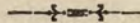


# GAZETA LEKARSKA.

## I. PRZYCZYNEK DO LECZENIA PRZETOK MOCZOWYCH METODĄ PŁATOWĄ.

Podał

Czesław Stankiewicz [Łódź].



Wiek XIX stanowi epokę przełomową w historii leczenia przetok moczowych: 200 lat blisko czekała ludzkość, zanim genialny amerykańczyk MARION SIMS (1) pospołu ze swym uczniem BOZEMAN'em (2) wprowadzili metodę okrwawiania brzegów przetoki i następczego zeszywania *en masse*, metodę, proponowaną jeszcze w XVII stuleciu przez holenderskiego chirurga van ROONHUYZEN'a (3). Dzięki nowej metodzie, przetoki moczowe, uważane dotąd zazwyczaj za nieuleczalne, stały się polem, na którym otrzymać można wyniki względnie znakomite. Metoda ta, t. z. amerykańska, z której historią łączą się imiona tak znakomitych lekarzy, jak: SIMPSON i BAKER BROWN w Anglii, SIMON i HEGAR w Niemczech, FOLLIN i VERNEUIL we Francyi, NEUGEBAUER u nas, nie jest jednak i nie może być metodą wyłączną, rodzajem jakiegoś *panaceum*, wobec wielkiej różnorodności przetok moczowych, ich rozmaitego położenia i niejednakowej dostępności. Oddawna też odczuwano potrzebę innych sposobów, któreby w przypadkach, dla metody amerykańskiej nieodpowiednich, dawały możność uniknięcia przykrej konieczności zaszywania pochwy (*colpocleisis*), będącego, bądź co bądź, wyrazem naszej nieomniomocnej chirurgicznej. Niedostępność przetoki od strony pochwy, spowodowana częściowym brakiem tejże, jej zbliźnowaczeniem lub innymi przyczynami, była pobudką do wynalezienia całego szeregu mniej lub więcej udatnych zabiegów, otwierających dostęp do przetoki, bądź przez sam pęcherz, bądź przez jamę brzuszną.

TRENDELENBURG (4) robi cięcie nad spojeniem łonowym, oddziela mięśnie proste brzucha w miejscu dolnego ich przyczepu, otwiera pęcherz i od strony tego ostatniego zaszywa przetokę po dokładnem jej okrwawieniu. W podobny sposób operują MC. GILL, BOND (5) i POUSSON (6).

BARDENHEUER (7) robi również cięcie nad spojeniem łonowym, dochodzi do pęcherza, oddziela go od otrzewnej aż do wgłębienia pęcherzo-macicznego (*excav. vesico-uterina*), następnie od macicy i pochwy do miejsca, gdzie się znajduje przetoka, poczem zaszywa tę ostatnią. Cała operacja odbywa się tu po za otrzewną.

DITTEL (8) otwiera wprost jamę brzuszną cięciem od spojenia łonowego do pępka, przecina otrzewną na dnie wgłębienia pęcherzo-macicznego, oddziela następnie pęcherz od macicy, *resp.* pochwy, udostępniając w ten sposób przetokę i umożliwiając jej zaszyście.

FRANK (9) proponuje wywołanie sztucznego opadnięcia (*descensus*) pochwy i macicy. Robi to w ten sposób: cięciem poprzecznym, które prowadzi tuż nad spojeniem łonowym, przecina ścianę brzuszną, dochodzi do otrzewnej, odsuwa ją, przecina więzy pęcherzowo-łonowe (*lig. pubovesicalia*) i więzy obłe macicy, poczem z wielką łatwością ściąga tę ostatnią ku dołowi wraz z pęcherzem, a przez to czyni możliwym wykonanie operacyi od strony pochwy. Duże trudności przy operacyach przetok może stwarzać przyrośnięcie brzegów do kości miednicy. W tych przypadkach SCHAUTA (10) robi cięcie pionowe na zewnątrz od wargi sromowej większej, dochodzi do miejsca przyrośnięcia, oddziela pęcherz od kości na tępo, poczem przystępuje do okrwawienia i szycia. W jednym przypadku (11) oddzielenie przyrośniętego brzegu przetoki było możliwym dopiero po zrobieniu przecięcia spojenia łonowego (*symphyseotomia*).

Do rzędu trudnych zadań zaliczyć również należy zaszyście dużych przetok, powstałych po zmartwieniu całej lub prawie całej przegrody pęcherzowo-pochwowej. Zbytne napięcie, zdarzające się przy zbliżaniu okrwawionych brzegów, a częstokroć zupełna niemożność dokładnego ich zbliżenia, nie pozwalają w tych przypadkach na zastosowanie metody amerykańskiej. Pełna oryginalności myśl W. A. FREUND'a (12), polegająca na ściągnięciu trzonu macicy przez tylne sklepienie i zabezpieczenie nim utraty tkanki, przyczem odpływ krwi miesięcznej zostaje zabezpieczony przez plastyczne założenie nowego otworu w trzonie macicy, walczy tu o lepsze ze sposobem v. ROSTHORN'a (13), który wszywa w przetokę szyję maciczną, po uprzednim ściągnięciu macicy i uwolnieniu jej od istniejących na razie zrostów.

Jak widzimy, mamy tu do czynienia z całym szeregiem przeważnie ciężkich zabiegów chirurgicznych. Otóż metoda t. zw. płatowa czyni stosowanie wymienionych operacyj przynajmniej w części przypadków zgoła niepotrzebnem. Już w r. 1888 FRITSCH (14) robił cięcie poprzeczne przez przetokę, oddzielał pochwę od pęcherza ku górze i ku dołowi, a następnie zeszywał utworzoną ranę *en masse*. WINCKEL i WALCHER (15) szyją pęcherz i pochwę oddzielnie. FOLLET (16), WOELFLER (17) v. HERFF (18), BENCKISER (19), wreszcie w 1894 roku MACKENRODT (20) wskrzesili myśl JOBERT'a (21) [1847], t. j. oddzielenie pęcherza od macicy, którą tenże w szeregu operacyj zwanych przez niego: *cystoplastie par glissement*, z dobrym skutkiem ongi już urzeczywistnił. W ostatnich czasach pisali o metodzie płatowej WINTERNITZ (22), FLAISCHLEN (23), BAER (24), MITTERMAIER (25), FENOMENO W (26).

Metoda płatowa, jak sama jej nazwa wskazuje, polega przedewszystkiem na tworzeniu płatów. W zastosowaniu do przetok moczowych, tworzymy owe płaty przez oddzielenie pochwy od pęcherza, a w potrzebie i pęcherza od macicy. Oddzielenie to nie napotyka poważnych przeszkód, o ile nie mamy do czynienia z tkankami bliznowatemi. Szycie utworzonych płatów odbywa się w ten

sposób, iż przedewszystkiem szeregiem szwów głębokich zamykamy pęcherz, następnie przechodzimy do zaszycia rany pochwowej.

Korzyść takiego postępowania łatwo daje się wykazać. Przedewszystkiem i co najważniejsza, zmniejszamy w ten sposób do *minimum* napięcie brzegów rany, co ma osobliwe znaczenie przy dużych przetokach i znakomicie zwiększa prawdopodobieństwo rychłozrostu. Powtórę, czynimy dostępnymi dla oka i ręki te przetoki, które przez swe położenie w inny sposób osiągnąć by się nie dały. Potrzebie, posiłkując się metodą płatową, a więc odzieleniem pęcherza od macicy, zyskujemy możność lepszego rokowania w przypadkach przetok sklepieniowych, przylegających do części pochwowej lub też część jej zajmujących, które dotąd dawały stosunkowo najmniejszą odsetkę zupełnych wyleczeń. To samo wreszcie stosuje się do przetok szyjkowo-pęcherzowych.

Wyniki dodatnie, dzięki metodzie płatowej otrzymane, stały się dla mnie pobudką do podania opisu kilku przetok, w ten sposób uleczonych doszczętnie. Zanim jednak przystąpię do przytoczenia spostrzeżeń, chciałbym słów kilka powiedzieć o sposobie operowania, którego się trzymam. Operuję z zasady pod chloroformem lub eterem, w ułożeniu zwykłym ginekologicznem, gdyż wtedy spokojnie mogę tworzyć płaty odpowiedniej wielkości, ściślej przymierzyć brzegi i dokładnie wszystko zeszyć. Po uśpieniu chorej, zakładam do pochwy dolną łyżkę MARTIN'a, przeprowadzam przez część pochwową grubą nić jedwabną, za pomocą której ściągam macicę, ile można, ku dołowi i przywiązuję do rękojeści tej łyżki. Ściągnięcie to znakomicie ułatwia operację, udostępniając przetokę. Rozumie się, iż przed operacją ściśle przestrzegam zasad antyseptyki przedmiotowej i podmiotowej. Samą operację wykonywam według wskazań aseptyki, nie dopuszczając do zetknięcia się z raną żadnych płynów dezynfekcyjnych. Jako materiału do szycia używam wyłącznie katgutu i jedwabiu. Ten ostatni wygotowuję przed użyciem; katgut zaś przygotowuję w sposób następujący: nawijam go na grube pałeczki szklane w jeden rząd, moczę przez 15 minut w eterze, następnie zanurzam na 12 godzin do 6% formaliny, po wyjęciu gotuję przez kwadrans i przechowuję w wysoku sublimatowym [1:1000] z dodatkiem 5% gliceryny [modyfikacja metody HŁAVAČKA i HALBAN'a (27)]. Używam katgutu tylko do szwów pęcherza i innych głębokich, ranę zaś pochwową zeszywam zawsze jedwabiem. Szycie całej przetoki wyłącznie katgutem, jak to zalecają niektórzy, uważam za mniej pewne i w 3 przypadkach, w których to stosowałem, miałem wyniki ujemne. Po zaszyciu pęcherza robię próbę mlekiem przegotowanym, i gdy ta stwierdza dokładność zaszycia, przechodzę do rany pochwowej, w przeciwnym razie nakładam jeszcze kilka szwów pęcherzowych, zazwyczaj t. z. szwem krzyżowym. Po skończeniu operacji, wkładam do pochwy wazki pasek gazy jodoformowej, do pęcherza zaś wprowadzam na stałe cewnik kauczukowy, przyszywając go luźno, według doskonałej rady FRITSCH'a (28) do ściany cewki. Cewnik pozostaje od 5 do 8 dni, bywa oglądany codziennie, a w miarę osadzania się złogów moczowych wyjmowany i oczyszczany. Przechodzę do kazuistyki.

**Przypadek I.** *Fistula vesico-vaginalis.*

16. II. 1896. Maryanna S., lat 30, zameżna od roku, żona wyrobnika. Przed 8 tygodniami poród, po upływie 3½ dób ukończony siłami natury. W tydzień po porodzie S. zauważyła bezwiedne oddawanie ciągle moczu.

*Status praesens.* Nizka, szczupła szatynka. Wymiary miednicy: 26, 29, 31, 19. Srom zacerwieniony, ze sromu wypływa mocz. W pochwie dużo blizn w różnych kierunkach. W górnej części, blisko części pochwowej, blizna okrężna, zwężająca znacznie w tem miejscu światło pochwy. Tuż za tą blizną na linii międzymoczowodowej, blisko od ujścia prawego moczowodu, kryje się mała przetoka, prowadząca do pęcherza, dla oka na razie niedostępna. Macica w tytopochyleniu, niepowiększona, niebolesna, w ruchomości znacznie ograniczona.

Operacja 22. II. 1896. Odurzenie chloroformowe. Po rozcięciu blizny okrężnej przez 2 głębokie boczne cięcia i po nieznacznem ściągnięciu macicy, przetoka staje się cokolwiek dostępniejszą. Cięcie poprzeczne przez przetokę. Odseparowanie płatów pochwowych ku górze i ku dołowi. Po dokonaniu tego, przetoka staje się dokładnie widoczną, ma formę eliptyczną, o długości 7—8 młm., szerokości 3 młm.. Zaszycie ran pęcherza i pochwy. Cewnik stały. Przebieg pooperacyjny bezgorączkowy. Wyjęcie nici 10-go dnia. Rychłozrost na całej przestrzeni.

**Przypadek II.** 14. III. 1896. *Fistula vesico-vaginalis profunda s. juxta-cervicalis.*

Karolina F., żona kolonisty <sup>1)</sup>. 8 porodów, z tych ostatni przed 4-ma tygodniami, z powodu braku bólów dokończony kleszczami. Dwunastego dnia po porodzie mocz zaczął wyciekać niezależnie od woli.

*Status praesens.* Blondynka średniego wzrostu, dobrze zbudowana i odżywiana. Narządy wewnątrz zdrowe. Wymiary miednicy prawidłowe. Blizna krocza. <sup>2)</sup>*Proctocolpocèle.* Macica dość duża, niebolesna, w przodo-pochyleniu, zgięciu i prawo-skręcie, daje się łatwo ściągać ku dołowi. Ujście zewnętrzne w postaci dużej szpary, przebiegającej w kierunku przednio-tylnym. Tuż u przedniego końca tej szpary, przy samej części pochwowej, w nieznacznym zagłębieniu istnieje mała przetoka [o średnicy 3—4 młm.], prowadząca do pęcherza. Operacja 18. III. 1896. Cięcie podłużne przez przetokę, zaczęte o 2½ ctm. nad nią. Oddzielenie pochwy od pęcherza [płaty pochwowe], a następnie pęcherza od szyi macicznej. Zaszycie pęcherza 2 szwami katgutowymi, pochwy zaś jedwabiem. Cewnik stały wypadł na 5 dzień po założeniu, z powodu przecięcia ściany cewki przez nitkę, nazbyt mocno zawiązaną. Przebieg bezgorączkowy. Nici wyjęto 9-go dnia. Rychłozrost. Operacja wykonana w izbie włościańskiej, we wsi Rąbieniu, o milę od Łodzi.

**Przypadek III.** 18. III. 1896. *Fistula vesico-cervico-vaginalis.*

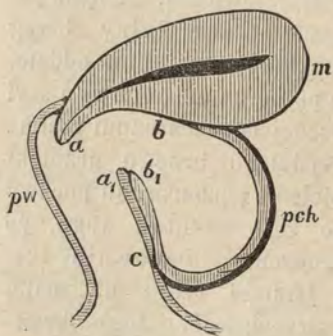
Franciszka B., lat 26, zameżna od dwóch lat, z Łasku. Przed 5 miesiącami poród, trwający 4 dni, ukończony siłami natury. Silne bóle w prawym

<sup>1)</sup> Przesłana do operacji przez kol. ŚWIDWIŃSKIEGO z Aleksandrowa piotrkowskiego.

boku i opuchnięcie prawej nogi w położu. W tydzień po porodzie B. zauważyła ciągle bezwiedne wyciekanie moczu. Miesiączkowała od 15 roku życia zawsze prawidłowo; od czasu porodu dotąd miesiączki nie było.

*Status praesens.* Źle odżywiana brunetka, niskiego wzrostu i wątłej budowy. Sutki słabo rozwinięte. Z pochwy wypływa mocz. Pochwa cała bliznowata, skrócona do 7 cm.. Dwie duże blizny w tylnem sklepieniu: z tych jedna idzie ku tyłowi i na prawo, druga zaś, tworząc fałdę błony śluzowej, przebiega z tylnej powierzchni pochwy przez boczną lewą na powierzchnię przednią i stanowi dolny brzeg przetoki, prowadzącej do pęcherza. Górny brzeg przetoki tworzy szyja maciczna, w swej części pochwowej nierówna, bliznowata, w kilku miejscach naderwana i zachowana tylko częściowo. Kształt przetoki: owal poprzeczny. Wielkość: przepuszcza po 2 nieudanych próbach zaszycia [katgutem] prawie 2 palce, gdy przedtem była drożną tylko dla jednego. Macica niepowiększona, w silnem prawopochyleniu i przodozgięciu, mało ruchoma. Kanału szyi nie udaje się odszukać<sup>1)</sup>. Pęcherz o ścianach mocno zgrubiałych daje się wyczuwać przy badaniu złożonem, jako guz wielkości pięci dziecka. [Rys. I].

Rys. I.



*m*—macica; *pch*—pęcherz moczowy; *pw*—pochwa; *ab*—miejsce okrwawienia szyi macicznej; *ac*—przestrzeń, na której oddzielono pochwę od pęcherza.

Operacya 10. V. 1896. Odurzenie chloroformowe. Przecięcie kilku blizn pochwy, tamujących dostęp do przetoki. Macicy nie udaje się ściągnąć ku dołowi. Cięcie podłużne, długości 3—4 cm. (*a, c*), po przez środek przedniej ściany pochwy aż do brzegu przetoki. Oddzielenie pęcherza od pochwy na znacznej przestrzeni. Okrwawienie szyi macicznej na przestrzeni od *a* do *b*. Przyszycie płata pęcherzowego *b, c* do szyi macicznej w miejscu *b* szwem krzyżowym katgutowym. Przyszycie płatów pochwowych *a, c* w miejscu *a* jedwabiem. Kilka szwów wreszcie łączy płaty pochwowe ze sobą. Przebieg pooperacyjny bezgorączkowy. Cewnik wyjęto 7-go, szwy zaś 9-go dnia. Rychłozrost na całej przestrzeni. Pęcherz działa bardzo dobrze.

#### Przypadek IV. 14. IX. 1896. *Fistula vesico-vaginalis.*

Marcyanna B., lat 26, niezamężna<sup>2)</sup>. Rodziła 2 razy, pierwszy raz przed 4 laty. Poród drugi, z wypadnięciem rączki przed 3 tygodniami. Według słów chorej, samozwańcza babka wiejska przebiła główkę dziecka nożem kuchennym, poczem wydobyla płód obcęgami. Wkrótce potem B. zauważyła bezwiedne oddawanie moczu.

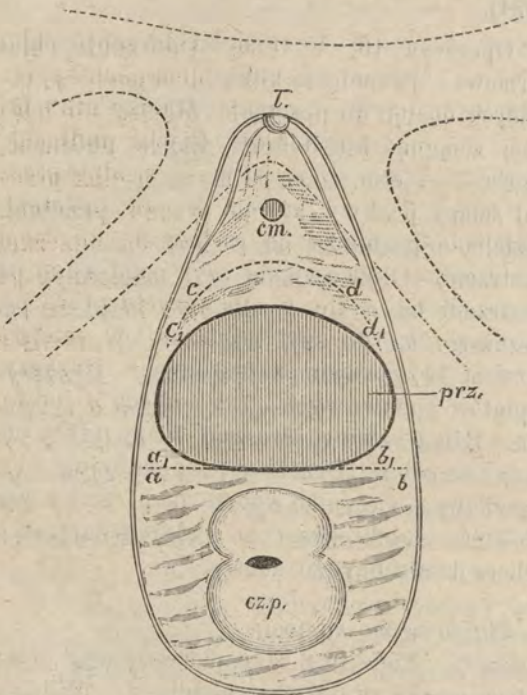
<sup>1)</sup> Pomimo to B. miewa obecnie czyszczenia miesięczne zupełnie prawidłowe i od czasu operacyi, jak mi donosi sz. kol. SZALEWSKI z Łasku, jest zdrową.

<sup>2)</sup> Przysłana do operacyi przez kol. BORZYMOWSKIEGO z Główna.

Wymiary miednicy: 25, 27, 30, 18. Pęknięcie krocza II-go stopnia w okresie gojenia. Na przedniej ścianie pochwy w trójkącie zewnątrz-pęcherzowym (*trigonum extravescicale*) PAWLIKA duża przetoka, prowadząca do pęcherza, zakryta częściowo przez zwieszający się do pochwy zmartwiały płat przegrody pęcherzowo-pochwowej. Na bocznych ścianach pochwy dwie duże rany, pokryte ziarniną. Macica duża, źle skurczona.

Badanie, w 4 tygodnie potem dokonane, wykazuje: 1-o, rany pochwy i krocza zabliznione; 2-o, pomiędzy wargami większemi widać wypadniętą przez przetokę część pęcherza w postaci guza, wielkości jabłka tyrolskiego; 3-o, przetoka o średnicy 5 kop. miedzianych zajmuje całą przestrzeń trójkąta zewnątrz-pęcherzowego (*trig. extravescicale*), przedstawiając otwór o brzegach bliznowatych, zawiniętych w przedniej [dolnej] części wysoko wgląd pęcherza [Rys. II]; 4-o, macica wielkości prawidłowej, daje się łatwo ściągać ku dołowi. Inne narządy płciowe wewnętrzne (*adnexa*) prawidłowe.

Rys. II.



prz—przetoka; czp—część pochwowa; cm—cewka; l—lechtaczka; ab—kierunek cięcia przez tylny brzeg przetoki; c<sub>1</sub>d<sub>1</sub>—zawinięty do pęcherza przedni brzeg przetoki; c, d, d<sub>1</sub>—miejsce okrwawienia u przedniego brzegu przetoki.

została włoskowata przetoka, przez którą od czasu do czasu wypływa kropelka moczu. Po 2 tygodniach przetoka ta zamknęła się sama przez się. Na miejscu

Operacja 27. X. 1896. Odprowadzenie pod chloroformem wypadniętej części pęcherza i umocowanie jej za pomocą paska gazy wyjałowionej. Cięcie poprzeczne przez tylny brzeg przetoki (*ab*), następnie oddzielenie pęcherza od pochwy i szyi macicznej na przestrzeni 3 ctm.. U przedniego brzegu przetoki oddzielenie pęcherza od pochwy udało się, wskutek tego, że przerodzenie bliznowate tkanek istniało tylko na małej przestrzeni; wobec tego okrwawiono tu brzeg przetoki w sposób zwyczajny. Okrwawienie bocznych kątów przetoki. Płat pęcherzowy [rys. II] *a<sub>1</sub>b<sub>1</sub>* przszyty do brzegu pęcherza *c<sub>1</sub>d<sub>1</sub>* szeregiem szwów katgutowych. Płat pochwowy *ab* przszyty do okrwawionej powierzchni *cd* szwem węzłkowym jedwabnym. Cewnik stały. Przebieg bezgorączkowy. Na 9 dzień wyjęto szwy. Na całej przestrzeni rana zagojona przez rychłozrost, tylko w samym środku pozostała włoskowata przetoka, przez którą od czasu do czasu wypływa kropelka

przetoki duża blizna poprzeczna, długości 7 cm.. Oddawanie moczu prawidłowe.

W tym przypadku próbowałem szyć przetokę wyłącznie katgutem, lecz rana na drugi dzień przy kaszlu się rozerwała. Opisana wyżej operacja była drugą z rzędu.

Przytoczone wyżej przypadki wykazują, w jak różnorodny sposób można stosować metodę płatową. Dają one również pewne podstawy do wyrobienia wskazań dla tej, tak cennej, mojem zdaniem, metody leczniczej.

W ogólności można uważać za wskazane do metody płatowej następujące przypadki:

- 1-o, duże przetoki pęcherzowo-pochwowe;
- 2-o, małe przetoki pęcherzowo-pochwowe, dla jakichbądź przyczyn do leczenia metodą amerykańską nieodpowiednie;
- 3-o, przetoki pęcherzowo-pochwowe głębokie i pęcherzowo-szyjkowo-pochwowe;
- wreszcie 4-o, przetoki pęcherzowo-szyjkowe.

W końcu za miły obowiązek uważam sobie złożyć serdeczne podziękowanie sz. kol. KRUSCHEMU, na oddziale którego w szpitalu Ś-go Aleksandra w Łodzi operowałem przypadki I, III, i IV-ty, oraz wszystkim Szanownym Kolegom, którzy bądź radą, bądź pomocą przy operacjach do osiągnięcia dodatnich wyników się przyczynili.

## L I T E R A T U R A.

- 1) M. SIMS. On the treatment of vesicovaginal fistula. Amer. Journ. of med. sciences. 1852, t. XXIII, str. 59.
- 2) N. BOZEMAN. Remarks on vesicovaginal fistula etc. Louisville Rev., 1856, str. 75.
- 3) HENRY VON ROONHUYZEN. Heelkonstige Aanmerkingen betr. de Gebreken der Vrouwen. Amsterdam, 1663 [POZZI, Gynécologie].
- 4) F. TRENDELENBURG. Über Blasenscheidenfisteloperationen etc. Sammlung. klin. Vorträge Nr. 355.
- 5) BOND. Annales of surgery 1894. [ref. w C. f. G. 1895, str. 615].
- 6) POUSSON. Arch. prov. de chir, 1894. Nr. 12. [ref. w C. f. G. 1895, str. 615].
- 7) BARDENHEUER. Archiv f. klin. Chir. T. XLII, str. 362.
- 8) DITTEL. Abdominale Blasenscheidenfisteloperation. Wiener. klin. Wochenschr. 1893. Nr. 25, str. 449.
- 9) FRANK. Festschrift zur Feier des 50-jährigen Jubiläums der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie in Berlin.
- 10) F. SCHAUTA. Über die Operation fixirter Blasenscheidenfisteln. Monatschrift f. Geburtsh. u. Gynäk. 1895, str. 8.
- 11) F. SCHAUTA l. c.
- 12) W. A. FREUND. Samml. klin. Vortr. Nr. 118.
- 13) v. ROSTHORN. Zur Heilung der Blasenscheidenfisteln nach dem Vorschlag W. A. FREUNDS. Prag. med. Woch. 1895, Nr. 21.
- 14) H. FRITSCH. Ueber plastische Operationen in der Scheide. C. f. G. 1888, str. 804.
- 15) F. WINKEL. Ueber einige neue plastische Operationen an den weiblichen Sexualorganen. Münch. med. Woch. 1891, str. 535.

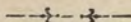
- 16) FOLLET. Fistule vesico-uterine. Nouveau procédé de cystoplastie [ref. w C. f. Chir. 1887, str. 464].
- 17) WÖLFLE. Deutsche Gesellschaft f. Chir. 1887, T. XVI, str. 144.
- 18) v. HERFF. Zur Behandlung der Blasengebärmutterfisteln. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. T. XXI, str. 1.
- 19) A. BENCKISER. Ueber die direkte Naht der Vesico-uterin-fisteln nach Abtrennung der Blasenwand. Zeitschr. f. G. u. Gyn. T. XXV, str. 153.
- 20) A. MACKENRODT. Die operative Heilung grosser Blasenscheidenfisteln. C. f. G. 1894, str. 180.
- 21) JOBERT [DE LAMBALLE]. Bull. de l'Acad. de Méd. T. XII, str. 492 [Pozzi].
- 22) E. WINTERNITZ. Zur Behandlung der Blasenfisteln. C. f. G. 1895, str. 377.
- 23) N. FLAISCHLEN. Zur Heilung der Blasenscheidenfisteln durch Lappenplastik. C. f. G. 1895, str. 1086.
- 24) BAER. Die operationen der Blasenscheidenfisteln Inang. Dissert. 1894. [ref. w C. f. G. 1895 str. 859].
- 25) Spraw. z posiedz. Tow. ginek. w Hamburgu d. 27 Marca 1894. C. f. G. 1896. Nr. 5.
- 26) FENOMENOW Wracz. 1896, Nr. 21.
- 27) HLAVÁČEK u HALBAN. Formalin und Katgutsterilisation. Wien, klin. Woch. 1893. N. 18.
- 28) H. FRITSCH. Die Krankheiten der Frauen. VI wyd. str. 87.

## II. BRODAWKOWCE KRTANI I ICH LECZENIE

### FENOLEM SULFORYCYNOWYM.

Przez

**T. Heryng'a.**



[Ciąg dalszy. —Patrz Nr. 16].

Leczenie wewnątrzkrtniowe brodawkowców rozpada się na następujące poddziały:

- 1) Leczenie mechaniczne, za pomocą gąbki [metoda VOLTOLINI'ego].
- 2) Wyrwanie nowotworu kleszczami tępemi lub jego miażdżenie.
- 3) Operacya za pomocą ostrych kleszczy lub gilotyny.
- 4) Wypalanie żegadłem galwanokaustycznym.
- 5) Niszczanie nowotworów za pomocą środków chemicznych, żrących.

Co do metody VOLTOLINI'ego, to pomimo pojedynczych wyników dodatnich, dotąd ogłoszonych, jestem jej stanowczo przeciwnym. Nie wątpię, że można dostać się gwałtem do krtni i bez lustra, i ową względnie zbyt wielką gąbką, szorując z całej siły, oderwać miękkie wyrosłe brodawkowe. Ze jednak ta metoda może wywołać obrażenie i uszkodzenie strun, stany zapalne, wylewy krwi do błony śluzowej, o tem chyba także trudno wątpić.

Krtań nie nadaje się do tego rodzaju brutalnych manipulacji.

Miażdżenie brodawkowców narzędziem TUBERCK'a lub SCHROETTER'a (Quetscher) nie zasługuje na polecenie. Naturalnie, że przez zgniecenie części nowotworu następuje zapalenie reakcyjne, ropienie lub obumarcie brodawkowca. Ujemną stroną tej metody jest utrata głosu na czas mniej lub więcej długi.



Kleszcze tępe FAUVEL'a, MACKENZIE'go, STOERK'a były przez długi czas ulubionem narzędziem do operowania brodawkowców krtani, zarówno jak i miękkich polipów, które tem narzędziem wrywano, czasami z kawałkiem normalnej błony śluzowej. Dla śpiewaków przedstawiała ta metoda poważne niebezpieczeństwa.

Jako narzędzia najdogodniejsze uważam ostre kleszcze krtaniowe, które powoli wyrugowały t. zw. gilotynę STOERK'a.

Gilotyna w ręku jej wynalazcy, wprawionego do jej użycia, była narzędziem bardzo pożytecznem; dla mniej wprawnych przedstawiała pewne niedogodności. Do nich należała przede wszystkim trudność odcięcia nowotworu przy samej strunie.

W ostatnich czasach weszła w użycie ostra łyżeczka krtani, która z łatwością i szybko uwalnia krtani od brodawkowych wyrosli. Poleca ją bardzo gorąco w ostatniej swej pracy o brodawkowcach prof. MASSEI. Nadaje się ona szczególnie do nowotworów, wyrastających z brzegu lub z dolnej powierzchni strun prawdziwych, lub usadowionych w przednim kącie strun głosowych.

Najodpowiedniejszym narzędziem do operacji małych papilomatów są bezspornie ostre kleszcze. Dogodną jest modyfikacya JURASZA, i przez WINDLER'a wyrabiane kleszcze rurkowe (*Röhrenzange*).

Kleszczyki SCHEINMAN'a okazały się bardzo praktycznymi dla nowotworów, wyrastających z dolnej powierzchni strun głosowych.

Ostryimi kleszczami posługuję się przy operacji polipów krtani od lat 10-ciu niemal wyłącznie. Operowałem nimi setki polipów najróżnorodniejszej formy i konsystencji, usadowionych w różnych miejscach krtani. Naturalnie, że polipy bardzo wielkie, szypułkowe, ruchome, łatwiej operować pętlicą suchą lub galwanokaustyczną<sup>1)</sup>.

Wspomniałem już, że pomimo najstaraniej i najumiejtniej wykonanej operacji brodawkowców krtani, recydywy pojawiają się bardzo często.

Widziałem chorych, u których [patrz kazuistykę] pomimo 10-io-krotnie powtarzanej operacji, brodawkowce powracały. I to nie tylko u dzieci, ale i u dorosłych.

Naszkiecowana przezemnie kazuistyka operacji laryngotomii potwierdza to zdanie. Nieraz pomimo nader energicznego użycia żegadła PAQUELIN'a po wycięciu nowotwory wracały uporcezywie.

---

Przystąpmy teraz do rozstrzygnięcia nader ważnej kwestyi, a mianowicie, w jakich przypadkach u dorosłych, przy nowotworach krtani, wskazaną jest metoda wewnątrz-krtaniowa, a w jakich należy ją zastąpić laryngotomią.

---

<sup>1)</sup> Nie uważam za potrzebne podawać w tem miejscu szczegółowego opisu zarówno głównych typów narzędzi operacyjnych, jak i ich modyfikacji. Szczegółowy opis pomieszczonym zostanie w pracy mojej „o technice operacji wewnątrz-krtaniowych“, którą obecnie przygotowuję do druku. Znajdzie tam czytelnik wskazówki co do zastosowania środków żrących krtani, żegadła galwanokaustycznego i wszelkich używanych w tym celu bateryi.

W klasycznej swojej pracy, traktującej o tym przedmcie, PAWEŁ BRUNS<sup>1)</sup> sformułował wskazania do tej operacyi.

Powiada on dosłownie: „Tyreotomia nie może w żadnym razie być uważaną jako równouprawniona z chirurgią wewnątrzkrtniową. Wskazaną będzie ona dopiero wtedy, gdy laryngolog wprawny bezwocnie usiłował usunąć nowotwór na drodze wewnątrzkrtniowej.

Jeżeli po operacyi wycięcia brodawkowców krtani nastąpi recydywa, ponowna operacya, choćby wielokrotnie, musi być powtarzana; doświadczenie bowiem wykazało, że w wielu przypadkach na tej drodze uzyskano jednak wyzdrowienie“.

Statystyka Bruns'a, nader sumiennie zebrana, przekonywa, że po tyreotomii recydywy częściej występują, aniżeli wyzdrowienie, gdy tymczasem metoda wewnątrz-krtaniowa pochwalić się może uzyskaniem wyników dodatnich, gdyż wykazuje na jeden przypadek recydywy dwa wyzdrowienia.

Pomimo faktu, że w niektórych przypadkach brodawkowców, szczególniej u małych dzieci, niepodobna się obejść bez rozcięcia krtani, operacya ta znalazła z pewnej strony bardzo energiczne potępienie.

Co do mnie sądzę, że względu, że więcej w każdym mieście, a nawet w małym miasteczku znajdzie się chirurgów, aniżeli laryngologów, laryngotomia częściej bywa wykonywaną, a jako operacya zbawienna, pomimo różnych jej stron ujemnych, zachowa swoje znaczenie.

Wspomniałem już, że jednym ze wskazań jest niemożność wykonania operacyi endolaryngealnej. Laryngotomia nie przedstawia, pod względem technicznym, wielkich trudności. Krwawienie jest zwykle nieznaczne. Przypadki podobne do opisanych przez FAUVEL'a, gdzie trzeba było założyć 38 ligatur, należą do największych rzadkości.

Dopiero po rozcięciu krtani pojawić się mogą poważniejsze przeszkody. Do nich w pierwszej linii zaliczam krwotoki przy wycinaniu nowotworów, silnie unaczynionych. Krew może spłynąć do płuc i wywołać groźne przypadki duszności, z drugiej znów strony zalać pole operacyjne i uniemożliwić na razie dalsze wykonanie operacyi.

Aby uniknąć aspiracyi krwi do płuc, posługujemy się, za przykładem TRENDELENBURG'a, tamponadą tchawicy, za pomocą przyrządów jego pomysłu, lub rurką HAHN'a [tamponada gąbką].

Wobec silnego krwotoku, zasłaniającego wewnątrz krtani, niektórzy nadają choremu pozycję z głową zwieszoną. Miąższowe krwawienia ustępują nieraz po wypędzowaniu krtani kokainą, lub stężonym roztworem antypiryny. Przy tem zmniejszamy czułość krtani i kaszel zwrotny, bardzo utrudniający spokojne operowanie. I nic dziwnego! Przez kaszel i ruchy zwrotne przetyku krtani w ciągłym znajduje się ruchu, a utrudniony przez kaszel odpływ krwi do prawego serca podtrzymuje krwawienie.

1) P. v. BRUNS. „Die Laryngotomie zur Entfernung laryngealer Neubildungen“.

Dodajmy do tego jedną jeszcze okoliczność [zdarzającą się, co prawda, chirurgom mniej doświadczonym], t. j. rozcięcie krtani na zbyt małej przestrzeni. Wobec tego, przy silnem nawet rozciągnięciu chrząstek tarczowych hakami, dostęp światła, zarówno jak i narzędzi, potrzebnych do wycinania nowotworów, jest zbyt utrudnionym.

Dla mniej wprawnych, nawet zorientowanie się, gdzie znajdują się struny prawdziwe, nasuwa chwilowe trudności; usuwają się one bowiem i układają pod strunami fałszywymi i zupełnie inny dają obraz, aniżeli przy badaniu lusterkiem krtaniowem. Zalane krwią, nie odbijają się w krtani jako dwa białe, ścięgniste paski. Widzimy tylko ich czerwone, wązkie brzegi, a cała górna powierzchnia leży pod struną fałszywą. Wszystkie te ujemne okoliczności nieraz dziwnym trafem mogą się pojawić podczas jednej operacji i utrudnić lekarzowi zadanie.

Będąc obecnym przy wykonywaniu względnie wielkiej liczby tyreotomii, bądź u moich chorych, bądź też asystując przy tego rodzaju operacjach, wyrobiłem sobie własny sąd, zarówno co do techniki, jak i sposobu unikania pewnych trudności operacyjnych i wogóle co do postępowania chirurga w tych razach. Ośmielę się streścić go w następujących uwagach.

Przedewszystkiem radzę krtani otwierać szeroko, przecinać kleszczami kość gnykową, o ile nowotwór zajmuje więzy boczne krtani, chrząstki tarczowe rozciąć na całej długości, trzymając się ściśle linii środkowej. Przy cierpieniu dolnej powierzchni strun wypadnie nieraz przeciąć chrząstkę obrączkową, a nawet przedłużyć cięcie, w razie potrzeby aż do kaniuli, pozostawiając jednak mały mostek wolny. Jeżeli kaniula wytworzyła już sobie stały kanał bliznowy, to nawet przecięcie tchawicy, aż do jej górnego brzegu otworu, nie wpłynie na dyslokację rurki.

Po założeniu tępych, szeroko rozwartych haków, po zatrzymaniu krwawienia, należy oświetlić wnętrze krtani za pomocą światła słonecznego lub lampy elektrycznej. Po dokładnem rozpatrzeniu siedliska nowotworu, możemy dopiero przystąpić do jego usunięcia za pomocą noża lub zagiętych nieco małych nożyczek. Jeżeli nowotwór obejmuje całą strunę, a więc i dolną powierzchnię, potrzeba czasem, dla ułatwienia sobie dostępu, wyciągnąć strunę prawdziwą z pod fałszywej za pomocą małego haczyka.

Nowotwory silnie krwawiące można odjąć galwanokaustyczną pętlicą, guzy rozlane strun fałszywych wycinam podwójną kiuretą, osadzoną na prostej krótkiej rurce.

Użycie żegadła PAQUELIN'a w zwykłej formie i wielkości uważam jako zupełnie szkodliwe, ze względu, że wywołuje rozlane zapalenie otaczających części i uszkadza części zdrowe, w rozmiarze, nie dającym się zupełnie obliczyć. Nie zapomnijmy, że ilość ciepła, którą żegadło PAQUELIN'a wydziela, zależy nie od operującego, lecz od asystenta, t. j. od siły i szybkości, z jaką balony są uciskane. Kontrola stopnia rozpalenia platyny przez operującego jest prawie niemożliwa. Zupełnie inaczej przedstawia się kauter galwanokaustyczny, w którym dozowanie zależy od operatora, trzymającego palec na kontakcie, a więc od krótszego lub dłuższego przepuszczenia elektrycznego prądu.

Wspomniałem już, że i galwanokauter w krtani wymaga doświadczenia, wprawy i bardzo dokładnej konstrukcji.

Po skończonej operacji, a więc po usunięciu brodawczaków należy jeszcze raz jak najdokładniej obejrzeć wnętrze krtani. Najmniejsze nawet ziarenko powinno być usunięte i przypalone.

Teraz następuje tamponowanie krtani, za pomocą pasków z gazy jodoformowej, które należy umiejętnie wprowadzić w odpowiedniej ilości, bacząc, aby gaza nie wystawała poza tylną ścianę krtani i nie zwieszała się do przełyku, przez co, drażniąc, wywołuje krztuszenie, ślinotok, a nawet wymioty<sup>1)</sup>. Kontrolę najlepiej przeprowadzić za pomocą lusterka krtaniowego po skończonym opatrunku, gdy chory odzyska już przytomność.

Zaszywanie rany, z wyjątkiem części na skórze, nie jest koniecznem. Tampony można usunąć po 24—36 godzinach. W razie silnych bólów przy łykaniu, dwukrotne lub trzykrotne użycie spray'u kokainowego znaczną przynosi ulgę.

Powiedziałem powyżej, że w niektórych przypadkach uważam za konieczne nie zaszywać rany operacyjnej. Radzę to dla następujących powodów.

Badając w kilku przypadkach chorych po tyreotomii lusterkiem krtaniowym, w dwa lub trzy dni po dokonanej operacji, przekonałem się, szczególnie u dzieci, że drobne guziczki brodawkowców skryły się bądź pod strunami, bądź w zatokach Morgagni'ego, słowem, uszły uwagi operatora. Pozostawienie ich niweczyłoby wszelki pomyślny wynik dokonanej operacji.

W tych przypadkach postępuję w następujący sposób. Chorego sadzam na krześle, jak do operacji wewnątrzkrtańowej, przed odpowiedniem aparatem oświetlającym. Po zdjęciu opatrunku, po dokładnem zdezynfekowaniu rany zewnętrznej, wdmuchuję pewną ilość bardzo miękiego jodoformu na ranę i zakładam dwa tępe haki o szeroko rozstawionych i prawie pod kątem prostym zagiętych, długich widełek. Przymocowane one są do dwóch stalowych, sprężystych pasków, na sobie leżących, przesuwających się i za pomocą śruby dających się w każdej odległości ufiksować. Przyrząd ten wykonać kazałem u SCHMIDT'a w Berlinie, budowa jego podobną jest do przyrządu pomysłu GERSUNI'ego.

Po rozciągnięciu rany opisanym tu przyrządem, całe wnętrze krtani, odpowiednio oświetlone, dostępne jest dla wszystkich chirurgicznych narzędzi. Korzyścią zaś tych haków jest obywanie się przy tej operacji bez większej asystencji i możność operowania w pozycji siedzącej. Najczęściej posługiwałem się podwójnymi kiuretami, osadzonemi w krótkich, prostych rurkach, w ręczce KRAUSE'go.

Ujemne strony laryngotomii stanowią: zrosty bliznowe następce strun fałszywych lub prawdziwych, w formie pasków lub sierpowatych przepon, a stąd unieruchomienie pewnych części krtani i, co gorsza, jej zwężenie, po-

---

<sup>1)</sup> Do tamponowania krtani najlepiej nadają się paski na 2 palce szerokie, na 2 stopy długie. Złożone we dwoje wprowadzają się tak, aby wolne końce wyglądały na 1—2 cali z rany. W ten sposób zapobiegamy wdrażeniu jednego z końców do przełyku lub tchawicy.

wtóre, szkodliwy wpływ tej operacji, w wielu przypadkach, na czystość głosu i jego siłę.

Wynika stąd, że laryngotomia tylko w wyjątkowych przypadkach powinna być wykonaną.

Wspominałem już uprzednio o skłonności brodawkowców do recydywy, nawet po bardzo energicznych i starannych operacjach wewnątrz lub zewnątrz-krtaniowych.

Ani jeden ze środków żrących, używanych dotychczas, nie wyłączając galwanokauteru, nie był w stanie zapobiedz tej smutnej ewentalności.

Ani kwas chromny, ani potaż gryzący, ani kwasy mineralne nie okazały się skutecznymi. Niektóre z nich, ropływając się, nadżerają części zdrowe. Nawet kwas mleczny, zalecany przez SCHMID'a, nie jest wolnym od zarzutów.

Szukając wytrwale leku, który, będąc silnie kaustycznym, nie posiadałby wymienionych tu stron ujemnych, wpadłem na pomysł zastosowania przy brodawkowcach krtani fenolu sulforycynowego, o którego pomyslnym wpływie na gruczołcze wyrośle brodawkowe wspominałem w poprzedniej pracy <sup>1)</sup>.

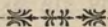
Z największym zdziwieniem przekonałem się o nadzwyczajnie pomyslnym wpływie tego leku na brodawczaki krtani.

Nie tylko zapobiega on na długi czas recydywie po dokonanej krwawej operacji, ale niszczy brodawkowce przez proste z nimi zetknięcie, w niektórych miejscach krtani nawet bez uprzedniej chirurgicznej interwencji.

Roztwór 30%, stosowany kilkakrotnie na brodawczaki chrząstek SANTORINI'ego, w dwóch przypadkach zniszczył je doszczętnie.

Podana poniżej kazuistyka potwierdzi moje wnioski, sprawdzone już obserwacją innych kolegów. Kolega SREBRNY był tyle łaskaw udzielić mi swojego bardzo ciekawego spostrzeżenia i upoważnił do umieszczenia w tej pracy [Spostrzeżenie 5].

[D. n.]

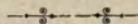


## ODCINEK.

# CHIRURGIA PAUPERUM.

Napisał

S. Centnerszwer.



[Dokończenie. — Patrz Nr. 16].

Mówiąc o przedmiotach opatrunkowych, niepodobieństwo zatrzymać się tylko na kupowanych przez uboższą ludność, niepodobieństwo nie dotknąć tej kwestyi ogólnie. Umiejętnem i celowem opakowaniem, oraz jakością materiałów opatrunkowych ludzie się zajmują, zastanawiają nad tem i doskonalą. U nas mało nad tem myślą, ale w Niemczech dużo. Niechby przynajmniej prędko przyjmowało się u nas to, co warte rozpowszechnienia.

<sup>1)</sup> Gazeta Lekarska, 1896.

Dobra wata opatrunkowa powinna być śnieżno-biała, jednakże nie niebieskawa, doskonale odtuszczona i blichowana. Powinna nasiąkać łatwo wodą i tonąć. Jeżeli nie tonie, jest źle odtuszczona; jeżeli tonie, zanim nasiąknie, jest źle blichowana lub umyślnie obciążona szkłem wodnym, aby była cięższą na wagę. Dobra gaza opatrunkowa musi mieć te same własności, prócz tego musi być gęsto tkana i mocna. Szczegóły te, między innymi bardziej specjalnymi, podaje w swoim katalogu Arnold, fabrykant z Chemnitz, dostawca srebrnej gazy CRÉDE'go.

Materyały opatrunkowe ekspeduje A. w paczkach, pudełkach tekturowych i rolkach. Rolkowe opatrunki na szpulach warte są naśladowania dlatego, że pozwalają użyć tyle tylko materiału, ile na razie potrzeba; reszta zostaje dalej nawinięta, nie stykając się z kurzem i pozostając wolną od wszelkiego zanieczyszczenia. Dla rolkowych opatrunków są przygotowane specjalne pudełka (*Stand-Cartons*), dla waty i gazy po 60 i 40 fenigów, sam zaś opatrunek jest tylko o 5 fenigów droższy w rolce, niż w innym opakowaniu.

Niechby przynajmniej nasze przedmioty opatrunkowe w papier lub pudełko zawinięte odpowiadały celowi, tak gatunkiem, jak i odpowiednim opakowaniem, chociaż daleko do tego, aby to już mogło zadowolnić nawet średnie wymagania chirurga. Samo krajanie i pakowanie na stole u drogisty lub aptekarza znosi wszystkie zalety jakości i wygody pakowania. Tu reforma jest bardzo potrzebna. Kontrola, nad przygotowaniem opatrunków rozciągnięta, powinna doprowadzić do tego, aby tylko w fabrykach dozwolone było pakowanie przedmiotów opatrunkowych przy zachowaniu dużej czystości przy samej fabrykacji i przy przyrządzaniu paczek z już gotowych opatrunków. Co do sposobu dobrego i trwałego opakowania, to dla waty najodpowiedniejszym będzie większe lub mniejsze 4-kątne pudełko tekturowe, z boku otwierane, w którym wata, zwinięta w kłęb na drucie lub cienkiej pałeczce, mogłaby być odwijaną w sposób wyżej podany. Co do gazy, to ułożenie jej ślimakowate wzdłuż pudełka, by z niego mogła być wyciągana i odcinana kawalkami, okazałoby się w użyciu bardzo pożytecznym. Dla gazy jodoformowej tylko blaszana puszczałka byłaby właściwszą. O ile opatrunek jest zawinięty w papier, to musi go być dostаточно i to czystego i mocnego, a paczka związana, nie lepiona. Dużo niedogodności dałoby się usunąć przy liczeniu się z tymi drobiazgi.

Idealnem rozwiązaniem kwestyi byłaby dopiero możność otrzymania wyjałowionego opatrunku do natychmiastowego użycia. Takie opatrunki w puszkach blaszanych, w które się umieszcza materiał przed wyjałowieniem, a następnie — po wyjałowieniu lutuje w samym sterylizatorze — istnieją już za granicą. Służą one: 1) do celów akuszerskich i ginekologicznych i są pomysłu prof. DUEHRSEN'a (*Verbandstoffconserven*). Lekarz wezwany np. do krwotoku macicznego, mający w jednej chwili ze sobą opatrunek wyjałowiony, któremu ufać może, ma ogromnie ułatwione zadanie, przystępując do tamponady; 2) opatrunki takie przyrządzają się i dla celów chirurgicznych. W tym samym przypadku, co akuszer, znajdzie się chirurg, którego wezwą do nagłego wypadku zranienia. Mając z sobą w puszcze zamkniętej wyjałowiony opatrunek, albo mogąc go otrzymać w jednej chwili z apteki i w dodatku opatrunek zastosowany do rodzaju wypadku i zranienia, lekarz ma możność szybką nieść pomoc i owocną zarazem. Otóż trzeba by i u nas wprowadzić to, co gdzieindziej już jest w ogólnem użyciu.

WISKEMANN fabrykant z Cassel przygotowuje wyjałowione opatrunki w puszkach blaszanych dla celów chirurgicznych następującego typu.

1) Opatrunek na tułów. Zawiera 4 kawalki jodoformowej 5% gazy, 4 kawalki gazy białej [17×17 ctm.], kawalek waty [22×22 ctm.] i miękkiej bandaż [7 m. na 10 ctm.]. Taki opatrunek kosztuje 90 fenigów.

2) Opatrunek na głowę lub kończyny. Zawiera to samo, co poprzedni, tylko waty mniejszy kawałek [22×22] i mniejszy bandaż [5 m.×6 ctm.]. Cena 70 feników.

3) Opatrunek na palec. Pasek podwójnie złożonej gazy jodoformowej [60×4 ctm.], kawałek waty i wazki bandaży [3 m. × 4 ctm.] — za 6) f..

4) Opatrunek na rękę, szyję lub głowę. Gazy jodoformowej 5% 6 kawałków [17×17 ctm.], 2 kawałki waty [22×22 ctm.], 1 miękki bandaż [5 m. × 6 ctm.] i 1 sztywny bandaż [taki sam]. Cena 1 marka.

5) Na ramię, nogę lub piersi. 6 kawałków gazy jodoformowej [27×20], 2 kawałki waty [25×30], 1 miękki i 1 sztywny bandaż [5 m.×8 ctm.]. Kosztuje 1,20 m..

6) Na udo, biodro lub brzuch. Zawiera 10 jodoformowych okładów [45×25 ctm.], 3 kawałki waty [50×30], 2 miękkie i 1 sztywny bandaż [każdy ma 5 m. długości, a 12 ctm. szerokości]. Cena opatrunku 3 marki.

7) Do nagłych wypadków. 2 jodoformowe okłady [20× 0 ctm.], 1 kawałek waty i bandaż miękki [5 m. × 6 ctm.]—za 45 feników.

Takie opatrunki powinny znajdować się bezwarunkowo na kolejach i fabrykach w dostatecznej ilości. Wyjałowione jednak materiały są o 20% droższe od zwyczajnych. Wracając więc do kwestyi, o którą nam tu chodzi, t. j. opatrunki dla niezamożnych, to rezygnując z drogich, wyjałowionych opatrunków dla uboższej ludności, uważałbym za bardzo pożyteczne wyrabianie zastosowanych do oddzielnych przypadków gotowych opatrunków, w zwyczajnych tekturowych pudełkach, o przystępnej cenie, dla szerokiego wprowadzenia w użycie w nagłych wypadkach, tak w ciężkich — do prowizorycznego opatrunku, jak i w lżejszych, w których, wobec często przytrafiającej się okazji w codziennym życiu, znalazłby szerokie zastosowanie. Trzymając się Wiskemanowskiego typu, możnaby przygotować w mocnych pudełkach opatrunki z  $\frac{1}{16}$  lub  $\frac{1}{8}$ ,  $\frac{1}{4}$ , wreszcie  $\frac{1}{2}$  metra rozkrajanej na kawałki gazy jodoformowej, owiniętej w podwójną ilość gazy białej, to zaś w watę odpowiedniej wielkości, a wszystko razem w ceratkę kauczukową. Prócz tego w pudełku musi znajdować się szerszy lub węższy bandaż miękki z agrafką. Do paczki dodane być winno małe objaśnienie, jak użyć opatrunku w razie nieobecności lekarza lub felczera, wraz z informacją co do terpentyny i kwasu karbolowego. Tym sposobem po wsiach i miasteczkach, szczególnie tam, gdzie są apteki, możnaby mieć gotowy środek dla zrobienia pierwszego opatrunku po wypadku, zanim lekarz przybędzie. Los rannego, powiedział LISTER, zależy od tego, kto mu pierwszy opatrunek nałoży.

Co się tyczy ceny takich gotowych opatrunków, to najmniejszy [na palec] powinien kosztować około 40 kop., w tym stosunku idąc, następny 60, 80 i rubla. W ostatnim razie pakiet zawierałby:  $\frac{1}{2}$  m. gazy jodoformowej i metr białej,  $\frac{1}{4}$  funta waty, bandaży miękki i ceratkę. Takie opatrunki kupowałiby nawet niezamożni w przypadku zranienia, a przypuszczam, że i do mniejszych operacji lub jednorazowych opatrunków. Trochę terpentyny i karbol kompletują całość. Ceratkę uważam za konieczny dodatek do takich opatrunków, gdyż wilgotny opatrunek pod ceratką radziłbym zastosowywać przy ranach częściej, niż to dotychczas się dzieje. 1) Tam, gdzie skóra niełatwo daje się czyścić [na głowie], lub gdzie włosy częściowo tylko zostały usunięte przy ranach głowy; 2) gdzie się używa silnych chemicznych antyseptyków, co powoduje obfitą następczą wydzielinę z rany, łatwo się zatrzymującą; 3) gdzie brzegi rany są mocno stłuczone i nekrotyzują się lub przy ranach zgniecionych i szarpanych, np. przy ranach paluszków u dzieci, co tak często przez wyzmaczki jest spowodowane: we wszystkich wymienionych przypadkach ceratka jest bardzo na miejscu. Przez tak drobne uchybienie często nie przychodzi upragniona *prima*

*runio* przy ranach szytych nie przez chirurga pomimo gotowania ligatur i narzędzi. Tą drobną praktyczną uwagą moje wywody kończę.

Może zbyt długo rozwodzę się nad wszystkimi temi kwestyami, ale dopóki biedak za niełatwo mu przychodzący grosz kupować będzie w aptece środki gotowe podejrzaney wartości, lub w składzie aptecznym receptowe lekarstwa, które się skontrolować nie dadzą, wreszcie opatrunki liche, niedbale pakowane i nie trzymające wagi i miary, a nadewszystko dopóki biedny nie nauczy się trzymać czysto i pod właściwym opatrunkiem swojej rany lub owrzodzenia, dopóty chirurgia ubogich daleką będzie od tego poziomu, na którym stanąć powinna.

Streszczając to, co dotąd było powiedziane, dochodzimy do wniosku, że taka ulepszona *chirurgia pouperum* dałaby się urzeczywistnić.

Do tego zaś potrzeba:

1) aby w aptekach wyrugowano środki bez znaczenia, podtrzymujące zabobony i przesady lecznicze wśród ludu;

2) aby umożliwić niezamożnemu kupno lekarstwa bez recepty z nowych środków, przepisanych przez lekarza, co wstrzymałoby pokątną sprzedaż lekarstw po składach aptecznych;

3) aby nie tolerowano sprzedaży maści przez postronne osoby, które sobie z tego robią proceder;

4) aby opatrunki były przygotowane prawidłowo i pakowane w fabrykach; opakowanie winno być trwałe, wygodne i zabezpieczające przedmiot opatrunkowy od zanieczyszczeń;

5) aby każdego chorego przychodzącego do ambulatoryum szpitalnego bezwarunkowo, jeżeli się tylko nadaje, bez opatrunku nie wypuścić, obmywszy przedtem brudną skórę terpentyną. Tym sposobem przyuczyć uboższą ludność do chędogiego trzymania rany i jej otoczenia. Na brudno utrzymane opatrunki i skórę około rany zawsze zwracać uwagę. Dobrze by było, aby lekarze w prywatnych ambulatoryach chorych z owrzodzeniami bez opatrunku nie wypuszczali.

6) Urządzić bezwarunkowo gotowe wyjaławiane opatrunki w puszkach blaszanych na kolejach i fabrykach, a także wpłynąć na trzymanie takowych w aptekach.

7) Urządzić gotowe opatrunki niewyjaławione, zastosowane do oddzielnych części ciała, sprzedawane po niskiej cenie dla umożliwienia im szerokiego zastosowania wśród uboższej klasy.

Prawdopodobnie nie wszystko tu poruszyłem i zapewne nie wszystko bez zarzutu. Czas i praktyka niejedno jeszcze ulepszenie wprowadzi do terapii ubogich. Tymczasem przedstawiłem szkic tego, co możnaby było zrobić dla dostarczenia ubogiej ludności pomocy chirurgicznej w lżejszych, a więc najczęściej przytrafiających się wypadkach i chorobach. Gdyby to przyszło do skutku, cel humanitarny, związany z ulgą dla cierpiącego i ubogiego zarazem, byłby choć w części osiągniętym.



# STRESZCZENIA ZBIOROWE.

## D Ź U M A.

Opisał

Witosław Dąbrowski.

[Dokończenie — Patrz Nr. 16.]

Okres wylegania w tej chorobie trwa zdaniem ogromnej większości autorów 2—8 dni, nie brak wszakże pojedynczych spostrzeżeń dowodzących, że okres ten może trwać znacznie krócej, i że objawy mogą wystąpić w kilkanaście lub nawet kilka godzin po zarażeniu się. Tak np. w czasie epidemii, która grasowała w r. 1884 w Mezopotamii, zdarzyło się, że z miasteczka Bedré w pierwszych chwilach szerzenia się tam zarazy, nim miejscowość ta została otoczona łańcuchem sanitarnym, zdołały uniknąć dwie rodziny, z których jedna przybyła do miasta Mendeli, przywożąc ze sobą zwłoki zmarłego w drodze chorego; w 14 godzin po przybyciu ich do Mendeli przewodnik i dwie jeszcze inne osoby zachorowały na dżumę. Z drugiej zaś strony przypadek, który w Październiku r. z. zdarzył się w Londynie obudził podejrzenie, że okres wylegania może także trwać znacznie dłużej, niż to powszechnie przyjmują. Przypadek ten dotyczył marynarza, który w 14 dni po wyjściu na ląd zachorował na dżumę, że zaś podróż jego z Bombay do Londynu trwała 17 dni, należałoby więc przyjąć, że okres wylegania trwać może 31 dni, jeżeli naturalnie przypuścimy, że marynarz ten uległ zakażeniu w Bombay. Podzielając to ostatnie przypuszczenie, CANTLIE twierdzi, że 3—6-dniowy okres wylegania rzeczywiście stanowi prawidło w czasie epidemii; są wszakże przypadki, w których po zakażeniu zjawia się najprzód obrzmienie gruczołów i po dłuższym dopiero czasie może się rozwinąć złośliwa postać dżumy, w tych więc przypadkach długość okresu wylegania jest rozmaita. Inni uważają za prawdopodobniejsze, że majtek ten uległ zarażeniu dżumą już po przybyciu do Europy i że zarażenie to nastąpiło za pośrednictwem odzieży, którą nabył w Bombay, a której zaczął używać dopiero w Londynie.

Sądząc z opisów głównie dawniejszych autorów, nowsi bowiem przeważnie na etyologię mają zwróconą uwagę, należałoby przyjąć kilka postaci klinicznych dżumy; objawy bowiem właściwe tej chorobie grupują się w rozmaity sposób względnie do natężenia choroby, długości jej trwania i t. p.. Aby wszakże uniknąć zbyteńnego szematyzowania, najlepiej będzie odróżniać dwie postaci, które rzeczywiście przedstawiają wybitną różnicę w przebiegu, natężeniu objawów i inne zupełnie dają rokowanie.

Pierwsza z tych postaci, cechująca się nadzwyczajną złośliwością, stanowi ogromną większość wszelkich przypadków, zdarzających się w czasie panowania epidemii. W tych przypadkach choroba rozpoczyna się zawsze nagle i od początku daje obraz ostrego zatrucia, cechującego się depresją w sferze fizycznej i umysłowej. Twarz chorego pokrywa się bladością, oczy zapadnięte tracą właściwy im blask, wzrok staje się błędnym i nieruchomym i wogóle zmysły ulegają stopniemu; tępieją także i władze umysłowe, tak, że chory nie zdaje się rozumieć, co do niego mówią, a mowa jego staje się niewyraźną, co w związku z chwiejnością chodu nadaje mu wygląd człowieka pijanego. Do tego dołącza się ból i zawrót głowy, a często występują prócz

tego mdłości, wymioty, niekiedy biegunka. Objawy te, którym jeszcze nie towarzyszy gorączka i które z tego powodu przez wielu autorów uważane są słusznie za zapowiedzie, nie trwają dłużej nad jeden dzień, najczęściej zaś tylko kilka godzin, a niekiedy nawet bardzo słabo są wyrażone i przechodzą bezpośrednio w drugi okres, którego najwybitniejszą cechą stanowi gorączka, poprzedzona ziębieniem, a często nawet wstrząsającym dreszczem. Ciepłota w tym okresie podnosi się do 40° C., czemu towarzyszy znaczne przyspieszenie tętna i oddechu, ból głowy, odurzenie, uczucie takiego upadku sił, że chory nieraz pomimo zachowanej przytomności nie jest w stanie zrobić wysiłku potrzebnego do dania odpowiedzi na zadane mu pytanie, wreszcie nadzwyczajne pragnienie obok uczucia nieznośnego pałania wewnętrznego. Wkrótce rozwija się stan tyfusowy, niekiedy z gwałtownym, częściej spokojnym majaczeniem, przechodzącym nareszcie w senność i śpiączkę. Język bywa wtedy suchym, twardym i wraz z dziąsłami i wargami obłożonym czarnawą skorupą; do tego przyłączają się objawy osłabienia działalności mięśnia serca, przyczem tętno staje się nikłym, zaledwie namacalnym i nieregularnym, usta sinieją, kończyny ziębną i t. p..

W tym okresie zdarzają się często krwotoki z nosa, a także bywa krwioplucie; często również bywają wymioty, nawet krwawe i biegunka, a niekiedy znowu odwrotnie zdarzają się uporczywe zaparcia stolca, jak to widać z opisów ostatniej epidemii w gub. Astrachańskiej, gdzie pewien lekarz dla jednej tylko rodziny zużył 20 funtów oleju rycynowego. Śledziona zawsze ulega obrzmieniu, a niekiedy dochodzi do znacznych rozmiarów. Ilość moczu zwykle zmniejszona, niekiedy nawet bywa całkowite zatrzymanie się moczu, a często ten ostatni zawiera białko, a nawet domieszkę krwi. Po 2 do 3-dniowej gorączce, a jak podają nowsze opisy, już nieraz w kilka godzin po zachorowaniu, zaczynają powstawać dymienice, poprzedzone niekiedy ostrym bólem, a przynajmniej tkliwością miejsc odnośnych. Najczęściej obrzmieniu ulegają gruczoły limfatyczne pachwinowe, rzadziej pod pachą, na szyi i pod szczękami. Wielkość tych dymienic bywa różna: czasem obrzmienie bywa tak nieznaczne, że go zaledwie wysledzić można, częściej jednakże zdarzają się dymienice wielkości kurzego jaja i wyżej nawet. Rzadziej od dymienic i później ukazują się węgliki, które powstają na miejscach nie zakrytych ubraniem, mianowicie: na nogach, szyi i karku.

Po wytworzeniu się zbroceń miejscowych w przypadkach łagodniejszych, następuje znaczna poprawa w stanie chorego, cechująca się spadkiem ciepłoty, któremu towarzyszą obfite poty; tętno staje się pełniejszym i nie tak częstym, twarz przybiera zwykły wyraz, czynności umysłowe odzyskują swą żywość. Tymczasem dotknięte cierpieniem gruczoły ulegają dalszym zmianom, mianowicie przechodzą w ropienie i, od tej chwili począwszy, dalszy przebieg choroby staje się wynikiem zakażenia mieszanego, w którym co raz to wybitniejszą rolę odgrywają drobnoustroje ropotwórcze, mianowicie łańcuszkowce, spostrzegane przez AOYAMA wielokrotnie w ropie obok laseczników dżumy. Ropienie gruczołów posuwa się coraz dalej i w końcu ropnie same się otwierają, a jednocześnie także przestają się powiększać węgliki i strup gangrenowy odpada. Miejscowym objawom w tym okresie towarzyszą podniesienia ciepłoty, mające cechy gorączek właściwych sprawom ropnym (*streptococcencurve*).

Tak przedstawia się przebieg kliniczny choroby w przypadkach bardzo ciężkich, lecz niejednokrotnie kończących się pomyślnie; wybrałem zaś dla przedstawienia obrazu klinicznego dżumy opis takich właśnie przypadków dlatego, że w nich dzięki dłuższemu trwaniu choroba ma czas rozwinąć się w pełny obraz i przejść przez wszystkie okresy.

Po 7 lub 8 dniach trwania choroby niebezpieczeństwo jej dla chorego znacznie się zmniejsza i ci, którzy dożyją do 8 dnia choroby, wstępują w okres re-

konwalescencyi, która w pomyślnych przypadkach posuwa się szybko, częściej jednak przeciąga się długo z powodu ropienia i w tym razie chorzy najczęściej umierają wskutek chorób następnych, najczęściej prawdopodobnie ropnicy, której towarzyszą zapalenia ślinianek przyusznych, pustulki i petocie na skórze i t. p.

Wogóle podczas epidemii przypadki z zejściem pomyślnem należą do rzadkości, gdyż często śmiertelność szczególnie na szczycie epidemii dosięga 90%, przytem tylko 10% z ogólnej liczby zmarłych umiera po 8-ym dniu trwania choroby, zwykle zaś śmierć następuje wcześniej, najczęściej pomiędzy 3—5 dniem.

Zresztą śmierć może zapaść w każdym okresie. Opisują przypadki, w których zgon nastąpił już w pierwszym okresie, przed wywiązaniem się gorączki, przy objawach nagłego upadku sił, odurzenia, senności, stopniowo przechodzącej w śpiączkę, a częściej jeszcze zdarza się śmierć w drugim okresie podczas bardzo silnej gorączki, przed powstaniem dymienic. W obu tych przypadkach, gdy śmierć następowała przed ukazaniem się objawów miejscowych, mówiono o dżumie piorunującej (*pestis siderans*).

W przeciwieństwie do opisanych tu form nadzwyczajnie złośliwych i rzadko tylko kończących się wyzdrowieniem stoi druga postać dżumy znana już dawniejszym autorom jako *pestis ambulatoria vel abortiva*, a obecnie opisywana pod nazwą *pestis minor*.

Wspólną cechą obu tych postaci są dymienice, których ukazanie się i tu także niekiedy poprzedza gorączka, nieraz dochodząca do 40°. Pomimo to ogólny stan chorego w *pestis minor* nie ulega zmianie i nie ma tu tej depresyi w sferze fizycznej i umysłowej, która, jak to już wiemy, stanowi wybitną cechę ciężkich przypadków, nadając im charakter ostrej intoksykacji. Częściej nawet jeszcze zdarzają przypadki obrzmiewania gruczołów w pachwinie lub pod pachą, których ukazanie się poprzedza większa lub mniejsza bolesność odnośnych miejsc i którym przez cały czas trwania choroby nie towarzyszy gorączka, tak, że chorzy tacy nawet nie czują potrzeby kładzenia się do łóżka. W tej łagodnej postaci choroba trwa często dość długo, mianowicie 3—8 tygodni i więcej nawet. Po wessaniu się dymienic lub też po otwarciu się ropni i zagojeniu się ich zwykle następuje wyzdrowienie, lecz zdarza się także i tak, że *pestis minor* po pewnym, często dość długim trwaniu choroby, nagle przechodzi w złośliwą postać, która może się zakończyć śmiercią. Takie właśnie przejściowe formy stanowią jeden z najbardziej przekonujących dowodów, że *pestis minor* i złośliwa postać dżumy mają wspólną etyologię, co potwierdzają także, jak to już wspominałem, i bakteryologiczne poszukiwania, które wykazały obecność w pierwszej z tych postaci drobnoustrojów całkiem podobnych do laseczników dżumy, tylko mniej złośliwych. Pośredni wprawdzie, lecz także ważny dowód, stanowią spostrzeżenia YERGIN'a, który się przekonał, że hodowle laseczników dżumy posiadają niejednakowe toksyczne własności, co świeżo także stwierdził W. KOLLE doświadczeniami, wykonanemi w Instytucie Koch'a na zwierzętach, którym szczepił hodowle, pochodzące z różnych miejscowości.

Obie te formy dżumy mogą istnieć jednocześnie obok siebie, najczęściej jednak przypadki *pestis minoris* zdarzają się przed epidemią i pod koniec jej panowania, a niekiedy nawet zdarzają się epidemie złożone wyłącznie tylko z takich łagodnych przypadków, jak to np. miało miejsce w r. 1877 i 1878 w Astrachaniu.

Tu należy mi jeszcze nadmienić, że według zapewnienia wielu autorów, którzy byli świadkami epidemii, nie tylko osoby, u których następnie rozwijała się choroba, ale większa część mieszkańców zakażonych miejscowościach uskar-

żała się na ogólny stan osłabienia, utratę łaknienia, nudności i niedający się określić stan niedomagania z bólami na przebiegu rdzenia pacierzowego i w pachwinach. Szczególniej taki stan dawał się zauważyć na szczycie epidemii i był powodem, dla którego dawni autorowie często mówią o ogólnem zapowietrzeniu.

Mówiono kiedyś także jeszcze o jednej postaci dżumy, mianowicie o t. z. dżumie indyjskiej, którą utożsamiono z epidemią czarnej śmierci i przeciwstawiano zwykłej postaci dżumy, nazwanej lewantyńską, a to na tej zasadzie, że w czarnej śmierci i w epidemiach, spostrzeganych w Indjach, szczególniej w tak zwanej „dżumie z Pali“ częściej zdarzały się krwioplucia, niż w innych epidemiach. Do rozpowszechnienia się takiego przekonania, które w końcu doprowadziło do tego, że niektórzy autorowie zaczęli uważać czarną śmierć za chorobę wprowadzić podobną do zwykłej dżumy dymienicowej wschodniej, lecz istotą swą różniącą się od niej, głównie przyczynił się HIRSCH tem, że, chcąc dowieść pochodzenia czarnej śmierci z Indyi, za nadto wielki nacisk położył na krwioplucia, któremi, zdaniem jego, wyróżniła się epidemia zwana czarną śmiercią od innych. Z opisów dżumy w Indjach, na które powołuje się HIRSCH, widocznem jest, że tam zarówno przypadki z krwiopluciem, jak i bez tego objawu zdarzają się i dobrze są znane miejscowej ludności, zresztą to samo stwierdzono co do innych objawów, np. biegunki, która w jednych epidemiach częściej, w innych rzadziej się zdarza. To też sam HIRSCH w ostatniem wydaniu swego dzieła oponuje przeciw inspirowanej mu chęci rozróżnienia dwóch odrębnych postaci dżumy, które on uważa tylko za modyfikacye jednej i tej samej choroby.

Lekarze, którzy mają sposobność czynienia spostrzeżeń w miejscowościach, gdzie dżuma panuje nagminnie, wspominają o pewnych objawach, które widywali w przypadkach, zakończonych wyzdrowieniem i które uważają po części za powikłanie choroby, po części zaś za następstwa przebytej dżumy. Do takich objawów zaliczają: zgorzel płuc, bardzo nieraz znaczne obrzmienia śledziony, przemieszczającą niemotę i stępienie słuchu, częściowe porażenie w sferze ruchowej, ogólne stępienie władz umysłowych i t. p..

Rozpoznanie choroby zwykle nie przedstawia większych trudności, szczególniej, gdy już ukazały się charakterystyczne miejscowe objawy: dymienice i węglik; często wszakże, szczególniej w początkach epidemii pierwsze przypadki dżumy były przyjmowane za ciężki tyfus lub malaryę. Należy także zawsze mieć w pamięci łagodną postać dżumy, *pestis minor*, która, jak wiemy, często poprzedza wybuch epidemii i z powodu nieznacznego natężenia objawów, często wyłącznie tylko miejscowych, łatwo może przez dłuższy czas nie zwracać na siebie uwagi, lub też może być przyjmowana za cierpienie gruczołów chłonnych innego pochodzenia, najczęściej syfilitycznego, co nieraz się zdarzało i w nowszych czasach. Rozumie się, że rozpoznanie we wszystkich tych przypadkach obecnie o wiele jest łatwiejsze i pewniejsze, dzięki odkryciu swoistych drobnoustrojów. Możnaść wykrycia niekiedy laseczników dżumy we krwi ułatwia także rozpoznanie w tych przypadkach, w których śmierć następuje w pierwszym okresie choroby, przed ukazaniem się objawów miejscowych; gdy zaś to się nie udaje, natenczas rozstrzyga kwestyę badanie pośmiertne.

Zmiany pośmiertne w tej chorobie są na pozór skąpe i jednostajne. Do najcharakterystyczniejszych należą obrzmienia gruczołów chłonnych, które są objawem najstalszym, spotykanym nawet na zwłokach tych, u których za życia tego nie widziano. Najmocniej obrzmiałymi okazują się te gruczoły, które i za życia takimi się przedstawiały, mianowicie gruczoły pachwinowe, szyjowe i pod pachą, jednakże obrzmieniu, choć w mniejszym znacznie stopniu, ulegają także gruczoły oskrzelowe, śródpiersiowe i krezkowe. Obrzmienie

wszystkich gruczołów stwierdzono w czasie epidemii w Hong-Kong w 90%, wszystkich badań pośmiertnych, dokonanych w tamtejszym szpitalu.

Tkanka otaczająca gruczoły bywa surowiczo nacieczona, a niekiedy przepojona nawet plastycznym wysiękiem. Miąższ gruczołu bywa już to jednostajnie zaczerwieńiony, już to blade lub marmurowy, przytem zbity i twardy, lub też ciastowaty i usiany drobnymi ogniskami ropnemi. Tam zaś, gdzie ropienie posunęło się daleko, cały gruczoł przeobraża się w rodzaj pęcherza, o ścianach bardzo wielkich, otaczających zawartość nawpół płynną.

Błona śluzowa dróg oddechowych i przewodu pokarmowego zaczerwieńiona, usiana niekiedy drobnymi wynaczynieniami krwi, pokryta śluzem. Takież same drobne podbiegi krwawe spotykają się i na błonach surowicznych. Do stałych zmian należy nieraz bardzo znaczne powiększenie śledziony, która jest miękka i na przekroju ciemno-czerwonego koloru. Wątroba i nerki w stanie silnego przekrwienia.

Laseczniki dżumy w wielkiej obfitości znajdują się w miąższu gruczołów, w mniejszej ilości i nie zawsze we krwi. Prócz nich w ropie AOYAMA spotykał często paciorkowce. Liczba białych ciałek krwi znacznie zwiększona.

Pomimo rozgłosu, nadanego w ostatnich czasach leczeniu dżumy, a po części nawet właśnie dlatego, mam zamiar obecnie być bardzo zwięzłym w opisie środków, jakimi rozporządzamy do walki z dżumą.

Te z nich, które mają na celu zapobieganie zawleczeniu dżumy do Europy z miejscowości dotkniętych epidemią, wymagają interwencji państwa, a nawet współdziałania wszystkich państw europejskich. Konieczność zastosowania energicznych środków ochronnych podnosiło wielu już autorów, jak LANDOUZY, PETRI, CANTLIE i inni i rzeczywiście o tem, że dżuma może być zawleczona do Europy, wątpić nie można było, wobec istnienia epidemii w takim mieście, jak Bombay, z którego tysiące okrętów rozwożą towary i ludzi po wszystkich portach europejskich. Niepodobna było przypuszczać wobec tak ożywionej i szybkiej komunikacji morskiej, że się obędzie bez tego, aby który z tych licznych statków nie przywiózł na swym pokładzie chorego i rzeczywiście takich importowanych przypadków zdarzyło się w Londynie już w zeszłym roku trzy, a prócz tego wiadomem jest, że na początku marca r. b. okręt angielski, przepływający koło wyspy Malty, chciał wysadzić na ląd chorego na dżumę, lecz wobec opozycji miejscowej władzy udał się z nim w dalszą drogę i dotąd nie wiadomo, co się stało z tym chorym. Wiadomo także, że i w innych miastach portowych, jak: Bassorah, Aden [u wejścia do morza Czerwonego], zdarzały się przypadki dżumy, przywiezione z Indyj, a niedawno w Suez zatrzymano angielski okręt transportowy z powodu, że zdarzył się na nim wypadek śmierci wskutek dżumy.

Poważne również obawy zachodzą, że dżuma może przywędrować do Europy znacznie wprawdzie powolniejszą, lecz może jeszcze niebezpieczniejszą drogą lądową. Ogólny rzut oka na przebieg epidemii i kierunek, w jakim się zaraza szerzy, obawy te istotnie zdają się usprawiedliwiać. Przeniesiona z miast portowych chińskich do Bombay, została wkrótce przez uciekinierów, których liczbę oceniano na 50—100,000, zawleczona do innych miast w Indjach, jako to: do Surat, Baroda, Agra i t. d. i trzymając się wciąż kierunku ze wschodu na zachód, ukazała się, jeżeli można wierzyć wiadomościom, podanym przez dzienniki polityczne oraz zagraniczne artykuły lekarskie, w Beludżystanie, a nawet w Afganistanie [w Kandaharze].

Wobec tego stałego posuwania się epidemii na zachód niepodobna jest podzielać optymistycznych zapatrywań prof. DRACHE'go, który w tem powolnem szerzeniu się dżumy widzi dowód, że złośliwość zarazy słabnie w miarę

oddalania się od pierwotnego ogniska. Dowodem zrozumienia grożącego Europie niebezpieczeństwa i uznania potrzeby wspólnej akcji służy otwarta 17 lutego b. r. konferencja przedstawicieli wszystkich państw, która miała w swoim programie przedewszystkiem rewizję systemu kwarantannowego, przyjętego za zasadę od czasu konwencji międzynarodowej, zawartej w r. 1852.

Uznając doniosłość niebezpieczeństwa, grożącego Europie, z drugiej wszakże strony można, zdaje się, słusznie podzielać zdanie ROUX, że dżuma, gdyby nawet ukazała się w Europie, nie znajdzie tu prawdopodobnie warunków, sprzyjających szerzeniu się epidemii, dzięki wysokiej cywilizacji państw Europejskich i przestrzeganiu przepisów higieny, których doniosłości, jako środka do walki z epidemią, nie potrzebują tu podnosić, gdyż o tem przekonał się w czasie ostatniej epidemii cholery.

Co się tyczy samego leczenia dżumy, to i tu także muszą być więzłym, dawne bowiem środki wprost nie zasługują na wzmiankę z powodu swej nieskuteczności, czego dowodem wysoka odsetka śmiertelności pomimo stosowania tych środków, nowe zaś sposoby leczenia, oparte na zastosowaniu seroterapii, nie znalazły jeszcze szerszego zastosowania tak, że nie mógłbym nie dodać do tego, co podały zamieszczone we wszystkich pismach lekarskich streszczenia prac YERSIN'a. Dla uzupełnienia więc tylko całości mego opisu nadmienię, że zaraz po wykryciu laseczników dżumy w Instytucie PASTEUR'a pod kierunkiem ROUX, najprzód CALMETTE i BORREL, a w krótkce i sam YERSIN przybyły do Europy zabrał się do uodporniania zwierząt przez wstrzykiwanie im czystej agarowej hodowli laseczników dżumy. Po trzech miesiącach otrzymano od koni surowicę, która posiadała własności lecznicze i zapobiegawcze dla myszy, czem zachęcony YERSIN powrócił do Chin w celu wypróbowania na ludziach leczniczych własności otrzymanej w ten sposób surowicy. Z prac YERSIN'a wiemy dotąd, że w Kantonie i w Amoy stosował on surowicę w 26 przypadkach dżumy, z których tylko dwa zakończyły się śmiercią, a z wiadomości przysłanych z Bombay dowiadujemy się, że obecnie autor ten robi próby w Indyach.

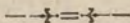
Mniej pewne wiadomości mamy dotąd o szczepieniach ochronnych, czyli uodpornianiu czynnem, jeżeli tak można się wyrazić, za pomocą wstrzykiwań pod skórę hodowli laseczników dżumy. Dotąd wiemy tylko z zamieszczanych w pismach periodycznych telegramów, że podobne wstrzykiwania na znacznej liczbie ludzi dokonał HAFKIN, jakoby z bardzo pomyślnym rezultatem.

## L I T E R A T U R A.

- JOANNIS LERNET. De Peste. Disertatio. 1814.  
LUDWIK GAŚSIOROWSKI. Zbiór wiadomości do historii sztuki lekarskiej w Polsce. Poznań. 1839 r.  
CZETYRKIN. O zarazie morowej. Opisanie moru, który grasował w wojsku ruskim r. 1828, 1829 i 1830. Warszawa r. 1840. Sprawozdanie w Pam. Tow. Lek. Warsz. z r. 1846.  
J. F. C. HECKER. Die grossen Volkskrankheiten des Mittelalters. Berlin. 1865.  
GRIESINGER. Infectiouskrankheiten. Virchow's Handb. der spec. Path. u. Ther.  
HEINRICH HAESER. Lehrbuch der Geschichte der Medicin. Wydanie z r. 1882.  
BOUDIN. Géogr. med. Rosyjskie tłom. r. 1864.  
LIEBERMEISTER. Beulenpest. ZIEMSEN'S Handbuch der speciel. Path. u. Therap.  
HIRSCH AUGUST. Handbuch der Historisch-Geografischen Pathologie. Stuttgart. Wydanie z r. 1883.  
SZOKALSKI W. Epidemia morowego powietrza w Warszawie w r. 1124—1625 za Zygmunta III. Gazeta Lekarska. 1888 r. Nr. 34 i 35.  
TELAFUS J. Zapiski dotyczące pomoru wschodniego, który w r. 1870 i 1871 panował w Kurdystanie. Przegl. Lek. 1875. Nr. 40.

- BIESIADKI A. O dżumie w gub. Astrachańskiej w zimie 1878/79 r. Pan Tow. Lek. Warsz. Tom LXXVI, str. 793 i 749 i Tom LXXVII, str. 1 i 337.
- BIESIADKI A. Sprawozdanie o przebiegu dżumy w gub. Astrachańskiej w zimie 1878/9. Przegł. Lek. 1879, str. 221 i 237.
- DOBIESZEWSKI Z. Poglądy Warszawskiego Tow. Lekarskiego w przedmiocie zabezpieczenia Warszawy i Królestwa Polskiego od wybuchu dżumy i innych zaraźliwych chorób. Zdrowie. 1379. Nr. 6, 7 i 8.
- DOGIEL J. Drogi, jakimi dostaje się zaraza morowa do człowieka. Med. 1879. Nr. 12 i 13.
- LUCZKIEWICZ H. Patologia i nosogenia dżumy. Gaz. Lek. 1879. Nr. 6. str. 87.
- LUCZKIEWICZ. Leczenie dżumy. Gaz. Lek. 1879, str. 66
- MARKIEWICZ B. O powietrzu morowem i istocie zarazka. Med. Nr. 19 i 20
- JABŁONOWSKI W. Zaraza morowa i cholera na Wschodzie w r. 1881. Przegł. Lekarski. 1882, Nr. 46, 47, 50, 51.
- JABŁONOWSKI W. Dżuma w Iraku arabijskim w r. 1834. Przegł. Lek. Nr. 11, 12, 13, 14, 16, 17, 19 i 23.
- KITASATO. Preliminary notice of the bacillus of bubonic plague. Hong-Kong. 1894. [Cytow. według W. ROLLE i D-ra PETRI].
- YERSIN La peste bubonique à Hong-Kong. Annales de l'Institut PASTEUR. 1895, s. 662.
- YERSIN. CALMETTE et BORREL. La peste bubonique. Ann. de l'Institut PASTEUR. 1895, s. 539.
- MONOD. Le remède de la peste. [Komunikowane na posiedz. Akadem. w Paryżu. Semaine méd. 1896. Nr. 40].
- YERSIN. Sur la peste bubonique [séro-thérapie]. Annales de l'Institut PASTEUR. 1897. Janv.
- ROUX E. Ueber die Bubonenpest und ihre Serumbehandlung. Therapeutische Wochenschrift. 1897. Nr. 5.
- LANGER FRITZ. Die Pest und ihre Ausbreitung, Wiener klin. Wochenschr. 1897. Nr. 3.
- KOLLE W. Zur Bacteriologie der Beulenpest. Deutsch. Med. Wochenschr. 1897. Nr. 10.
- D-r PETRI. Zum gegenwärtigen Stande der Pestfrage. Deutsch. Med. Wochenschr. Nr. 6.
- DRASCH Prof. Die neue Pest-Aera. Wiener med. Wochenschr. 1897. Nr. 11 i 12.
- LANDOUZY L. Prof. Traitement de la peste. Prophylaxie-thérapeutique-sérothérapie. La Presse Médicale. Nr. 12.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



### 40. Erich Lexer. Etiologia i pasożyty ostrego zapalenia szpiku kostnego (*osteomyelitis acuta*).

Autor omawia we wstępie teoryę, dotyczącę etiologii ostrego zapalenia szpiku kostnego i zwraca uwagę na blizki stosunek tej sprawy chorobowej z ogólną posocznicą (*pyaemia*). Oddzielne ogniska ropne mogą powstać drogą przerzutów w różnych organach ciała, w związku z mniejszą lub większą wrażliwością (*dispositio*), która tym ostatnim jest właściwą; ponieważ zaś tkanka kostna, a specjalnie tkanka kości rosnącej, skutkiem rozszerzonych naczyń włosowatych i powolniejszego krwioobiegu w pętlicach tych ostatnich, przedstawia najdogodniejszą glebę dla rozwoju pasożytów, znajdujących się już we krwi danego ustroju, łatwo daje się zrozumieć, iż *osteomyelitis* najczęściej się trafia u dzieci. Doświadczalnie można to również sprawdzić [jak to robił autor], wstrzykując królikom do żył czyste hodowle ropotwórczych pasożytów; ogniska ropne najczęściej umiejscawiały się w kościach, gdy u dorosłych zwierząt najczęściej cierpiał stawy i trzewa. Drogi wejścia pasożytów są rozmaite; w każdym razie, każdy przypadek *osteomyelitis acutae* autor uważa za przejaw ogólnego zakażenia krwi przez pasożyty ropne. Na zasadzie szczepień krwi na odżywkę, dokonywanych w klinice prof. BERGMANN'a, metodycznie w każdym przypadku ostrego zapalenia szpiku kostnego, zestawia autor kilka spostrzeżeń własnych, które dały rozmaite wyniki bakteryalne. Najczęściej rozwijał się złoty gronkowiec. Przypadki zakażenia krwi tym ostatnim w klinice prof. KOCHER'a w Bernie były tak częste, iż KOCHER wprowadził do terminologii lekarskiej kilka nowych wyrażen: *staphylococcus circumscripta*

*acuta et chronica, staphylomycosis multiplex et metastatica, staphylohaemia*; w każdym razie natężenie choroby, zależy od jadowitości drobnoustrojów i ilości tychże we krwi, co również daje się doświadczalnie stwierdzić. Na potwierdzenie przytacza autor przebieg choroby u 11-letniego chłopca, przyjętego do kliniki BERGMANN'a z wysoką gorączką i obrzmieniem prawej голени. Najście pasożytów nastąpiło przypuszczalnie przez niezagojoną jeszcze ranę lewego wielkiego palca u nogi. Przed operacją wzięto z jednej z żył przedramienia 3,00 krwi i przeszczepiono na agar: rozwinęły się bujne kolonie gronkowca złocistego. Przy operacji otworzono całą jamę szpiku w piszczeli i wydłutowano wszystko, co tylko uległo zapaleniu—następnie wytamponowano całą jamę. Już na drugi dzień przedsięwzięte hodowle, dały wynik ujemny, ciepłota spadła i chory wyzdrowiał. Fakt ten skłania autora do mniemania, iż po umiejscowieniu się sprawy, krew jest już wolną od pasożytów; większa zaś ilość przerzutów następuje wskutek wtórnego zakażenia (*reinfectio*) krwi z ogniska pierwotnego.

Drugie miejsce pod względem częstości zajmuje gronkowiec biały, czego dowiedli CANON i ROSENBACH; różnica w przebiegu klinicznym przy zakażeniu tym ostatnim nie daje się spostrzegać wyraźnie. Wykazanie gronkowca złocistego udaje się łatwiej i częściej; dowiódł tego LANNELONGUE w swojej statystyce: na 90 badanych bakteryologicznie przypadków *osteomyelitidis acutae*, w 56-u wyrastał gronkowiec złoty, a w 41-u biały. W klinice BERGMANN'a udało się tylko raz wykazać białego gronkowca, jako jedyne go sprawcę ciężkiego i rozsianego zapalenia szpiku kostnego. W jednym przypadku wykazał LANNELONGUE gronkowca cytrynowego, a DORWOSKOWEGO. Daleko częściej, według autora, jest zakażenie mieszane gronkowców z paciorkowcami, kliniczny zaś przebieg jest w tym ostatnim razie cięższym, za czem przemawiają wszystkie autorowie, LEXER zaś stwierdził to doświadczeniami.

Że istnieje zakażenie wyłącznie tylko przez paciorkowca, to stwierdzili LANNELONGUE i ACHARDIN w 1890 r., przyczem były opisane jako odrębności klinicznego przebiegu: podobny do róży obrzęk skóry, obrzmienie gruczołów chłonnych i rozszerzenie siatki żył. Umiejscowienie w kościach przy zakażeniu paciorkowcami jest rzadsze, najczęściej ulegają zachorzeniu organy mięsiste, w kościach zaś cierpiały tylko powierzchowne ich części, t. j. okostna i tkanka korowa. Na zasadzie spostrzeżeń własnych autor nie mógł stwierdzić powyższych danych, lecz w jednym przypadku u 8-0 miesięcznego chłopca, który zmarł pomimo stosunkowo wczesnej operacji, zniszczenia kości miednicowej były bardzo rozległe, przy badaniu krwi udało się otrzymać czyste hodowle paciorkowca.

Możliwość rozpoznania klinicznego, czy dana sprawa polega na zakażeniu paciorkowcami, czy gronkowcami, jest według autora mrzonką, lecz wygląd ropy może być dość pewnym punktem wytycznym; ropa przy zakażeniu paciorkowcami jest płynną, dość rzadką i jasno zielonej barwy. Jako rzecz zupełnie nową dodaje autor badania swoje i innych klinicystów [PETRUSCHKY, KRAUSE] nad t. zw. nieżyłowym zapaleniem stawów VOLKMANN'a; okazuje się, iż przy podobnym zapaleniu główną rolę grają paciorkowce, co koniec końców może naprowadzić na myśl, że przy zakażeniu krwi przez paciorkowce prędzej może dojść do zajęcia stawów, niż do uformowania się ogniska w kościach, innemi słowami, paciorkowiec chętniej umiejscawia się w stawach, niż w kościach.

Następnie poświęca autor parę słów pneumokokkowi FRAENKEL'a i WEICHELBAUM'a. Wiadomem jest ogólnie, iż po zapaleniu płuc krupowem powstają nieraz rozsiane ropienia w stawach, również nierzadkie są ropnie przerzutowe, czasami nawet dochodzi do ropni w mięśniach; opierając się na doświadczeniach ULLMANN'a, HANSEN'a, LEYDEN'a i innych, autor utwierdza się w mniemaniu, iż w pewnych warunkach pneumokokki są w stanie wywołać w kościach



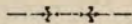
ropnie tak, jak i pasożyty ropotwórcze. Objaśnia on ten wywód opisem przebiegu choroby u 9-o miesięcznego chłopaka, cierpiącego na *osteomyelitis acuta*, z ropy którego udało się mu otrzymać czystą hodowlę pneumokokka FRAENKEL'a i WEICHELBAUM'a.

Ostatnią część pracy poświęca autor t. zw. ropieniom wtórnym w kościach, spotykanym często przy ostrych chorobach zakaźnych, a na pierwszym planie przy i po durze brzuszny (*typhus abdom.*). Ropienie może być wywołane przez lasecznika duru lub też może powstać drogą zakażenia mieszanego, przyczem wyżej wspomniany lasecznik tylko się przyczynia do sprawy ropnej, wywołanej przez drobnoustroje ropotwórcze, lub też zmniejsza siłę odporności danego organizmu. Ropa przy t. zw. *osteomyelitis typhosa* tem się różni od wydzieliny przy innych zapaleniach szpiku kostnego, że ma żółto-czerwoną barwę i zawiera bardzo mało komórkowo-organizowanych tworów; autor uważa taką ropę nie za ropę w ścisłym znaczeniu, lecz za produkt przemian wstecznych zależnych od bujania komórek, powołując się na pracę DMOCHOWSKIEGO i JANOWSKIEGO, którą przytacza. Kilka spostrzeżeń własnych autora stwierdza częstość umiejscowienia ropni tyfusowych w żebrach. Następują opisy rzadkich ropni, wywołanych przez *bact. coli commune* i *bacill. anthracis*, ropień łopatkki, wywołany przez *bact. coli commune* i gronkowce razem; w rzadkich przypadkach znajdowano również NEISSER'owskie gonokokki. Opierając się na zdaniu KRASKĘ'go, wypowiada autor przekonanie, iż każdy drobnoustrój, posiadający własności wytwarzania ropy, może spowodować ostre zapalenie szpiku kostnego; wyliczone zaś gatunki są zaledwie początkiem długiego szeregu; każdy z wyliczonych drobnoustrojów ma pewne właściwe sobie odrębności, lecz dokładne ich zbadanie z klinicznego punktu widzenia jest dziełem przyszłości.

(*Volkmann's Samml. klin. Vorträge. Nr. 173, 1897.*) E. Karłowicz.



## WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.



**5. Tannalbinum. Tanalbina.** Już od dawna starano się o taki przetwórk garbnikowy, któryby zupełnie nie rozpuszczał się w żołądku i przez to nie obciążał funkcji tego narządu. Oprócz tego, taki przetwórk garbnikowy powinien i w kiszkiach bardzo wolno się rozpuszczać, a to dlatego, aby przez owo stopniowe rozpuszczanie się pewna część przetworu dostawała się do dolnego odcinka kiszki cienkiej, oraz do kiszki grubych i tam wywierała odpowiednie ściągające działanie.

Na tej właśnie zasadzie H. MEYER wprowadził do terapii związek taniny z kwasem octowym, czyli t. z. tannigen<sup>1)</sup>.

D-r GOTTLIEB (*Deutsch. med. Woch. 1896. 11*), opierając się na tem doświadczeniu, że ciała białkowe przez bardzo długie ogrzewanie w wysokiej temperaturze do tego stopnia zmieniają niektóre swe własności, że nie ulegają strawieniu w soku żołądkowym, podał nowy przetwórk garbnikowy, a mianowicie odpowiednio przygotowany związek taniny z białkiem, t. j. białkan taniny, czyli t. zw. tanalbinę.

Białkan taniny, bardzo długo ogrzewany, staje się tak opornym względem trawienia żołądkowego, że nawet kilkodniowe działanie sztucznego soku żołądkowego nie jest w stanie go rozpuścić.

Tanalbina przedstawia się pod postacią proszku bardzo lekkiego, słabozłotawego, bez smaku, zawiera 50% taniny. W jamie ustnej i w żołądku nie

<sup>1)</sup> Wiadomości terapeutyczne. Gazeta Lekarska. 1894, str. 497.

rozpuszcza się, a dopiero w przewodzie kiszkiowym następuje powolne rozszczepianie się wzmiankowanego przetworu na białko i taninę, która, łącząc się z alkali przewodu kiszkiowego, jako garbnikan alkali wywiera ściągające działanie.

Obecnie posiadamy już mnóstwo spostrzeżeń, przemawiających za istotną skutecznością wzmiankowanego środka leczniczego.

Przedewszystkiem D-r ENGEL i prof. VIERORDT (*Deutsche med. Woch. 1896, 11, 25*) podają spostrzeżenia, z których widać, że tanalbina doskonale działa przy wszelkich nieżytach kiszek, a szczególnie przewlekłych. Pod wpływem tanalbiny, tak u dorosłych, jak i u dzieci, rozwolnienie ustępuje, stolec staje się stopniowo coraz gęstszym, a i śluz dość szybko znika. Zaznaczyć tu zarazem należy, że i rozwolnienia, zależne od gruźliczego zapalenia kiszek, zmniejszają się, a nawet na pewien czas zupełnie znikają przy dłuższym stosowaniu tanalbiny.

Do takich samych pomyślnych rezultatów doszli HOLTZAPFEL i D-r REY (*Deutsche med. Woch. 1896. 50. 1891. 3*), stosując tanalbina u ssawców i bardzo małych dzieci przy nieżytach kiszek, a szczególnie przy t. z. *cholera infantum*.

Oprócz tego pomyślnego działania tanalbiny na przewód kiszkiowy podaje prof. SCOGNAMIGLIO z Neapolu (*Wiener medic. Blätter 1897. 2*) spostrzeżenia, przemawiające za wielką skutecznością wzmiankowanego środka przy cierpieniach nerek: w kilku przypadkach białko w moczu zupełnie znikło, a w kilku ilość białka w moczu znacznie się zmniejszyła.

W każdym razie to należy zaznaczyć, że nawet bardzo długie stosowanie tanalbiny nie wywołuje żadnych przykrych objawów, oraz że chorzy chętnie ten środek przyjmują, gdyż nie posiada ani smaku, ani zapachu.

Tanalbina podaje się wprost w proszku. Dzieciom można podawać w kleiku, w syropie.

Dawka wynosi dla dorosłych 1,0, dla dzieci większych 0,5, a dla ssawców 0,25—*pro dosi*.

Zwykle podajemy taką dawkę w pierwszych dniach leczenia 3 lub 5 razy na dobę w przerwach godzinnych. W następnych zaś dniach, gdy już rozwolnienie znacznie się zmniejsza, w dłuższych przerwach ze dwa lub trzy razy dziennie.

Jeśli wpływ tanalbiny nie jest widocznym, to można bardzo szybko dawkę powiększyć, np. u dorosłych do 2,0 *pro dosi* i 10,0 *pro die*.

Wiktor Grostern.

## Wiadomości drobne.

— 1 — 1 —

— W *Centralblatt für Bakteriologie, Parasitenkunde und Infektionskrankheiten. Band XXI. Nr. 2. 1897*, LUZZATO podaje wyniki badań nad wpływem t. zw. zakażeń mieszanych na przebieg gruźlicy u ludzi w wieku podeszłym. Doświadczenia powyższe dowiodły, że przy zakażeniach wtórnych mamy najczęściej do czynienia z paciorkowcami, wraz z którymi już względnie rzadziej spotkać możemy i różne gatunki gronkowców. Bakteryje tu znajduwane odznaczają się małą żywotnością i słabą jadowitością. Obserwacje wykazały, że zakażenie paciorkowcowe nie wywiera swoistego wpływu na przebieg gorączki, jak również i przebieg choroby w wyraźnym związku z nią nie pozostaje. [Tu dodać należy, że jeszcze w roku zeszłym (Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego) JAKOWSKI, opierając się na spostrzeganych przez siebie przypadkach, wygłosił przekonanie, że krzywa cie-

ploty przy obecności paciorkowców we krwi chorego nie odpowiada podawanej przez Koch'a i Petruschky'ego t. zw. *Streptococcencurve*. *Przyp. referenta*].

J. Landstein.

— BROUARDEL przedstawił w Francuskim Towarzystwie dermatologów chorego, który wstąpił na oddział prof. FOURNIER'a z powodu pryszczycy ramienia i po jakimś czasie po wypisaniu się powrócił z powodu dwu twardych szankrów na ramieniu, którymi zaraził się podczas pobytu w szpitalu. Sposób zarażenia się pozostał niewyjaśnionym.

(*Annales de Derm. et de Syph. Nr. 8 9. 1896*).

W. St.

— DURANTE w Towarzystwie biologicznym przytacza obserwację 71-letniej kobiety, nie przedstawiającej żadnych objawów gruźliczych, u której po uderzeniu dziobem, zadaniem jej w palec przez wróbla, wystąpiły typowe objawy wilka. Ptak, chory już od niejakiego czasu, zdechł nieco później wskutek jakiegoś cierpienia wewnętrzznego, nieokreślonego.

— BROCA i CHARRIN wstrzykiwali surowicę psa gruźliczego chorym na wilka z dość dodatnim rezultatem; w dwu przypadkach ciężkich i rozległych nastąpiło doskonałe zabliznienie owrzodzeń.

(*Annal. de Dermat. et de Syphil. Nr. 11. 1896*).

W. St.

— MOELLER zwraca uwagę na niebezpieczeństwo zatorów płucnych przy stosowaniu podskórnem nierozpuszczalnych przetworów rtęci, które ma miejsce u 8,99% chorych, leczonych tą metodą.

(*Arch. f. Dermat. u. Syph. XXXVII. B. 3, H. 1896*).

W. St.

— BALZER przytacza 2 przypadki wrzodu i dymienicy fagadenicznej, wyleczone za pomocą 10/00—20/00 wodnego roztworu ciepłego [40° C.] nadmanganianu potasu, stosowanego w postaci codziennych 2—3 godzinnych przepłukiwań.

(*Annal. de Derm. et de Syph. Nr. 10. 1896*).

W. St.

— F. J. BOSE et MARC BLANC podają wyniki badań na ludziach i doświadczeń na zwierzętach, jakie przedsięwzięli w celu wyjaśnienia przyczyny często występującego zapalenia otrzewnej przy zaciśnięciu kiszek, ich zamknięciu i przy przepuklinie. Okazało się, że przy braku przedziurawienia kiszek do zapalenia otrzewnej dojść może dzięki przenikaniu drobnoustrojów ze światła kiszek przez jej ściany do powierzchni otrzewnej. Sprawa ta zachodzić może jedynie tylko wtedy, jeżeli nabłonek kiszkowy w większym lub mniejszym stopniu będzie uszkodzonym. Przy bardzo nieznacznych uszkodzeniach bakterii w żadnej tkance kiszek nie znajdowano; przy złuszczeniu nabłonka drobnoustroje widziano w błonie śluzowej, podśluzowej i na powierzchni otrzewnej, błona zaś mięśniowa prawie zawsze była od nich wolną; jeżeli dochodziło do znacznej nekrozy błony śluzowej, lub licznych wylewów krwawych, szczególnie w błonie mięsnej, konstатовano obecność bakterii we wszystkich tkankach ściany kiszek. Bakterie najczęściej rozsiane są swobodnie między komórkami, często znajdują się w świetle naczyń krwionośnych i limfatycznych, lecz nieraz widziano je także wewnątrz leukocytów. Przenikanie ich do różnych warstw ściany kiszek odbywa się drogą bezpośredniego wciskania się między zwyrodniałe i rozluźnione komórki tkanki, lub też za pomocą rozszerzonych naczyń krwionośnych i limfatycznych; ogniska wylewów krwawych zawierają najliczniejsze konglomeraty drobnoustrojów. Z pomiędzy różnych gatunków bakterii, widywanych w kiszkiach i worku przepuklinowym, najczęściej spotykano *b. coli commune*.

(*Archives de Médecine Expérimentale et d'Anatomie Pathologique, 1-e série, tome VIII. 1896. Nr. 6*).

J. Landstein.

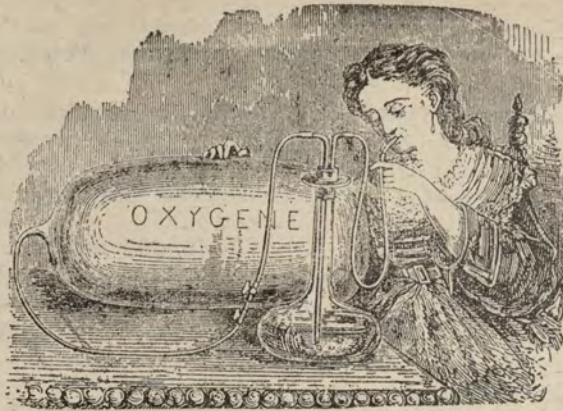
Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Доводено Цензурою Варшава 11 Апрѣля 1897. Друк Ковалевскаго, Варшава, Мазовіека 8.

APTEKA

Magistra farmacyi



H. KUCHARZEWSKIEGO.  
Miodowa № 4,  
dawniej Senatorska wprost Miodowej.

Zaopatrzoną jest w dostateczną ilość przenośnych przyrządów z balonami dla wdychania tlenu; które w każdym czasie bywają napełnione szybko i wydawane na miasto. Wdychania tlenu wracają szybko siły ludziom starym jakoteż wyniszczonym wskutek chorób lub zbytnej pracy umysłowej, słowem działają ożywczo i odmładzająco, są nadzwyczaj korzystne w przypadkach, gdzie chorey ma zalecony pobyt na wsi, lub nad morzem, a nie jest w możności uskutecznienia tego.

Przyrząd składa się z balonu kauczukowego zawierającego tlen, połączonego z naczyniem napełnionem wodą i pełniącym funkcję oczyszczenia gazu z ciał obcych przypadkiem do balonu dostać się mogących; używa się wdychając po 20 do 30 litrów tlenu codziennie przez 3 do 4 tygodni. Dla P.P. lekarzy lub osób potrzebujących powyższej kuracji na prowincyi, wysła się kompletne aparaty z mieszaniną służącą do otrzymania tlenu.

Nadto przyrządza się tlen z tlenkiem azotu.

## KAPIELE REINERZ

na Szlązku Pruskim,

3-1

uzdrowisko kuracyjne klimatyczne,

w lasy bogate, 568 metr. nad powierzchnią morza. Posiada trzy źródła do picia, alkaliczno żelaziste, obfitujące w kwas węglany. Kąpiele mineralne, błotne, tuszowe oraz wyborny zakład żętyczny i mleczny. Skutecznie działające we wszelkich chorobach dróg oddechowych, w niezżytach żołądka, kiszek i dróg moczowych, w chorobach kobiecych i cierpieniach nerwowych powstałych na podstawie anemii. W ogóle gorąco zalecane we wszystkich sprawach osłabienia organizmu. Frekwencya 7000 osób, 8 lekarzy kąpielowych.

Otwarcie sezonu z początkiem maja.

Ostatnia stacya kolejowa Rückers-Reinerz (4 kilometry). Polskie gazety i książki w bibliotece. Prospekty bezpłatnie i franco.

## ZAKŁADY WODOLECZNICZE

52-3

### D-ra Chwistka w Zakopanem

mieszczące się: na Krupówkach i w Kuźnicach w dawnej willi hr. Krasińskiego, zwanej Adasiówka.

Cały rok otwarte. Ceny przystępne.

## OJCÓW

### Zakład Wodoleczniczy i mieszkania letnie

(stacya pocztowa w miejscu, kolejowa Olkusz, kolei Iwangr.-Dąbr.)

Sezon rozpocznie się 15-go maja. Na stacyi Olkusz wózki włościańskie. Na żądanie listowne Administracya Ojcowa wysła bryczki i powozy.

Lekarz ordynujący D-r Topolski.

3-3