po rozpatrzeniu projektu „Instrukcyi obowiązującej dla akuszerki podczas pielęgnowania ciężarnych, rodzących i położnic“ opracowanego przez oddzielną komisję byłego zjazdu lekarzy moskiewsko-petersburskich, orzekła, że Instrukcyja ta ze względu na swą jasność, dokładność, kierunek ściśle naukowy, jako zupełnie celowi odpowiadająca, zasługuje na powszechnie uznanie i powinna być obowiązującą we wszystkich instytutach położniczych, przytułkach dla rodzących i w mieszkaniach akuszerki przyjmujących u siebie rodzące. W tym celu ma być podana do powszechnej wiadomości w *Przewiel. Wiestniku* i *Archiwum medycyny sądowej i higieny publicznej*. Szkoły dla akuszerki obowiązane są wprowadzić wykład tych przepisów i baczyć na to, aby przy examinie ostatecznym, kończące szkołę akuszerki były dokładnie obeznane ze sposobem przeciwnielego opatrunku i pielęgnowania chorych i rodzących, a nadto dostarczyć każdej kończącej akuszerce po jednym egzemplarzu tej Instrukcyi, w celu ciągłego stosowania się do niej w praktyce. Nadto, akuszerki już praktykujące w miastach, powinny także zaznajomić się ze sposobem użycia opatrunku przeciwnielego wskazanego tą Instrukcyą. Wykształcenia tego w miastach gubernialnych mają się podjąć: wydziały lekarskie Rządów gubernialnych, zarządy i urzędy lekarskie, a w miastach powiatowych—lekarze miejscy i powiatowi. W celu uniknięcia niebezpieczeństwa przy stosowaniu środków silnie działających, jak np. sublimatu, dozwala się akuszerkom, w praktyce ich prywatnej, używać, jako środka przeciwnielego tylko roztworu kwasu karbolowego tej mocy, jaka została określona w Instrukcyi; wspomniane zaś w przepisach środki trujące, mogą wypisywać i stosować wyłącznie lekarze; akuszerki zaś—tylko z polecenia i pod okiem lekarza. Ze względu na to, że bezwzględna czystość stanowi najważniejszą podstawę przeciwnielego pielęgnowania, od obecnej chwili zobowiązać akuszerki ażeby się ściśle stosowały do przepisów czystości zawartych w niniejszej Instrukcyi, tak obsługi ciężarnych i rodzących, jakoteż i własnej osoby dotyczących.

### A. Przyczyny wywołujące gorączkę połogową.

Choroby połogowe, w szczególności zaś gorączka połogowa albo zakazenie krwi u położnic, należą do najcięższych i najniebezpieczniejszych chorób, a powstają wskutek zarażenia części płciowych u ciężarnych, ro-

dzących i położnic pierwiastkami gnijącymi (rozpadającą się ropą, śluzem, krwią i wogóle wszelkim brudem), zawierającymi właściwe zarazki.

Po zarażeniu, w narządach kobiety znajdujących się w miednicy, powstaje zapalenie, które w pewnej liczbie przypadków pozostaje chorobą miejscową, kończącą się pomyślnie, niezadko jednak pozostawiającą ślady na całe życie; w innych zaś przypadkach, podobne zapalenia przyjmują charakter złośliwy, przenikają coraz dalej i głębiej, zajmują coraz nowe tkanki i narządy, zarazek dostaje się do krwiobiegu, wywołuje rozpad gnilny całego ustroju kobiety i śmierć.

Zarazek dostaje się do ustroju kobiety z zewnątrz przez ranki, odtłoczenia, spekania, powstałe w ciążarnych, rodzących i położnic na częściach płciowych zewnętrznych, w pochwie, na wargach ust macicznych i na wewnętrznej powierzchni macicy. Zarażenie więc może nastąpić wskutek przeniesienia pierwiastków gnijących na miejsca uszkodzone części płciowych kobiety:

a) za pośrednictwem rąk akuszerki, narzędzi i innych przedmiotów, używanych podczas obsługi ciążarnych, rodzących i położnic (np. przez kanki maciczne, cewniki, gąbki, basseny, ceraty);

b) za pośrednictwem nieczystych materaców i bielizny, przesiąkniętych krwią, śluzem, odchodami połogowemi i wogóle pierwiastkami gnijącymi;

c) zarazek może być przeniesiony także z jednej położnicy na inną szczególnie po urodzeniu przez nią nieżywego lub ognitego płodu, po niezupełnym poronieniu, przy gnijących odchodach połogowych, przy zgorzeli części miękkich, niezagojonych ropniach, wszelkich owrzodzeniach, jak również dostaje się od chorych dotkniętych dyfterytem, różą, szkarlatyną i wtedy bywa przeniesiony nieczystymi rękami osób rodzącą lub położnicę obsługujących;

d) sama akuszerka, niezachowująca bezwzględniego porządku i czystości około siebie, szczególnie podczas miesiaczki lub też gdy ma obfite albo żrące t. z. białe upławy, jako też gdy ma ropnie lub owrzodzenia na palcach lub innych częściach ciała, może stać się przyczyną zarażenia rodzących i położnic przez nią obsługiwanych.

Pierwiastek zarażający jest niewidzialny, ale najmniejsza jego ilość, której ani okiem ani węchem wykazać nie jesteśmy w stanie, jest dostateczną do wywołania zarażenia.

Pierwiastki zarażające najczęściej osiadają na palcach, pod paznogiemi, w fałdach skóry, we włosach, w ubraniu (szczególniej wełnianem).

W wielu przypadkach zarazek dostaje się przez uszkodzoną błonę śluzową części płciowych zewnętrznych i sromu, w innych zaś, zanieiony bywa do szyi macicznej, a nawet do jej wnętrza: podczas badania, operacji i opatrunku nieczystymi palcami, narzędziami i innymi przedmiotami.

Gorączka połogowa występuje tak dobrze po porodach czasowych jak i po przedwczesnych, a nawet po poronieniach.

Zarazić się mogą i najzdrowsze ciężarne, rodzące i położnice, a przez przenoszenie się z jednej na drugą—gorączka połogowa może się stać źródłem epidemii. Nietylko cięższe przypadki gorączki połogowej są niebezpieczne ale i lżejsze przy niedbałej obsłudze mogą stać się groźnemi, a nawet nowe zachorowania spowodzić.

Z tego powodu, ciężarne, rodzące i położnice, powinny być otoczone jak najstارانniejszą obsługą, która polega na tem:

a) aby zapobiegać dostaniu się pierwiastka zarażającego do części płciowych;

b) aby niweczyć albo przynajmniej osłabiać wpływ zarażenia, jeśli ono już nastąpiło.

Podobne postępowanie nazywa się metodą przeciwnilną i polega:

- a) na utrzymaniu w największej czystości tak samej rodzącej lub położnicy jak i tego wszystkiego co z nią w zetknięcie przychodzi;
- b) na ściśle osobnieniu zdrowych ciężarnych, rodzących i położnic od chorujących;
- c) na zastosowaniu przy opatrunkach takich środków, które niszczą pierwiastki gnijące albo czynią je nieszkodliwymi.

## B. Instrukcja dotycząca użycia środków przeciwnilnych czyli niszczących zarazki, podczas pielęgnowania ciężarnych, rodzących i położnic.

W celu zniszczenia zarazków, albo przynajmniej, osłabienia ich szkodliwego wpływu, należy używać przy opatunku ciężarnych, rodzących i położnic, następujących środków przeciwnilnych, którym obecnie przyznana została największa skuteczność:

a) kwasu karbolowego oczyszczonego czyli krystalicznego w słabym (t. j. dwuprocentowym) i mocnym (t. j. pięcio-procentowym) roztworze wodnym.

Cheąc przyrządzić roztwory odpowiedniej mocy używa się czystego, czyli krystalicznego kwasu karbolowego, w następującym stosunku:

Słaby roztwór (2%) otrzymuje się gdy łyżkę stołową kwasu wlejemy do dużej butelki (od wina) wody; mocny (5%) gdy do tej samej ilości wody dodamy dwie pełne łyżki kwasu karbolowego.

b) Sublimatu, w słabym roztworze wodnym (t. j. zawierającym na 1 część sublimatu 4000 wody) i w mocnym (zawierającym 1 cz. subl. na 2000 wody).

Roztwory sublimatu albo otrzymują się z apteki z przepisu lekarza – gotowe, albo też przyrządzają się przed samym już użyciem z przepisywanego z wykle przez lekarzy roztworu 2% w wodzie przekroplonej.

Z tego ostatniego roztworu otrzymuje się: mocny roztwór sublimatu przez zmieszanie jednej łyżki (2%), z butelką wody, zawiera on wtedy 1 cz. subl. na 2000 w przybliżeniu wody; słaby, otrzymuje się przez zmieszanie jednej łyżki 2% roztworu z dwiema butelkami wody.

Uwaga I. Do rozpuszczania sublimatu należy używać wody dobrze przegotowanej, gdy zaś woda jest twardą, to musi po przegotowaniu odstać się; daleko jednak lepiej używać wody przekroplonej.

U. II. W celu uniknięcia wypadków nieszczęśliwych, jako też dla odróżnienia roztworu sublimatu od wody zwyczajnej, należy zabarwić go na niebiesko (farbką metyl-anilinową).

U. III. Roztwór sublimatu jest bardzo trujący, zapachu nie posiada, skórę rąk robi suchą i szorstką; plamy krwiste na bieliźnie zmazane tym roztworem nie dadzą się wyprać.

c) Chlorku wapnia, używanego w roztworze dwuprocentowym albo w proszku.

Mocny roztwór znajduje się w aptekach, przed użyciem powinien być rozcieńczony czterema częściami wody. Chlorek wapnia otrzymuje się z apteki bez recepty.

d) Jodoformu—i

e) Naftaliny.

Oba te środki używają się albo w proszku albo w roztworze.

Naftalina znacznie jest tańszą od jodoformu i bywa wydawaną z apteki bez recepty.

Wszystkie te środki przeciwnilne używają się tylko zewnątrznie, jedne z nich służą do obmywania, skrapiania, przepłókiwania; inne do zasy-

wania zranień i odtłoczeń; niektóre zaś do przeciwnilnych nakadzań i przygotowania środków opatrunkowych.

Do obmywania, skrapiania i przepłókiwania używa się zapomocą szklanego przyrządu (irrigatora) *Esmarch'a*: 1) roztwór sublimatu, 2) słaby roztwór kwasu karbolowego, 3) słaby roztwór chlorku wapnia. Też same roztwory używają się do mycia rąk przed—i po badaniu, a także do oczyszczania kanek maciecznych, cewników i wogóle wszystkich przedmiotów potrzebnych przy opatrunku (bassenów, cerat, podkładów i muszlinu).

Uwaga I. Basseny powinny być fajansowe lub gliniane a nie metalowe.

U. II. Narzędzia metalowe (stalowe, cynowe i miedziane) powinny być oczyszczane, po wygotowaniu w czystej wodzie, mocnym roztworem kwasu karbolowego, a nie sublimatu lub chlorku wapnia, gdyż te je niszczą.

Do zasypywania odtłoczeń i zranień części płciowych używa się jodoformu lub naftaliny drobno sproszkowanych.

Aby uczynić watę, skubanę, kawałki płótna, muszlin i inne przedmioty opatrunkowe przeciwnilnymi, należy je poddać działaniu roztworu, złożonego z 1 cz. sublimatu, 10 cz. soli kuchennej, 40 cz. gliceryny i 1000 cz. wody (t. j. bierze się łyżkę stołową roztworu 2% sublimatu, 1/2 butelki wody, łyżeczkę soli kuchennej i łyżkę stołową gliceryny); można również w tym samym celu używać mocnego roztworu kwasu karbolowego i słabego roztworu chlorku wapnia. Wszystkie przedmioty poddawane przeciwnilnemu działaniu tych płynów, powinny być poprzednio wygotowane w wodzie czystej, a następnie zanurzone w jednym z wymienionych płynów przez pewien przeciąg czasu; następnie po wyjęciu należy je wyżąć, wysuszyć i przechowywać w dobrze zamkniętych pudłach lub słojach, albo obwijać w papier woskowany.

Uwaga I. Tym samym sposobem należy postępować przy oczyszczaniu bielizny, która była w zetknięciu z chorem; na gorączkę połogową lub inne zaraźliwe choroby. Po napojeniu płynami przeciwnilnymi, bielizna powinna być następnie starannie wyprana i wypłókaną, jeżeli nie może być zniszczoną.

U. II. Wata zwyczajna, przed zrobieniem z niej przeciwnilnej, powinna być zamieniona na higroskopijną, przez zanurzenie jej w 2% roztworze węglanu sody, poczem należy ją oplókać w wodzie czystej, wyżąć i wysuszyć.

W celu przygotowania muszlinu jodoformowego, bierze się jodoformu sproszkowanego 10 granów na jeden arszyn muszlinu i rękami wciera go się w muszlin w jakim naczyniu glinianem dotąd, dopóki muszlin nie nabierze jednolitego zabarwienia żółtego, albo też napawa się muszlin 2% roztworem jodoformu w 90° wyskoku.

Muszlin nasycony naftaliną otrzymuje się przez zanurzenie zwyczajnego muszlinu w gorącym 10% wyskokowym roztworze naftaliny i następnie wysuszenie.

Przeciwnilne o c z y s z c z a n i e m i e s z k a ń polega oprócz p r z e w i e t r z a n i a (przez otwieranie okien, lufeków, pieców, kominów i t. p.) na rozpylaniu w danem miejscu roztworów sublimatu i kwasu karbolowego.

W razach wyjątkowych (po chorych na gorączkę połogową lub inne zaraźliwe choroby) wypada koniecznie, oprócz starannego wymycia podłóg, okien i drzwi, w y k a d z i ę m i e s z k a n i e c h l o r e m. Gaz ten otrzymuje się gdy gęstą mieszaninę chlorku wapnia z wodą (w naczyniu glinianem) polewać będziemy kwasem siarczanym; powstanie wtedy para dusząca, zielonawa, działająca o tyle skuteczniej, o ile bardziej powietrze pokoju nasycone było wilgocią. W tym celu przed nakadaniem należy zapomocą rozpylacza spryskać ściany i sufit pokoju wodą. Do oczyszczenia pokoju średniej wielkości potrzeba wziąć chlorku wapnia od 1—1 1/2 funta a kwasu siarczanego szklanke.

U w a g a. Przy wykadzaniu chlorem należy zachować wielkie ostrożności, gdyż chlor wywołuje kaszel, krwioplucie, a nawet może spowodować zadu-

szenie; oprócz tego, gaz ten niszczy wszelkie metale (pożłotę, brzozy, fortepian-y). Dla tego przed wykadzaniem należy usunąć z mieszkania ludzi (również zwierzęta i rośliny); drzwi i okna powinny być szczelnie zamknięte i oblepione w ciągu 12 godzin, poczem mieszkanie podlega przewietrzaniu przez dni kilka. (d. n.)

### Wiadomości bieżące zagraniczne.

— KOBERT z Dorpatu proponuje zamiast Salolu, który już przy 3—4 grm. daje objawy zatrucia, *naftalol* czyli naftol-salol. Jest to połączenie analogiczne z salolem, tylko że zamiast fenolu zawiera  $\beta$ —naftol. W wodzie się nie rozpuszcza. W dawkach 0,3—0,5 grm. nie wywołuje żadnych przypadłości ogólnych, jak to przy użyciu Salolu spostrzegamy. W moczu pojawia się jako ciała, dające z półtorachlorkiem żelaza barwę fioletową. Szczególniej zaleca autor środek ten przy goście stawowym ostrym i niezycie rzeżączkowym pęcherza.

— W Nr. 4 „*Therap. Monatshefte*” EWALD podaje przepis na lawatywy o dży w-cze. W szpitalu radzi stosować mieszaninę następującą: 3—5 jaj, 150 c. sz. 15—20<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-owego roztworu cukru gronowego i nieco krochmalu lub *Mucil. gummos.* z kilkoma kroplami *Tet. laudani.* Cała ilość nie powinna przekraczać 250 c. sz. i może być podzieloną na 2 lub 3 porcje, zadane w ciągu dnia. W praktyce prywatnej stosuje 2—3 jaja, zmieszane z łyżeczką wody; do tego dodaje się nieco krochmalu, zagotowanego poprzednio z 1/2 filiżanki 20<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-owego roztworu cukru gronowego, a następnie kieliszek czerwonego wina; płyn ten nie powinien być za gorący, ażeby jajka nie krzepły. Całkowita ilość ma wynosić najwyżej 250 c. sz. Można dodać także łyżeczkę peptonu mięsnego lub mlecznego. Po wstrzyknięciu lawatywy pacjent zostawac powinien czas jakiś w położeniu na wznak lub na bok.

JACCOUD w „*Semaine méd.* Nr. 18 podaje przepis następujący: 250 grm. buljonu, 120 grm. wina, 2 żółtka oraz 4—20 grm. suchego peptenu.

— O sacharynie (ob. Nr. 20 *Medycyny* z r. 1886). Dr. ABELIS z Karlsbadu opisał w *Wien. med. Woch.* Nr. 24 preparat, mogący mieć ważne znaczenie w dyetetyce chorych na cukrzycę. Jest to związek kwasu bendźwinowego, otrzymany z węgla kamiennego przez Fahlberga; z wyjątkiem smaku niezmiernie słodkiego nie ma on nic wspólnego z cukrem. Białawy proszek krystaliczny, rozpuszcza się trudno w wodzie zimnej, łatwiej w gorącej, a najłatwiej w wysokoku. Rostwory oddziałują kwaśno. Sacharyna wsysa się z wielką łatwością, i po upływie 1/2 godziny wykazać się daje w moczu w stanie niezmiennym. Do śliny i mleka nie przechodzi. Ludzie i psy znośzą bez szkody dawki do 2 1/2 dr. dziennie. Sacharyna powstrzymuje fermentację. Jest ona o 280 razy słodsza od cukru trzcinowego, a 1 gran dodany do kawy słodzi ją aż nadto. Sacharyna nie wywiera żadnego wpływu na zwiększenie wydzielania cukru z moczem, ani na ogólny stan chorego.

### Wykaz prac oryginalnych w czasopismach lekarskich polskich zamieszczonych.

W Przeglądzie lekarskim. W N-rze 26. OBRZUT. O komórkach olbrzymich w naciekach zapalnych i w niektórych nowotworach. MIKULICZ. W sprawie techniki operacyjnej przy bocznej faryngotomii. OBALIŃSKI. W sprawie techniki operacyjnej przy bocznej faryngotomii. Odpowiedź. CYBULSKI. O hipnotyzmie ze stanowiska fizjologicznego (c. d.). W *Odcinku*. JABLONOWSKI. Szkice sanitarne w Persyi (c. d.).

W *Gazecie lekarskiej*. W N-rze 26. R. TRZEBICKY. Dodatkowy przyczynek do wycięcia jelita w przypadkach przepuklin uległych zgorzeli. J. GARBOWSKI. Uwagi o mięsieniu czyli massażu, oparte na własnem doświadczeniu klinicznym (c. d.). STRZEMIŃSKI. Sprawozdanie z działalności szpitala oftalmicznego Wileńskiego zostającego pod dyrekyą D-ra Cywińskiego, za rok 1886. Wystawa Hygieniczna (dok.).

W *Kronice lekarskiej*. W N-rze 6. Dawid WASSERCUG. Co robić przy poprzedzaniu łożyska?

REDAKTOR I WYDAWCA, DR. Gustaw Fritsche. Adres Redakcyi: Aleja Jerozolimska N. 80.

dym razie, owa napadowa *diatesis urica* i niektóre objawy jak *herpes faciei*, spostrzegane u naszej chorej, nasuwają myśl o diatezie gośćcowej (*rheumatoide Erkrankung*). Wiadomo przecież, że LEYDEN, ze względu na częste powikłanie *neuritis* z gościcem stawowym, przypuszcza blizki tych chorób stosunek. Domieszka śluzo-ropy do zachowującego długo swą kwasność i nierozkładającego się moczu, nieobecność drobnoustrojów w świeżo oddanym moczu, brak objawów podrażnienia pęcherza, wskazywałyby *pyelitis (calculosa?)*. Objasnienie oliguryi zatkaniem przewodów moczowych przez czopek śluzowy jest wszakże niewystarczające w naszym przypadku, gdyż nie spostrzegano nigdy zupełnego zatrzymania wydzielania moczu.

Że w danym przypadku obrzęki znajdowały się pod wpływem nerwów, dowodzi obrzęk stóp, objaw stale istniejący przez cały czas spostrzegania, chociaż, zmienny pod względem natężenia, co zależało od nasilenia, lub zwolnienia sprawy zapalnej w nerwach, a także chwilowo od poziomego, lub opuszczonego położenia kończyn. Obrzęk ten dotyczył nie tylko powierzchni grzbietowej stóp, ale więcej jeszcze powierzchni podeszwowej, mniej skóry samej, aniżeli tkanek głębszych, palec nie łatwo wyciskał płytki dołek, skóra przedstawiała się cienką i delikatną z widoczną siatką naczyń na grzbietowej powierzchni, ciemno-czerwoną i siną na podeszwach i palcach. Nasz przypadek obfitował w ogóle w różnorodne objawy naczynio-ruchowe, wydzielnicze i odżywcze przeważnie na stopach i rękach. Oprócz obrzęku i siności mieliśmy znaczne pocenie się rąk i stóp (zwłaszcza powierzchni dłoniowych i podeszgowych), powstanie pęcherzyków, zgrubień i owrzodzeń atonicznych na palcach, swędzącą wysypkę na kończynach, łuszczenie się skóry rąk i stóp, pęknięcie paznogi i ich zgrubienia, wreszcie *herpes*, o którym już była mowa.

Ale najważniejszym zaburzeniem odżywcem było zwyrodnienie nerwów i mięśni, którego wyrazem, bardziej jeszcze aniżeli porażenie i zanik, było zmienione oddziaływanie elektryczne. Zwyrodnienie to było następstwem zapalenia nerwów, na które mieliśmy dowód bezpośredni w zgrubieniu i nierówności dostępnych badaniu nerwów górnych kończyn. Nerwy promieniowe, pośrodkowe w mniejszym stopniu łokciowe były nie tylko grubsze, aniżeli normalnie i nierówne, ale bardzo wrażliwe na słaby nawet ucisk, przyczem ból się rozprzestrzenił na odpowiednie odcinki skóry dłoni rąk i palców. Bardziej głębokiemu położeniu nerwów dolnych kończyn przypisać należy tę okoliczność, że się wymacać nie dały, pomimo, że zmiany w nich, sądząc po głębokich zmianach oddziaływania elektrycznego i znacznem upośledzeniu funkcji, były większe, aniżeli w nerwach górnych kończyn. Z dwóch pni zaopatrujących dolne kończyny, obszar nerwu kulszowego był bardziej dotknięty, aniżeli nerwu udowego. We wszystkich prawie gałęziach nerwu kulszowego znaleziono oznaki daleko posuniętego zwyrodnienia, wyrażającego się głęboką zmianą oddziaływania elektrycznego. Gałęzie zwłaszcza końcowe nerwu kulszowego, obszary mianowicie nerwu goleniowego tylnego i łydkowego, przedstawiały zupełny odczyn zwyrodnienia, aż do wygaśnięcia pobudliwości elektrycznej w niektórych mięśniach. W obszarze nerwów udowych zwyrodnienie było znacznie mniejsze i znaleziono osłabienie pobudliwości elektrycznej.