

GAZETA LEKARSKA.

I. NOWA METODA ATTICO-ANTROTOMII.

PRZYSZYNEK DO CHIRURGII CZASZKI.

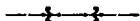
Przez

R. Jasińskiego,

chirurga Warszawskiego szpitala dla dzieci,

i **K. Orla,**

prosektora przy katedrze anatomii topograficznej C. W. U.



[Dokończenie. — Patrz Nr. 4].

2. Antrotomia.

Nie będę mówił tutaj o cięciu WILDE'go, ani o mniej lub więcej rozległych wydlutowaniach, czyli resekcjach wyrostka sutkowego, gdyż, jak wspomniałem, zamiarem moim jest zwrócenie uwagi na dwa szeregi operacyi, a mianowicie: bezpośrednie otwieranie zatoki, czyli pieczary wyrostka sutkowego i uchylka jamy bębnekowej, czyli attyki.

Antrotomia albo antrektomia taka jest już operacyą klasyczną, wymaga ściśle określonych wskazówek anatomicznych. Dawniej dobierano się do zatoki sutkowej nieco na oślep, dopiero prace SCHWARTZE'go, HARTMANN'a, BEZOLD'a, ZUKERKANDL'a, POLITZER'a, DUPLAY'a, RICARD'a, TREVES'a, MAC-EWEN'a, ALLEN'a i KNAPP'a postępowanie przygodne zamieniły na metodę. Jeszcze w ostatnich czasach [1893] niektórzy autorowie [PAUZAT] przebijają wyrostek sutkowy przy jego wierzchołku; inni radzą naświdrowywać część jego tylną i t. d.. Dawniej operowano przeważnie trepanem lub specjalnymi perforatorami; cóż z tego, kiedy postępowano najczęściej bez ścisłego anatomicznego planu, nie więc dziwnego, że na 10 operacyi zaledwie w 2-u lub 3-ech dostawano się do *antrum mastoideum*.

Dzisiaj dzięki pracom powyżej wymienionym, których ostateczny wynik świetnie przez CHIPAULT'a zestawiony i uzupełniony został, wiemy, że do jamy sutkowej bardzo łatwo dostać się można od razu. Znamy już trójkąt chirurgiczny pozawylotowy „*triangle chirurgical retroméatique*“, o którym powyżej była mowa. Przypomnę, że trójkąt ten ma następujące granice łatwe do odnalezienia: ku tyłowi i ku dołowi grzebień lub rysa wierzchołkowo-sutkowa (*crista vertico-mastoidea*), ku górze grzebień nadsutkowy (*crista supramastoidea*), czyli prze-

dłużenie brzegu górnego wyrostka licowego, ku przodowi brzeg tyłuo-górny wylotu przewodu kostnego ucha z kolcem nadwylotowym HENLE'go (*spina supra-meatica*). Ku tyłowi od tego kolca, jak wiemy, jest mała przestrzeń trójkątna, usiana dziurkami naczynio-nośnemi: przestrzeń sitowa pozawylotowa. Nie będę tu powtarzał, jakim częściom głębokim odpowiadają wyniosłości i wgłębienia powyżej przytoczone. Sądzę, że słuchacze sami już pamiętają, iż właśnie w tym trójkącie chirurgicznym znajduje się klucz do jamy sutkowej. Tutaj więc postawić należy dłuto lub, jak my radzimy, perforator COLLIN'a, który nas na pewno do jamy tej wprowadzi. Nie wolno zaawanturować się zbyt wysoko [nad linią nadsutkową], bo nadwerżyć możemy podłogę dołu czaszkowego średniego. Nie wolno postawić koronki zanadto ku tyłowi [na linii wierzchołkowo sutkowej], bo otworzymy zatokę poprzeczną.

W warunkach normalnych, na głębokości $\frac{1}{2}$ do 3 milimetrów od powierzchni kości trafiamy już na największe komórki powietrzne wyrostka sutkowego i na *antrum*. Proponowana przez nas antrotomia przedstawia się tedy, jak następuje:

Na szerokość palca po za przyczepem płątka usznego (*lobulus*) wymacujemy przyczep mięśnia mostko-obojęczyko-sutkowego i koniec przednio dolny brzegu wolnego, wyrostka sutkowego, opatrzony małym wgłębieniem. Dolek ten jest punktem, na którym kończy się linia lub grzebień wierzchołkowo-sutkowy. Jeżeli punkt ten połączymy z takim samym punktem przeciwno-stronnego ucha linią sztuczną, przebiegającą przez wierzchołek czaszki, to wykreślimy sobie przebieg tylnej granicy pola operacyjnego. Przekonamy się wtedy, że znaczna część trójkąta chirurgicznego pokryta jest przyczepem muszli usznej. Przy pewnej skośności kierunku ucha chrzęstnego, kołec nadwylotowy (*spina supra-meatica*) wyczuć się tedy daje nie za muszlą, lecz po przez przewód chrzęstny.

Robimy tedy cięcie łukowate równoległe do całego tylnego przyczepu muszli, odległe odeń o 1 centymetr, poczynające się u góry od łatwo wymacalnej linii nadsutkowej, a kończące u przedniodolnego końca wyrostka sutkowego. Cięcie od razu drąży aż do kości. Podwiązać trzeba zazwyczaj jedną tylko tętniczkę (*art. auricularis posterior*). Drugie cięcie równoległe do cięcia skórniego prowadzę na okostnej i błonę tę oddzielam skrobaczką w stronę przewodu usznego zewnętrznego, a potem nieco ku tyłowi. W ten sposób obnażam sobie cały trójkąt chirurgiczny pozawylotowy i widzę jego granice wyraźnie, gdy mi asystent odpowiednio haczykami ranę rozszerzy. Są do tego aktu specjalne, bardzo dobre ekartery, a mianowicie BUSCH'a i FERRER'a [grabie ostre do odciągania muszli], sądzą jednak, że nie na kształcie narzędzia polega tutaj wystarczająca pomoc. Do otwierania kości służą obecnie rozmaitej grubości i kształtu dłutka, oraz młotek ołowiany albo drewniany. Robiłem takich antrotomii na chorych bardzo dużo i dosyć często napotykałem wyrostek tak skostniały, że dużej siły użyć musiałem, aby, rąbiąc zawzięcie, dorąbać się nareszcie do *antrum*.

Z tego powodu postanowiliśmy dla oszczędzenia czasu, siły, i dla uniknięcia wstrząśnięć czaszki spróbować odpowiedniego świdra. Z pośród wszystkich znanych mi trepanów najodpowiedniejszym wydał mi się przyrząd STOLL'a

(*rhichano-trepanon*). Jest to jednak narzędzie bardzo skomplikowane i drogie, porusza się za pomocą osobnej korby przez transmisję i dla tego nie dla każdego chirurga dzisiaj dostępne. Drugie narzędzie okazało się najzupełniej odpowiedniem, a mianowicie: perforator COLLIN'a, którego korona, mająca 1 cm. średnicy, wybornie nadaje się do osiągnięcia zamierzonego rezultatu.

Wprawdzie rychanotrepan ma tę znaczną przewagę nad perforatorem COLLIN'a, że zabiera w siebie wszystkie opiłki, to jednak i ten ostatni wycina kanał o ściankach równiutkich, jak gdyby szlifowanych i przegryza najtwardsze eburneowane warstwy skostniałego wyrostka u starców. Co chwila można koronę z zasięku wyjmować dla skontrolowania dna: potrzebnem się to staje jedynie w razie nadzwyczajnego stwardnienia operowanej kości. Przy niejkiej wprawie wyczuwamy wybornie zmianę odporności przy piłowaniu, a uczucie to zwiastuje nam, że jama sutkowa otwartą została. Otwór otrzymujemy najzupełniej wystarczający, a wreszcie rozszerzenie jego dłućkiem wklęsłym jest już [w razie potrzeby] rzeczą nader prostą. Jestem przekonany, że każdy, kto w ten sposób *antrum* otworzy w ciągu kilku minut, nie zechce nigdy inaczej operować. Proszę tylko nie zapominać, że nie chodzi nam o te przypadki, w których ruchomy martwak lub jama ropnia sama nas do pieczary sutkowej prowadzi. Z tego opisu widać, że nasza antrotomia składa się z dwóch aktów.

1-o. Cięcie podług DUPLAY'a i POIRIER'a.

2-o. Trepanacja perforatorem COLLIN'a, a mianowicie koroną, mającą 1 centimetr średnicy, postawioną na trójkącie sitowym pozawylotowym bezpośrednio ku tyłowi od *spina retromeatica* HENLE'go.

Cięcia inne wydały nam się mniej praktyczne, a tu zaliczam: cięcie płato-we o płacie trójkątnym, którego podstawa odpowiada tylnemu przyczepowi muszli, a wierzchołek skierowany jest ku tyłowi [POLITZER i ZAUFAL]; cięcie, sięgające od podstawy wyrostka sutkowego do jego wierzchołka [TREVES i MAC EWEN]. Cięciem DUPLAY'a i POIRIER'a najłatwiej i najlepiej odkrywa się trójkąt chirurgiczny; SCHWARTZE i HARTMANN toż samo cięcie stosują.

Przecięcie tętniczki usznej tylnej nie ma tu najmniejszego znaczenia. Po- wyżsi chirurdzy idą dalej dłutem, my zaś perforatorem. Kto spróbuje doświadczalnie obu tych sposobów, nie wybierając przedtem odpowiednich, a więc młodych trupów, ten niewątpliwie za naszym pójdzie przykładem.

U dorosłych znajdujemy samą pieczarę najczęściej na głębokości 14 do 15 milimetrów od powierzchni wyrostka. Na zakończenie powiem, że najważniejsze zastosowanie takiej antrotomii dotyczy tych przypadków cierpienia ucha średniego, w których niema jeszcze wyraźnych objawów zajęcia wyrostka, a jednak ropa wyraźnie się w uchu zatrzymuje lub gdy badanie otoskopem wykazuje zjawiska dowodzące, że sprawa zapalna nie ogranicza się samą jamą bębenkową.

Już MAC EWEN ¹⁾ zwrócił uwagę na to, że przypadkowe skaleczenia sąsiednich ważnych organów możliwe są przy wymknięciu się dłuta lub niezrę-

¹⁾ MAC EWEN. Pyogenic disease of the brain and spinal corde. Glasgow, 1894.

cznem użyciu młotka, a nie widzę potrzeby wspominać na tem miejscu, że operujemy w okolicy zajętej sprawą ropną, że więc nieumyślne zranienie zatoki lub kanalików półkolistych fatalne może mieć następstwa ze względu na zakażenie.

Otwierać kanały te możemy śmiało, ale umyślnie, bez uszkodzenia ich zawartości—przypadkowe zranienie nie powinno mieć nigdy miejsca. Dla tego MAC EWEN już wrócił do użycia ryłca, poruszanego ręką albo motorem odpowiednim. Stawia on jednak inne punkty wytyczne, a mianowicie: trójkąt ograniczony u góry przedłużeniem korzenia poziomego wyrostka licowego, ku przodowi przez część tylną *meatus auditorius osseus* i ku tyłowi przez linię podstawową łączącą obie linie poprzednie. W ten sposób świdruje on konieczną, czyli ostrokręzną studnię, której wierzchołek bada zgłębnikiem od czasu do czasu, a wszedłszy wreszcie zgłębnikiem do pieczary sutkowej, otworek ten małym ryłcem rozszerza.

LAURENT wykonywa tak zwaną *trepano-punctiōn* przez przewód słuchowy u dzieci ¹⁾. Używa on do operacji rodzaju trójgrańca o dwu rurkach, z których jedna pozostaje w ranie, jako sączek.

3. Antro-Atticotomia.

SCHWARTZE, KUESTER, BERGMANN, TROELTSCH i ZAUFAL rozszerzyli pole operacyjne powyżej wspomniane, zyskując w ten sposób wyniki więcej radykalne. Dodali oni do antrotomii resekcję tylnogórnej ściany przewodu kostnego za pomocą dłuta lub szczypców krających LUER'a. Jednakże pierwszy dopiero STACKE stworzył nową skończoną metodę operacyjną, którą nazwał „*atticotomia*“.

Wiemy już z opisu anatomicznego, gdzie leży uchyłek jamy bębnekowej, czyli attyka; wiemy, że w tylnej jej części znajdują się wrota do pieczary sutkowej (*aditus ad antrum*) i że dolna jej ściana, błoną zamknięta, z jamą bębenkową się łączy. Wiemy też, że na jej ścianie wewnętrznej, na brzegu wewnętrznym wrót do pieczary sutkowej leży wypukłość, odpowiadająca kanałowi półkolistemu poprzecznemu, a nieco ku przodowi nad oknem owalnym, zwróconem do jamy bębnekowej, wystaje ściana przewodu, przez który biegnie nerw twarzowy. Przypomnę, iż w attyce znajduje się obuszek, czyli główka i pręcik, czyli szyjka młotka oraz wyrostek krótki kowadełka.

Wiemy, jak często młotek i kowadełko podlegają próchnieniu; wiemy nadto, że sprawy ropne i cholesteatomy chętnie gnieźdzą się w attyce i we wrótach, czyli w *aditus ad antrum*.

Usunięcie kosteczek mało wpływa na pogorszenie słuchu, wreszcie najczęściej znajdujemy je tu w stanie próchnienia. Przecięcie struny bębenkowej, konieczne przy oczyszczaniu uchyłka, pociąga za sobą tylko znieczulenie

¹⁾ LAURENT. De la *trepano-punctiōn* de l'antre pétreux chez l'enfant [Clinique, Bruxelles-1892 t. VI. p. 91.].

$\frac{2}{3}$, przednich języka po tej samej stronie. Chodzi jednak o to, żeby nie otworzyć okna owalnego, nie wyrwać strzemienia i nie zranić nerwu twarzowego.

Na kongresie Berlińskim w 1890 roku i w Halli w 1891 STACKE pierwszy raz opisał swoją operację. Po różnych kolejnych zmianach i ulepszeniach wygląda ona obecnie, jak następuje:

Okostną oddzielamy tak, jak przy antrotomii, ale aż do wyrostka licowego oraz z całego przewodu usznego. Rurkę, którą okostna tu utworzy, przecinamy w poprzek przy samej błonie bębnekowej i wraz z muszlą odciągamy ją ku przodowi. Usuwamy reszty błony bębnekowej i młotek, a do atyki wprowadzamy szpadełek, zgięty pod kątem, dla osłony ściany wewnętrznej uchyłka. Wtedy za pomocą dłutka i młotka wyrąbać należy ściankę kostną, dzielącą przewód słuchowy zewnętrzny od atyki, tak dokładnie aż zgłębnik, wprowadzony do tego wyrębu, nie przekona nas, iż niema już występu, czyli progu kostnego między ścianą górną przewodu usznego zewnętrznego a ścianą górną atyki. Wyłuszczamy następnie kowadełko ze stawu strzemienia i wydostajemy je na zewnątrz, a potem wyrąbujemy brzeg, czyli oprawę błony bębnekowej i tylną-górną pozostałą część ściany przewodu usznego. Wtedy to sama pieczara sutkowa utworzy wspólną jamę z przewodem słuchowym, czyli usznym, a na wewnętrznej tej jamy ścianie wystaje to, co pozostało z wrot, czyli *aditus ad antrum*. Przy wyrąbywaniu ścian pamiętać trzeba, że między przewodem słuchowym a pieczarą zostawić musimy próżek, leżący na wysokości wrot, gdyż pod nim leży nerw twarzowy. Nadzwyczaj trudno jest uniknąć uszkodzenia strzemienia, a i skaleczenie owego nerwu twarzowego także bardzo łatwo nastąpić może.

Dalej, jamę tu wytworzoną wysłać musimy płatem okostno-skórnym, wziętym z odciągniętego przewodu okostno chrzęstnego ¹⁾

Za przykładem STACKE'go poszli: WEISMANN, LUBET-BARBON, HANSBERG ²⁾, SCHWARTZE ³⁾, HOLMES i MAC-EWEN.

SCHWARTZE, który już poważną ilość tych operacji wykonał, powiada, że przy niej zranienie nerwu twarzowego nie jest wcale łatwe do uniknięcia. Zranił go autor ten sześć razy! Szpadełek ochronny STACKE'go jest, zdaniem SCHWARTZE'go, zbyt ciężki, a nawet wprowadzenie tego narzędzia może łatwo spowodować przebicie stropu jamy bębnekowej (*teymen tympani*), jak o tem przekonał się D-r PANSE na trupach.

Przerabialiśmy tę operację niejednokrotnie i przekonaliśmy się, że nie tylko najeżoną jest po prostu niebezpieczeństwami na każdym kroku, ale że nawet pomimo nabytej przez operatorów wprawy stanowi zawsze zabieg niezmiernie zawily i trudny.

Koniecznym też wydaje się nam oświetlanie sztuczne, np: za pomocą lampy elektrycznej z reflektorem tej głębokiej jamy, w której tak subtelne rzeźbienia dłutem mamy wykonywać.

¹⁾ STACKE. Archiv für Ohrenheilkunde 1891. t. XXXI. Strona 213 i Berliner klinische Wochenschrift. 1892. Strona 33.

²⁾ U CHIPAULT. Chirurgie opératoire du système nerveux. T. I. 1894.

³⁾ SCHWARTZE. Handbuch der Ohrenheilkunde. 1894. T. II. p. 621.

Daleko prostszą wydała nam się operacja, proponowana przez CHIRALU'RA⁴⁾, nazwana przezeń „*antro-atticotomie*”.

Zaczyna on od antrotomii, robiąc ją dłutem przez trójkąt chirurgiczny wyrostka sutkowego. Oświetliwszy sztucznie oczyszczoną pieczarę sutkową, dostrzega wrota jej i przez nie dostaje się do atyki. Rozrąbuje górno-zewnętrzny mur atyki i w ten sposób dostaje się do przewodu słuchowego zewnętrznego. Nie wolno rąbać górnej ściany *aditus*, bo utworzymy jamę czaszkową; ostrożnie musimy obchodzić się z ziarniną grzybowatą, tutaj znajduwaną, gdyż może być ona wytworem, z opon biorącym początek (*pachymeningitis externa*). Na części górno-wewnętrznej znajduje się przewód półkolisty zewnętrzny; na ścianie wewnętrznej i pod progiem przebiega nerw twarzowy; biegnie on od przodu ku tyłowi po ścianie wewnętrznej uchyłka, czyli atyki pod kanałem półkolistym, a nad oknem owalnym i piramidą, potem zagina się i zchodzi na 2 do 3-ch milimetrów po za podstawę piramidy, a niżej jeszcze po za okno okrągłe i wreszcie krzyżuje się z progiem od wewnątrz ku zewnątrz.

Pracując nad dokładnem i wielokrotnem przestudyowaniem tych wszystkich stosunków i przekonawszy się o trudnościach, napotykanym na każdym kroku przy attikotomiach, postanowiliśmy, bądź co bądź, odszukać drogi prostsze i mniej niebezpieczne.

Wychodząc z tej zasady, że do pieczary sutkowej wejść można, niszcząc jej ścianę zewnętrzną, a do atyki, niszcząc ścianę tylnogórną przewodu słuchowego zewnętrznego, postanowiliśmy otwierać obie te jamy jedną szczerbą wspólną. Pamiętając dalej o tem, że otwór, prowadzący do *antrum*, ma leżeć przy samym brzegu tylnym przewodu słuchowego i że może mieć 1 centymetr średnicy [bez szkody dla ważnych sąsiadów], dodaliśmy do niego jeszcze blisko $\frac{3}{4}$ okręgu koła o takiej samej średnicy i w tej myśli rozpoczęliśmy szereg prób trepanacyjnych na trupach osób dorosłych.

W ten sposób wytworzyła nam się metoda następująca:

- 1) Cięcie DUPLAY'a na 1 centymetr po za przyczepem muszli.
- 2) Odłuszczenie okostnej wraz z częścią górno-tylną okostnej przewodu zewnętrznego aż do błony bębenkowej.
- 3) Odsunięcie muszli wraz z tą okostną ku przodowi i ku dołowi.
- 4) Otworzenie atyki.

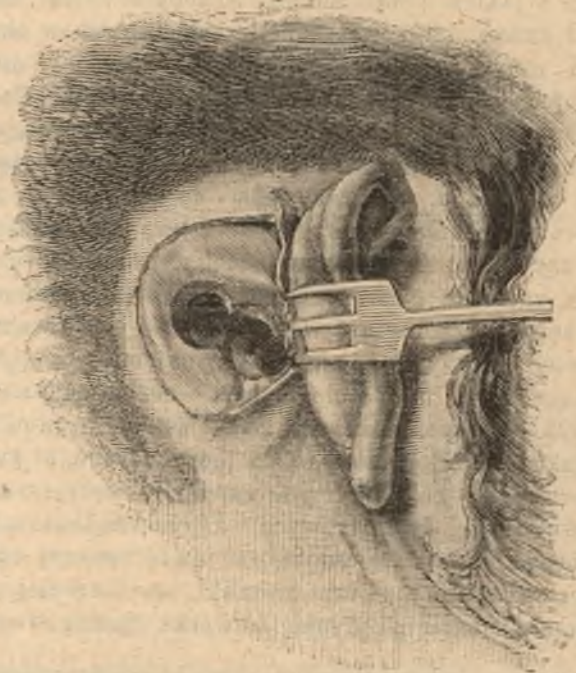
W tym celu wstawiamy w przewód zewnętrzny koronę perforatora COLLIN'a, mającą jeden centymetr średnicy, cofnąwszy kolec-przewodnik, i utrzymujemy ją w jednym położeniu, oparłszy się pręcikiem stalowym [np. drugim takim kolcem z perforatora] o górny brzeg przewodu, tak, że stanowi on jakby baryerkę między przednim obwodem korony a odsuniętą muszlą, lub utrzymujemy ją za pomocą pierścienia z drutu. Korona taka mieści się wybornie w przewodzie usznym i nie zawadza ani jego ściany górnej, ani przedniej. Szybkim ruchem obrotowym perforatora, ustawionego prostopadle do płaszczyzny strzałkowej, świdrujemy tylnogórną ścianę przewodu dopóty, dopóki w okienku korony nie

⁴⁾ L. c.

pokażą się trociny kostne, t. j. na głębokość jednego centymetra. Wówczas cienkim dłuteczkiem albo mocnym zgłębnikiem probujemy, czy półksiężycowaty klocek już się porusza. W razie potrzeby nadpiłowujemy nieco głębiej, aż wreszcie klocek da się zupełnie wyważyć. Teraz przystępujemy do momentu piątego.

5) Otworzenie pieczary sutkowej.

W wiadomym już trójkacie tylno-wylotowym stawiamy też samą koronę perforatora z wysuniętym kolcem-przewodnikiem tak, żeby $\frac{1}{4}$ część obwodu korony wpadała już w koło, powstałe po pierwszej trepanacji, czyli że środek drugiego koła, a więc punkt oparcia kolca-przewodnika odległy jest od najbliższego punktu obwodu pierwszego koła o pół promienia. Znowu szybkim ruchem obrotowym naświdrowujemy kość i na głębokości \pm 1 ctm. jesteśmy już w *antrum*. Zbliżając się do tej głębokości, cofamy znowu kolec-przewodnik. Samo uczucie zmiany odporności kostnej zawiadamia nas, że pieczara została otwartą. Wyjmujemy ten drugi krążek okrągły [już cały cylinder bez $\frac{1}{4}$ okręgu], a oczyściwszy ranę z krwi i opiółków, dostrzegamy jamę kształtu sakiewki krótkiej i pękatej, a więc: *atticus, aditus ad antrum et antrum*. Z łatwością też dojrzeć się daje młotek, a potem kowadełko, które już z rany zwykłymi szczypczykami na zewnątrz wyjmujemy bez żadnych trudności. Próg *antri* nienaruszony, strzemie w bezpieczeństwie, to samo dotyczy okna owalnego i wszystkich niebezpiecznych sąsiadów.



Operacja trwa kilka minut. U dzieci [noworodków] bierzemy koronę o połowę mniejszą. Operacja trwa 2 minuty. Jak Panowie widzą na prepa-
GAZ. LEK. NR. 5.

ratach, nigdy nic nie skaleczyliśmy niechcący i wszędzie otrzymujemy ranę czystą, gładką oraz zupełnie odpowiadającą wymaganiom dalszym, t. j. łatwą do oczyszczenia. Dostęp do uchyłka jamy bębnekowej i do jamy sutkowej jest po naszej operacji najzupełniej wystarczający, a co najważniejsza, że nawet na czaszkach z wyrostkiem sutkowym zupełnie szklatego wyglądu i kamiennej odporności dostawaliśmy się do atyki i do zawartych w niej kosteczek słuchowych bez gwałtu lub hukania młotem.

Jestem przekonany, że śmiało możemy polecić kolegom nową tę metodę operacyjną, gdyż ją na anatomicznych oparliśmy badaniach, a liczne preparaty przekonały nas, że sama operacja jest zupełnie łatwą i daje stałe, niezmiennie jednakie, zawsze zadawalające wyniki.

Z ODDZIAŁU OFTALMICZNEGO D-RA Z. KRAMSZTYKA W SZPITALU STAROZAKONNYCH

II. O PRZYCZYNACH ZAPALNYCH POWIKŁAŃ

PO OPERACYI ZAĆMY.

Napisał

Juljusz Mutermilch.



[Dokończenie. — Patrz Nr 3].

Niebezpieczeństwo więc, z jakim połączone jest wydobycie zaćmy, zależnem jest z jednej strony od zmian natury fizycznej, zachodzących w oku po tej operacji, a z drugiej—od worka łącznicowego, który nie może być dokładnie wyjalowiony znanymi nam obecnie środkami antyseptycznymi. Co się tyczy powszechnie przyjętego mniemania, jakoby drogi łzowe w pewnych przypadkach stanowiły bez pośrednie źródło zarażenia dla oka, to z poglądem takim absolutnie zgodzić się nie można. Ile razy mamy do czynienia ze zwężeniem kanału noso-łzowego i z utrudnionym przepływem łez, jako następstwem tego cierpienia, tyle razy ilość pasożytów na łącznicy, gnieżdżących się tu i w warunkach zwykłych, znacznie musi wzrosnąć, i tylko ta okoliczność wpływa na ujemny wynik operacji. Zawartość worka łzowego jest absolutnie dla oka obojętną dla tej prostej przyczyny, że nigdy—przynajmniej tam, gdzie niema wybitnych zmian anatomicznych lub patologicznych—nie dostają się one do worka łącznicowego. Gdyby to było możliwem, gdyby istniał prąd cieczy, chociażby najslabszy w kierunku od worka łzowego do łącznicowego, to każda prawie ekstrakcja zaćmy pociągałaby za sobą ropne zapalenie tęczy i naczyńki i przy zupełnej prawidłowości dróg łzowych. Zjawisko takie nigdy miejsca niema. Nawet powietrze, które się znajduje w jamie nosowej często pod dużem ciśnieniem, nie przedostaje się przez kanaliki, tem bardziej więc mowy być nie może o przenikaniu substancji płynnej do worka łącznicowego¹⁾.

¹⁾ W kronice naszego ambulatoryum jest zanotowany tylko jeden przypadek przedostawania się powietrza z nosa do worka łącznicowego, który podaję tu jako nadzwyczaj rzadki. Przed parn laty zgłosił się do ambulatoryum młody człowiek z dziwną skargą, która w pierwszej chwili nasunęła mi przypuszczenie, że mam do czynienia z umysłowo chorym. Na zwykłe pytanie: „co

Zamykać więc w ten lub ów sposób otwory kanalików przy najlżejszem nawet podejrzeniu ze strony dróg łzowych, jak to radzą niektórzy okuliści, uważam za rzecz nietylko do celu nie prowadzącą, ale wprost szkodliwą, gdyż dzięki zupełnemu przerwaniu komunikacyi z jamą nosową sprzyjamy zatrzymaniu się łez w worku łącznicowym. Racyonalniej postąpi ten lekarz, który usunie niedrożność, ułatwi łzom przepływ do jamy nosowej i w ten sposób wytworzy dla łącznicy warunki, utrudniające rozmnażanie się na niej pasożytów.

Na poparcie poglądu swego co do niebezpieczeństwa dla operowanego oka ze strony dróg łzowych okuliści przytaczają przypadki rozwinięcia się pod opatrunkiem ostrego zapalenia worka łzowego przy poprzedniem istnieniu nawet nieznacznych zmian chorobowych, łatwodających się przeoczyć. To ukryte cierpienie worka łzowego, wywołujące *panophthalmitis*, ulega obostrzeniu, podług mniemania okulistów, jedynie wskutek opatrunku i dla tego niektórzy w celu uprzedzenia podobnej ewentualności nakładają na oko, które ma być operowane, próbny opatrunek na tydzień lub kilka dni przed operacją; jeżeli po jego zdjęciu lekarz nie znajduje objawów zapalnych ze strony worka łzowego, to wtedy śmiało przystępuje do wydobycia zaćmy. Wątpię jednak bardzo, czy kiedykolwiek próbna opaska ujawniła ukryte cierpienie worka łzowego. Każdy lekarz, prócz operacyi zaćmy, wykonywa wszakże na oku znaczną ilość jeszcze innych operacyi, wymagających nieraz opatrunku przez czas dłuższy, prócz tego przy wielu cierpieniach oka ścisła opaska stanowi rzecz niezbędną i tysiące chorych mają oczy obandażowane przez długi szereg tygodni; nigdy jednak dotychczas nie spotykaliśmy się w takich razach z niespodzianem zapaleniem worka łzowego. Parę razy jednak spostrzegaliśmy to przykre powikłanie nazajutrz po operacyi zaćmy jednocześnie z rozwinięciem się groźnych zapalnych objawów ze strony tęczy. Szczegółowe jednak zbadanie wszystkich momentów, towarzyszących zbiegowi tych powikłań, zmusza nas do wypowiedzenia przekonania, że ropne zapalenie worka łzowego nie poprzedza *panophthalmitis*, lecz rozwija się wskutek takowego. Aby nie być gołosłownym, przytoczę przypadek, dokładnie w szpitalu obserwowany.

U osobnika z dojrzałą zaćmą lewego oka zauważyliśmy w temże oku łzawienie i lekkie objawy zapalne ze strony worka łzowego, wyrażające się przez wydzielanie śluzu, który przy ucisku na okolicę worka wydostawał się w małej zresztą ilości przez otwory kanalików. W celu usunięcia w zupełności cierpienia worka przed operacją leczylimy chorego prawie przez 2 miesiące, i kiedy gruby zgłębnik BOWMAN'a lekko dawał się przeprowadzić przez kanał noso-łzowy, a wydzielina z worka znikła zupełnie, nałożyliśmy uciskający opatrunek na cały tydzień [zmienialiśmy go co 2 dni], aby przekonać się, czy możliwem jest jeszcze powstanie obostrzenia. Pomimo jednak tak długiej próby nie zauważyliśmy żadnych zapalnych objawów ze strony worka. Pozo-

panu jest? Otrzymałem odpowiedź: „ja gwizdę oczyma“. I kiedym wyraził powątpiewanie co do możliwości tego faktu, chory zatkał sobie nozdrza i wydał dźwięk podobny do gwizdania, który wyraźnie pochodził z otworów kanalików łzowych. Razem z powietrzem wydostawał się i przezroczysty płyn, który się silnie rozpryskiwał. Ani w budowie kanalików, ani worka łzowego nie nieprawidłowego zauważyć nie mogłem.

stało tylko i nadal lekkie łzawienie, które, ze względu na zupełną drożność dróg łzowych, wskazywało na zmniejszoną elastyczność ścianek worka łzowego, co często daje się spostrzegać tam, gdzie się miało do czynienia z przewlekłym zapaleniem tegoż. Przystąpiliśmy więc do operacji w pełnej nadziei, że wynik będzie jak najlepszy. Ku wielkiemu jednak naszemu przerażeniu, nazajutrz po operacji, po zdjęciu opaski, do czego zmusiła nas skarga chorego na ból oka, skonstatowaliśmy ropne zapalenie worka łzowego i także zapalenie tęczy, z którego po kilku dniach rozwinęło się *panophthalmitis*.

Czy mamy prawo w przypadku tym upatrywać źródło zakażenia dla oka w worku łzowym? Oczywiście, że nie. Wszystko raczej przemawia za tem, że zapalenie tego ostatniego stanowi zjawisko wtórne, zależne od ropnego zapalenia tęczy. Wytlomaczenie tego nie jest zresztą trudnem. Ile razy mamy do czynienia, jak to było w powyżej przytoczonym przypadku, z utrudnionym przepływem łez, jako następstwem zwężenia kanału noso-łzowego, lub utraty tylko elastyczności worka, tyle razy dla operowanego oka zwiększa się niebezpieczeństwo; to ostatnie jednak zależnem jest bezpośrednio nie od minimalnych zmian w drogach łzowych, lecz od niehygienicznych warunków, w jakich pozostaje łącznica, na której z większą łatwością zatrzymują się i rozwijają drobnoustroje. Jeżeli z wiadomych już nam powodów dostanie się do operowanego oka płyn z worka łącznicowego, to pasożyty, które przenikły z nim do komórki przedniej, znajdą w cieczy wodnej i resztkach zaćmy doskonały odżywczy grunt, rozmnożą się tu nadzwyczaj szybko, nabiorą złośliwych cech, a przechodząc przez szeroko rozwartą ranę, jak to w takich razach zazwyczaj bywa, na łącznicę, dostaną się i do worka łzowego, w którym z łatwością wywołają ropne zapalenie. Rozumie się, że niezbędnym jest tu i zastój łez w samym worku łzowym.

Każde zresztą ostre lub przewlekłe zapalenie łącznicy może się przyczynić do powstania ropnego zapalenia worka łzowego przy istniejącej niedrożności kanału noso-łzowego; przypadki takie nie są rzadkie, szczególnie wśród noworodków, które się często z wadą taką rodzą.

Niesłusznem również i nie opartem na ścisłych faktach jest zdanie wielu okulistów, że ciało szkliste stanowi „*locus minoris resistentiae*“ dla spraw zapalnych i że często przyczynia się ono wskutek wypłynięcia podczas operacji, a szczególnie uwieżnięcia w ranę, do powstania *panophthalmitidis*. Wielokrotnie miałem sposobność widywać chorych, u których ciało szkliste tkwiło w ranie przez kilka dni, a nawet i tygodni bez jakichkolwiek złych skutków.

Do bardzo pouczających w tym kierunku przypadków należy szczególnie jeden, który znajdował się pod naszą obserwacją przez kilka miesięcy w oddziale ocznym szpitala starozakonných.

W krótkim streszczeniu podaję tu jego historję.

U osobnika lat 70-ciu z absolutną jaskrą lewego oka zaczęła się rozwijać zaćma w oku prawem; w celu uniknięcia w oku tem napadu jaskry, jako następstwa pęcznienia zaćmy, zrobiono przygotowawczą irydektomię, a w parę miesięcy później ekstrakcyę. Podczas operacji po wydobyciu zaćmy pokazało się w ranie ciało szkliste, które się nie cofnęło pod opatrunkiem i wystawało

na centymetr przez całą długość rany do worka łącznicowego w formie przezroczystego guza. W ciągu kilkunastu dni stan ten się nie zmienił i z obawy przed zakażeniem postanowiliśmy guz ten obciąć. Podczas operacji ponownie nastąpiło wypadnięcie ciała szklistego; natychmiast nałożyliśmy opatrunek, który dopiero po 4-ch dniach zdjęliśmy. Wygląd oka jednak nie zmienił się: ciało szkliste tkwiło i nadal w szeroko rozwartej ranie. Nie chcąc ze względu na możliwe złe następstwa powtórzyć operację, zajęliśmy stanowisko wy-czekujące. Już po 2 tygodniach zauważyliśmy, że guz u podstawy swej zaczyna obrastać błoną, stanowiącą jakby dalszy ciąg łącznicy gałkowej. Z każdym tygodniem błona ta coraz bardziej się nasuwała na guz, zbliżając się do wierzchołka jego. Po dwóch blisko miesiącach wypadnięta część ciała szklistego całkowicie została pokrytą otoczką, która, makroskopowo przynajmniej, bezpośrednio przechodziła w łącznicę.

Pomimo że w przypadku tym z powodu długiego noszenia przez chorego opatrunku rozwinęło się zapalenie łącznicy i przyszczyca powiek; pomimo że ciało szkliste było narażone przez długi szereg tygodni na zakażenie: nie spostrze-gliśmy najłżejszych nawet zapalnych objawów ze strony oka. Byłoby to nie-możliwem, gdyby ciało szkliste przedstawiało dla drobnoustrojów dogodny grunt dla ich rozwoju.

Na podstawie więc tego przypadku i wielu innych, w których z wypły-nięciem ciała szklistego i uwięzieniem jego w ranie mieliśmy do czynienia, jesteśmy upoważnieni do wyprowadzenia wniosku raczej o dość znacznej jego odporności na sprawy zapalne, niż o szczególnej jego skłonności do zakażenia.

III. ZAPALENIE PŁUC KOMÓRKOWE

pod względem klinicznym, etyologicznym i anatomicznym.

Podał

D-r med. Józef Czajkowski,
lekarz szpitala Tow. Sosnowickiego.

— * — * — * —
[Dokończenie. — Patrz Nr. 5].

Rozpoznanie zapalenia płuc komórkowego, zawsze prawie przed-stawiające pewne trudności, w niektórych przypadkach jest wprost niemożliwem i z dokładnością może być postawionem jedynie na zasadzie badania anatomo-patologicznego — na stole sekcyjnym.

Wytycznymi punktami przy stosowaniu rozpoznania tego cierpienia są: powolny rozwój sprawy u ludzi aż dotąd zupełnie zdrowych, bez poprzedzają-cego nieżytego zapalenia oskrzeli; powolne przeważnie zakończenie cierpie-nia; stan durzycowy, występujący zazwyczaj już w pierwszych dniach choroby; objawy fizyczne ze strony klatki piersiowej; śluzo-ropny charakter i mała za-zwyczaj ilość płwociny; a następnie przebieg kliniczny choroby.

Różniczkowe rozpoznanie zapalenia płuc komórkowego od zapalenia płuc włóknikowego, zdaniem mojem, jest o wiele łatwiejszem, aniżeli różni-

czkowe rozpoznanie jego od zapalenia płuc nieżyłowego, które posiada typowe cechy wspólne z zapaleniem płuc komórkowym.

Gdy bowiem w pierwszym przypadku: powolny rozwój choroby, stopniowe podnoszenie się ciepłoty do pewnej wysokości, nieprawidłowy typ gorączki ze znacznymi wahaniami dobowymi i spadkami w przebiegu sprawy, następnie ogniskowe występowanie sprawy zapalnej w płucach, powolne [lityczne] zakończenie choroby, a nareszcie śluzo-ropny charakter i mała ilość płwociny, która w rzadkich tylko przypadkach bywa rdzawą, częściej zaś zabarwiona świeżą krwią, gdy wszystkie te objawy dostatecznie odróżniają zapalenie płuc komórkowe od włóknikowego, różnica pomiędzy pierwszym a zapaleniem płuc nieżyłowym nie jest tak wyraźną, by różniczkowe rozpoznanie tych dwu spraw miało być łatwe.

Różnica pomiędzy obu ostatnimi cierpieniami polega na tem, że zapalenie płuc komórkowe występuje jako choroba pierwotna u ludzi dotąd zupełnie zdrowych, że posiada wszelkie cechy choroby ostrej zakaźnej [stan durzycowy, obrzmienie śledziony i wątroby, nagminne występowanie choroby], że—dalej sprawa zapalna obejmuje często cały zraz płuca i że płwocina przy tem cierpieniu nigdy nie bywa obfitą, a często bywa brak jej zupełny; gdy tymczasem zapalenie płuc nieżyłowe jest chorobą wtórną, rozwijającą się albo na tle nieżyłowego zapalenia oskrzeli, albo w płucach w stanie zapadu; nigdy nie obejmuje całego płata, lecz zawsze występuje w postaci mniejszych lub większych ognisk; płwocina bywa zawsze obfitą, śluzo-ropną lub ropną; a nareszcie stan durzycowy nie występuje nigdy, również jak obrzmienie śledziony i wątroby.

Łatwo zrozumiałą jest rzeczą, że leczenie zapalenia płuc komórkowego może być tylko przypadkowe; nie posiadamy bowiem żadnego środka swoistego dla danego cierpienia. A nawet samo istnienie podobnego środka jest bardzo problematycznym; zapalenie płuc komórkowe bowiem, podobnie jak inne ostre zapalenia płuc, pod względem etyologicznym nie jest jednostką chorobową.

Nie mogąc zatem działać bezpośrednio na sprawę zapalną w celu przerwania lub chociażby ograniczenia zapalenia, z konieczności musimy ograniczyć się do stosowania tych środków leczniczych, jakie pozostają w naszym rozporządzeniu, a które mogą się przyczynić do wyrównania zaburzeń w czynnościach chorego ustroju.

Stan durzycowy, występujący nieraz już w pierwszych dniach choroby, a dochodzący do wysokiego stopnia, i ogólne osłabienie z następczem wyczerpaniem serca powinny zwracać na siebie całą naszą uwagę.

Zaburzenia w działalności serca i nieprawidłowości tętna, często nie licujące ani z wysokością ciepłoty, ani z rozległością sprawy zapalnej w płucach, wymagają wielkiej pieczołowitości z naszej strony.

Wielką wartość w tym względzie posiadają tak środki pobudzające, jak i leki działające na serce: napoje wyskokowe, podawane w znacznych—wedle potrzeby—ilościach z jednej strony, a naparstnica i kofeina z drugiej, mogą nieraz usunąć groźące niebezpieczeństwo.

Na szczególną uwagę zasługuje, mojem zdaniem, naparstnica, której podaje chorym 6—10 łyżek dziennie w 10% naparze, gdy tylko zauważę, że tętno, dotąd mocno napięte, staje się przyspieszonym, miękkim, małym, lub dwubitnym, lub niemiarowym. Przy tętnie przyspieszonym, małym, lecz miarowym chętniej uciekam się do kofeiny, która w wielu razach oddawała mi znakomite usługi. Oprócz bezpośredniego oddziaływania na samo serce, środki te mają jeszcze tę wartość, że podnoszą wydzielniczą działalność nerek, ważną ze względu na wydalanie z ustroju toksyn, produktów życiowych drobnoustrojów chorobotwórczych.

W tym też celu u chorych na zapalenie płuc komórkowe chętnie stosuję dytetę przeważnie mleczną, którą chorzy zazwyczaj znoszą dobrze.

Ze środków przeciwgorączkowych, którym w danem cierpieniu nie mogę przyznać wielkiej wartości, żeby nie powiedzieć więcej, najchętniej uciekam się do salicylanu sodu lub salolu, które, wedle moich spostrzeżeń, wielce są pożyteczne we wszelkich sprawach zapalnych, wywoływanych przez drobnoustroje ropotwórcze.

Większą bez porównania wartość, jako środek przeciw-gorączkowy, a jeszcze bardziej jako środek pobudzający, posiadają okłady prysznicowe na klatkę piersiową, z wody o ciepłocie 10—12° C, a zmienione co 1 — 3 godzin, stosownie do okoliczności, a także kąpiele całkowite 23°—24°, trwające 3—5 minut, jeden lub dwa razy dziennie

Dobroczynny wpływ, jaki wywierają te zabiegi wodo-lecznicze, na ogólny stan chorego, na jego samopoczucie, a nieraz na obniżanie się ciepłoty, przewyższa w wielu razach wpływ stosowanych leków, które przy najlepszych chęciach z naszej strony często zawodzą.

Od stosowania wdechów olejków eterycznych, eteru kamforowego, jak to radzi WASSERMANN ¹⁾, powstrzymało mnie osobiste doświadczenie w jednym przypadku t. zw. *streptococcus-pneumoniae*, spostrzeganym jeszcze w roku 1888, a w którym wdechania olejku tymiankowego i kamfory wywoływało każdorazowo pogorszenie w ogólnym stanie chorego i nie powstrzymało zejścia śmiertelnego.

Jakie stanowisko zajmuje zapalenie płuc komórkowe w klasyfikacji ostrych spraw zapalnych płuc i jaki jest jego stosunek do innych ostrych zapaleń płuc?

Mówiąc we wstępie do niniejszej pracy o wyosobnieniu szeregu ostrych spraw zapalnych płuc, zajmujących stanowisko pośrednie między zapaleniem płuc nieżytowym a zapaleniem płuc włóknikowym, miałem właśnie na myśli zapalenie płuc komórkowe, któremu stanowisko to całkowicie się należy.

Z punktu widzenia anatomicznego, zapalenie płuc komórkowe uważać należy za ostre zapalenie płuc śródmiąższowe; najważniejsze bowiem i pierwotne zmiany anatomiczne znajdujemy w tkance łącznej śródmiąższowej: rozrost i nacieczenie tkanki łącznej około-naczyniowej, około-oskrzelowej

¹⁾ Deutsche med. Wochenschr. Nr. 47. 1893.

i przegród między pęcherzykami płucnymi, gdy tymczasem zmiany chorowe w pęcherzykach płucnych i oskrzelikach — i na nie bowiem rozciąga się w następstwie sprawa zapalna — jak: złuszczenie nabłonków i wysięk do światła pęcherzyków płucnych, niezależnie od charakteru tego oststniego, są właśnie zmianami chorobowymi wtórnymi, które rozwinęły się na tle istniejących już zmian chorobowych w tkance łącznej śródmiąższowej.

Mówiąc w ten sposób, mam na myśli jedynie bieg rozwoju sprawy chorobowej, a mianowicie, że zapalenie tkanki łącznej śródmiąższowej poprzedza zawsze zapalenie samego miąższu płuca; obie te sprawy jednakże, aczkolwiek różne co do czasu rozwoju, idą zawsze ręką w rękę, tak, że w pełni rozwoju zmian chorobowych w danym miejscu obraz anatomiczny będzie się przedstawiał tak, jak gdyby zmiany chorobowe w miąższu płuca były jednoczesnymi ze zmianami w tkance śródmiąższowej.

Bądź co bądź, jednak zmiany chorobowe w pęcherzykach płuc ważne posiadają znaczenie i dla całokształtu obrazu anatomicznego zapalenia płuc komórkowego stanowią zjawisko konieczne.

Charakter tych ostatnich, a względnie charakter sprawy zapalnej, która je wywołała, zależny *caeteris paribus* od rodzaju i charakteru momentów etyologicznych, które daną sprawę zapalną wywołały, stanowi w części o tem, czy zmiany chorobowe w danym przypadku więcej są zbliżone do zmian właściwych zapaleniu płuc nieżyłotowemu, czy też — włóknikowemu; jak jedno bowiem, tak i drugie spotykamy w zapaleniu płuc komórkowym.

Ta to właśnie okoliczność powoduje mną, że na zapalenie płuc komórkowe zapatruję się jako na sprawę, zajmującą pośrednie stanowisko między zapaleniem płuc nieżyłotowem a zapaleniem płuc włóknikowem, a skłania mnie do tego i ten wzgląd jeszcze, że w typowych nawet przypadkach obu ostatnio wzmiankowanych spraw zapalnych, obok charakterystycznych dla odnośnej sprawy zmian chorobowych w pęcherzykach płucnych, względnie w oskrzelach, znajdujemy zawsze prawie mniej lub więcej wydatne zmiany chorobowe w tkance śródmiąższowej, tego samego co i pierwsze, pochodzenia.

W ten sposób zapalenie płuc komórkowe, posiadając z jednej strony cechy właściwe zapaleniu płuc nieżyłotowemu, a z drugiej — cechy charakterystyczne dla zapalenia płuc włóknikowego, jest niejako ogniwem, łączącym dwa te na pozór tak różne rodzaje zapalenia płuc ostrego.

Zestawiając pojedyncze przypadki wszystkich trzech rodzajów zapalenia płuc włóknikowego i przechodząc stopniowo do mniej typowych, zbliżonych do zapalenia płuc komórkowego, a dalej przypadki tego ostatniego w porządku zstępującym do posiadających cechy wspólne z zapaleniem płuc nieżyłotowem, i nakoniec przypadki tego ostatniego rodzaju zapalenia płuc, otrzymamy szereg, w którym położone krańcowo przypadki będą się różniły nie tylko ilościowo, lecz i jakościowo, im bliżej jednak będą one od siebie, tem bardziej różnica między nimi będzie miała charakter ilościowy.

Wychodząc z tego punktu widzenia, ostre zapalenia płuc uważać można pod pewnym względem za jedną rodzinę (*sit venia verbo*), w której zapale-

nie płuc włóknikowe, komórkowe i nieżytowe stanowią gatunki o licznych odmianach.

Przypuszczenie o istnieniu pokrewieństwa pomiędzy temi sprawami zapalnymi znajduje uzasadnienie i w tej okoliczności, opócz względów anatomicznych, że wszystkie one, w pewnych dotąd nieznanach warunkach, powstają pod wpływem chorobotwórczego działania jednych i tych samych drobnoustrojów (t. zw. *pneumogenaë*), do których pomiędzy wielu zapewne nieznanymi — należą: *diplococcus pneumoniae* [FRAENKEL-WEICHSELBAUM'a], *bac. pneumonicus* [FRIEDLAENDER'a], *bac. influenzae*, *streptococcus pyog.* i *staphylococcus pyog.*

A i pod względem klinicznym omawiane tutaj sprawy chorobowe nie różnią się pomiędzy sobą tak dalece, by można być zawsze pewnym postawionego rozpoznania. Wielka epidemia grypy z r. 1889—1890, podczas której ostre zapalenia płuc spostrzegaliśmy tak często, przekonała nas aż nadto dobrze, jak trudnym bywa różniczkowe rozpoznanie tych rodzajów zapalenia płuc, gdyż nie posiadają one cech typowo różnych.

Oceniając stanowisko zapalenia płuc komórkowego w klasyfikacji ostrych spraw zapalnych płuc, mimowoli poruszyłem kwestyę naturalnej klasyfikacji tych spraw chorobowych. A chociaż dzisiaj jeszcze leży ona w sferze spekulacji, kto wie jednak, czy w klasyfikacji naturalnej bakterjologia nie będzie święciła jednego tryumfu więcej.

Sosnowiec. Listopad. 1894.

L I T E R A T U R A.

- 1) F. NIEMEYER. Wykład patologii i terapii szczegółowej. Warszawa. 1869. — 2) S. JACCOUD. Wykład patologii szczegół. Warszawa. 1884. — 3) A. SOKOŁOWSKI. Uwagi uad charakterem panującej w końcu roku zeszłego epidemii grypy. Gazeta Lek. 1890. — 4) S. BRONOWSKI. Influenza na północy Rosyi wschodniej. Gaz. Lek. 1890. — 5) D. FINKLER. Influenza-Pneumonie. Deut. medicin. Woch. 1890. Nr. 5. — 6) RIBBERT. Anatomische und bakteriolog. Beobacht. über Influenza-Deutsch. med. Woch. 1890. Nr. 4. — 7) LEYDEN. Dent. med. Woch. 1890. Nr. 3. — 8) D-r R. PFEIFFER. Vorläufige Mittheil. üb. d. Erregers der Influenza. Deutsch. med. Woch. 1892. Nr. 2. — 9) S. KITASATO. Ueber d. Influenzabacillus u. sein Culturverfahren, ibid. — 10) D-r M. BURCHARDT. Beobachtungen üb. d. Vorkommen d. Pfeiffer'schen Influenza-bacil. Berl. klin. Woch. 1894. Nr. 2. — 11) WEICHSELBAUM. Beitr. zur Aetiologie und pathologisch. Anatomie der Influenza. Wien. klin. Woch. 1892. Nr. 32—33. — 12) A. WASSERMANN. Ueb. differential. Diagnostik v. entzündl. Lungenaffectionen. Deutsch. med. Woch. 1893. Nr. 47. — 13) ALB. ALBU. Zur Kenntniss d. Influenza-Pneumonien. Deutsch. med. Woch. 1894. Nr. 7. — 14) L. KNASTER. O zapaleniu płuc grypowem ze stanowiska klinicznego. Medycyna. 1894. Nr. 37—39.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

9. E. A. Reinicke. Bakteryologiczne doświadczenia nad dezynfekcją rąk.

Doświadczenia te były wykonane w lipskiej klinice dla chorób kobiecych pod kierunkiem prof. ZWEIFEL'a. KUEMEL, który pierwszy starał się rozstrzygnąć kwestyę odkażania rąk na drodze bakteryologicznej, doszedł do wniosku, że tylko kwas karbolowy w 5% roztworze i woda chlorowa umożliwiają zupełne

wyjałowienie rąk, i że na pierwszym planie należy stawiać naturalne środki dezynfekcyjne [t. j. ciepłą wodę, mydło i szczoteczkę]. FORSTER zaś znalazł, że tylko mycie się roztworem sublimatu 0,5—1,0‰ po poprzednim użyciu wody i mydła wyjaławia glebę, podczas gdy kwas karbolowy, kwas borny, chlorek cynku i t. p. w najrozmaitszych stężeniach dają wyniki zupełnie niezadawalające. Przepis FUERBRINGER'a, dotyczący się dezynfekcji rąk, brzmi: po mechanicznem oczyszczaniu paznokci, szcztokuje się ręce w wodzie mydlanej w przeciągu 1 minuty, potem kładzie się na 1 minutę do alkoholu lub wymywa się nim skórę, a bezpośrednio potem wyciera się ręce w przeciągu 1 minuty 3‰ roztworem karbolu lub 1 — 2‰ sublimatu. Metoda FUERBRINGER'a, według poszukiwań LANDSBERG'a, ROUX i REYNES'a, okazała się jednak niewystarczającą. Wobec coraz bardziej zacierającej się granicy pomiędzy zarazkami chorobotwórczymi a pasożytami dla ustroju nieszkodliwymi wyjałowienie należy uważać za doskonałe tylko wtedy, jeśli gleba okaże się od pasożytów zupełnie wolną. Doświadczenia swoje autor porobił z zarodnikiem trwałym lasecznika, rosnącego na kartoflu. Zarodnik ten odznacza się tak wysoką odpornością, że, będąc nawet wystawiony na dwugodzinne działanie w ruchu będącej gorącej pary wodnej [100‰], nie traci swojej żywotności. Celem uniknięcia zarzutu, że doświadczenia z tym zarodnikiem pozbawione są praktycznego znaczenia, autor brał także w tymże celu hodowlę *bacillus pyocyaneus*. R. postąpił w ten sposób, że hodowlę parazyta mieszał z dużą ilością wody, którą następnie mniej więcej w przeciągu 10 minut wcierał sobie w ręce. Środek uważał się za zupełnie pewny, jeśli łożysko paznokcia, nawiasem mówiąc, bardzo krótko obciętego, okazało się zupełnie jałowem. Najsamprzód autor starał się otrzymać sterylizację rąk na drodze czysto mechanicznej, a więc za pomocą wyszczotkowania skóry rąk w wodzie mydlanej [woda bardzo ciepła, szczoteczka świeżo wygotowana, szare mydło, a więc zawsze jałowe]. Wyniki były bardzo mało zadawalające, nawet po 25 minutach ręce nie były wolne od zarazków. Również nie udało się osiągnąć zupełnie wyjałowionej gleby po kilkakrotnem, bardzo starannem szorowaniu rąk piaskiem wypalonym, a następnie szarem mydłem. Doświadczenia ze środkami chemicznymi autor rozpoczął od kwasu karbolowego. Nigdy się jednak nie jest pewnym, czy pewna ilość kwasu przy próbach nie została przeniesioną na sztuczną glebę odżywczą i dlatego o sile odkażającej kwasu karbolowego należy wyrazić się z pewną oględnością.

Wyniki z 3‰—5‰ roztworem karbolu, stosowanym po mechanicznem oczyszczeniu rąk od 3 do 5 minut, nie zawsze wypadły dodatnio. O wiele pewniejsze są wyniki przy doświadczeniach z sublimatem, który łatwo daje się strącać siarczanem amonu. I tu ani razu nie udało się otrzymać gleby zupełnie jałowej nawet w tym przypadku, gdy przed użyciem mydła i wody ręce zostały dobrze wytarte octem i watą. Woda chlorowa, stosowana jako środek odkażający [dla dokładności badania strącana następnie za pomocą amoniaku], nawet w stężeniu 2‰ nie dawała wyników zadawalających, a używanie bardziej stężonych roztworów okazało się z powodu silnego działania na narządy oddechowe niemożliwem. Doświadczenia z lizolem są pod tym względem podobne do doświadczeń z kwasem karbolowym, że przeniesienie choć-

by minimalnych ilości płynu odkażającego na glebę odżywczą niezupełnie daje się ominąć—przytem lizol okazał się bardzo słabym środkiem odkażającym dla rąk. Daleko skuteczniej już działa zachwalany ostatnimi czasy trójkrezol, po doświadczeniach jednak z tym środkiem u autora wystąpiły parestezye w palcach i przedramieniu, a po trzecim razie pryszczycza, która dopiero po tygodniu znikła. Wynik był jednak zupełnie inny, gdy autor metodę FÜRBRINGER'a rozciągnął na dłuższy czas: szczotkowanie skóry za pomocą mydła w przeciągu 10 minut, za pomocą alkoholu przez 2 minuty, a następnie jeszcze 1‰ sublimatu w przeciągu 3 minut; kolonie pasożytów były bardzo nieliczne; to samo nastąpiło przy stosowaniu lizolu zamiast sublimatu. Ażeby się przekonać, któremu z tych trzech momentów można ten świetny wynik zawdzięczyć, zrobiono szczepienia po każdym z tych momentów, a więc po wyszczotkowaniu w wodzie mydlanej, drugi raz po stosowaniu alkoholu, a trzeci raz po użyciu w tymże celu środka odkażającego. Okazało się, że wyniki, otrzymane po drugim i po trzecim momencie, wypadły jednakowo, siła więc odkażająca tkwiła jedynie w alkoholu. I rzeczywiście okazało się, że 5-minutowe wyszczotkowanie rąk w alkoholu bez poprzedniego mycia się w wodzie mydlanej wystarcza zupełnie, aby gleba odżywcza stała się zupełnie jałową. Alkohol działa tu w ten sposób, że na drodze czysto mechanicznej oddziela drobnoustroje wraz z tłustą wydzieliną skórną od łożyska, a następnie je zmywa [odkażające własności alkoholu są podług KOCN'a bardzo słabe], dobrzeby jeszcze było po alkoholu ręce zanurzyć w innym płynie aseptycznym w celu lepszego splukania zanieczyszczeń. Alkohol taki może być kilkakrotnie stosowany, należy go tylko filtrować. Alkohol, stosowany w połączeniu z mydłem, jako spirytus mydlany, dawał wyniki niepomyślne nawet po 10-minutowem wyszczotkowaniu nim rąk można było wysledzić dosyć bujny rozwój bakteryi. Na skórę rąk alkohol drażniąco nie działał. Eter, stosowany zamiast alkoholu, dawał gorsze wyniki. Najlepsze, najprędsze, a przytem najpewniejsze odkażanie rąk osiąga się, szczotkując skórę w przeciągu 5 minut w alkoholu (90‰). Przy bardzo wrażliwej skórze rąk radzi autor, zamiast szczoteczki, używać pewnego gatunku gąbki (*Loofahschwamm*).

(*Centr. f. Gynäk Nr. 47. 1894*).

M. Lebensbaum.

10. F. Gärtner [Heidelberg]. Jednakowy wynik badania bakteriologicznego w dwu przypadkach *melaenae neonatorum*.

Etyologia meleny noworodków nie jest jeszcze wyjaśniona dostatecznie. Pomijając liczne hipotezy, wspomnieć należy, że REHN w 1878 roku, a następnie NEUMANN w 1891 roku, wypowiedzieli przypuszczenie, iż *melaena neonatorum* jest pochodzenia pasożytniczego. REHN raz jeden w przypadku meleny znalazł w naczyniach włosowatych ścian kiszek nagromadzone mikrokoki. NEUMANN zaś wyhodował z soku tkankowego w jednym przypadku meleny: *bacillum pyocyanum* β, w drugim zaś przypadku: *staphylococcus pyogenem album et aureum* i *streptococcus pyogenem*.

GAERTNER zajął się w dalszym ciągu badaniem bakteriologicznem, skorzystawszy z dwu przypadków *melaenae neonatorum*, przez siebie niedawno spostrzeganych. W obu razach udało się autorowi, obok większych pałeczek jako-

też innych gatunków koków i *b. tetragenus* wykryć, wyhodować i wyosobnić tak z wypróżnień krwawych, jak i ze krwi, wziętej od chorych tych za życia, drobnoustrój w kształcie krótkiej pałeczki, który w drugim przypadku, pomyślnie zakończonym, już na trzeci dzień ze krwi znikać zaczął. Własności biologiczne tego drobnoustroju określa autor w następujący sposób: najbardziej sprzyjającą jego rozwojowi jest ciepłota krwi; badany w kropli wiszącej okazuje bardzo żywe ruchy, przyczem porusza się zwykle około swej osi poprzecznej. Ilość biczyków w pojedynczej pałeczce waha się między 1 a 6. Ugrupowanie biczyków jest boczne. Rozmnaża się przez dzielenie. Na płytce agarowej tworzy *bacillus melaenae* punkciki mało charakterystyczne, wzniesione, białawe i wilgotnie błyszczące, wielkości łebka od szpilki. Na płytkach żelatynowych oddzielny zarodnik okazuje zarysy ostre, z porozrzucanymi gdzieniegdzie pęcherzykami. Wnętrze zarodników składa się z rozmaitych warstw koncentrycznych, które w miarę wzrastania zarodników w kierunku ku powierzchni żelatyny powoli znikają. Ukłucie w żelatynę daje hodowlę, składającą się z oddzielnych maleńkich punkcików, które w górnej trzeciej części blisko obok siebie stoją, na końcu zaś ukłucia są bardziej odsunięte od siebie. Hodowla, otrzymana przez ukłucie w agar, przedstawia nalot żółtawo-biały, wzniesiony, wilgotnie błyszczący, u brzegu zazębiony. Na kartoflu rośnie *bacillus* pod postacią grubej szaro-żółto-brunatnej miazgowatej masy, zajmującej całą jego powierzchnię. *Bacillus* wytwarza gazy. Barwi się dobrze przy użyciu najrozmaitszych metod barwienia.

Badanie drobnowidzowe narządów [w 1-szym przypadku] wykazało, że śledziona i wątroba przedstawiały charakterystyczny obraz zakażenia. Tkaniki były usiane, naczynia zaś włosowate formalnie zapchane tymi drobnoustrojami. Prócz tego istniały większe lub mniejsze wynacznienia krwi. Na mięśniach brodawkowych serca liczne pałeczki; w ścianie kiszki warstwa gruczołowa prawie wyłącznie zajęta była przez lasecznika meleny. Wynacznienia znajdowały się tylko w warstwie surowiczej i mięsnej.

Aby wykazać, że lasecznik ten jest w samej rzeczy chorobotwórczym dla meleny noworodków, wstrzykiwał autor do worka otrzewnej 1—14-dniowym psom czystą hodowlę w bulionie. Śmierć następowała po 12-u mniej więcej godzinach, a sekcyja wykazywała zmiany zdumiewająco podobne do zmian wykrytych na sekcyi przypadku pierwszego meleny, t. j.: przekrwienie otrzewnej i kiszek, liczne wybroczyny krwawe i wynacznienia, zlepienie pętli kiszek i kiszek z wątrobą i żołądkiem, śledzionę powiększoną, w żołądku wynacznienie nieznaczne. Płuca, opłucna i serce prawidłowe. Ze krwi [serca i śledziony] i z płynu otrzewnowego otrzymano czystą hodowlę lasecznika. Na barwionych metodą GRAM'a i PFEIFER'a skrawkach z kiszek przekonał się autor dokładnie, że laseczniki wnikają przez warstwę surowiczą, podsurowiczą, śluzową i podśluzową do warstwy gruczołowej; tu w miarę rozmnażania się niszczą ją stopniowo coraz bardziej. Równoległe z rozpadem tkanki występują wynacznienia krwi do błony podśluzowej i śluzowej. Im bardziej warstwa gruczołowa ulega rozpadowi, tem większe znajdujemy wynacznienia w tych tkankach. W śledzienie i wątrobie znajdował autor również, tak jak w pierwszym przy-

padku, naczyńia włosowate zatkane przez kolonie pałeczek i małe wylewy krwawe. Zupełnie te same rezultaty otrzymywał, gdy młodym 2—3-dniowym psom zanieczyszczał ranę pępkową hodowlą lasecznika. *Fer os* podawana nie wywoływała objawów meleny.

Tak więc, według autora, *melaena neonat.* jest chorobą zakaźną. Miejscem, przez które zarazek wnika do ustroju noworodka, jest najprawdopodobniej pępek; albowiem we wszystkich świeżych przypadkach spostrzegano przede wszystkim zmiany na otrzewnej [zapalenie], następnie zmiany w kiszkiach, krwotoki i zakażenie całego ustroju.

(*Archiv f. Gynäkologie. Tom XLV. 1894.*)

M. Zweigbaum.

II. F. v. Preuschen [Greifswald]. Uszkodzenia mózgu podczas porodu, jako przyczyna melaenae neonatorum.

Opierając się na badaniach SCHIFF'a, który w 1845 roku wykazał, że po pewnych uszkodzeniach mózgu następuje rozmiękczenie błony śluzowej żołądka i krwotoki żołądkowe, PREUSCHEN powziął podejrzenie, czy i w przypadkach meleny noworodków nie istnieje związek przyczynowy między nadżarciami krwotocznymi błony śluzowej żołądka a uszkodzeniem mózgu, ewentualnie wynaczynieniem krwi pod sklepieniem czaszki; takie bowiem wynaczynienia znalazł w samej rzeczy dwa razy przy sekcji zwłok noworodków, zmarłych na melenę. Aby pytanie to rozwiązać, przedsięwziął autor cały szereg [przeszło 60] doświadczeń na młodych królikach i udało mu się rzeczywiście wywołać melenę przez uszkodzanie najrozmaitszych części mózgowia. Uszkodzenia takie wykonywał w ten sposób, że do odpowiedniej części mózgu wstrzykiwał za pomocą szpryki Pravaz'a cząsteczkę kropli nasyconego roztworu kwasu chromnego, a więc w dowolnej części mózgu wytwarzał ognisko chromne wielkości łąpka od szpilki. Wylewy krwi w ścianie żołądka zjawiały się już po upływie 2½ godzin od chwili założenia ogniska chromnego w mózgu. Wylewy w ścianie żołądka bywały rozmaitego obszaru: już to małe, jak łąpek od szpilki lub ziarnko konopi, już też znaczniejsze, 1—2 ctm. długości i szerokości mające. Najczęściej zajmowały wpust żołądka, dno jego lub krzywiznę, niekiedy występowały symetrycznie i przebiegały wzdłuż naczyń. Jeśli zwierzę dłużej pozostawiano przy życiu, to pod działaniem kwasu żołądkowego warstwa błony śluzowej nad wynaczynieniem ulegała zniszczeniu, co dawało powód do krwotoków żołądkowych. Zmiany te w żołądku występowały po wytworzeniu ogniska chromnego w najrozmaitszych częściach mózgu i mózdzku, a mianowicie: we wzgórkach czworaczych, w odnogach mózgu, we wzgórku wzrokowym, w rogu Аммопа, w rogu przednim komórki bocznej, w płacie czołowym, w *ala cinerea* [na dnie czwartej komórki], w *crura cerebelli ad pontem et ad corpora quadrigemina*.

Aby się przekonać, czy same wylewy krwawe pod sklepieniem czaszki, bez uszkodzenia substancji mózgu, są w stanie wywołać takie same zmiany w żołądku, autor przeprowadził szereg doświadczeń na zwierzętach. Po wykonaniu trepanem otworu w czaszce, wywoływał „sztuczne wylewy“ w rozmaitych miejscach, wprowadzając pod czaszkę kawałeczki gąbki prasowanej lub

laminaryi i wstrzykując ogrzaną parafinę między powierzchnię mózgu a sklepienie czaszki. Wynik doświadczeń był i w tych razach dodatni: w żółtku zjawiały się wynaczynienia krwawe, co prawda, mniejsze, aniżeli po wytworzeniu ogniska chromowego w mózgu.

(*Centralblatt f. Gynäkologie. 1894. Nr. 9.*)

M. Zweigbaum.

12. Oscar Hertwig. Nowsze doświadczenia o możności odradzania się i kształtowania organizmów.

Jeszcze w roku 1744 TREMBLEY ogłosił doświadczenia swoje nad stulbią słodkowodną [Hydra], która może po pewnym przeciągu czasu odrodzić się ukształtować z najmniejszego jej kawałka w cały osobnik niezależnie od tego, czy kawałek powyższy został oddzielony od całości z końca lub środka i w jakimkolwiek kierunku. Ostatnimi czasy LOEB, przyrodnik amerykański, starał się na podstawie licznych swych badań wyprowadzić wnioski, że kształtowanie się zwierząt jest zależne w wysokim stopniu od wpływów zewnętrznych, a więc, że pod tym względem nie zachodzi żadna zasadnicza różnica między państwem roślinnym i zwierzęcem. Opierając się na zjawiskach, stwierdzonych w państwie roślinnym, a przez niego nazwanych heteromorfozą, wykonał szereg doświadczeń na zwierzętach, a mianowicie na jednym wyżej-organizowanym ze stulbi opławów typu jamochłonnych, *Tubularia mesembryanthemum*, dalej na jednym z ukwiałów, *Cerianthus membranaceus*, tegoż typu, wreszcie na jednej z żachw, *Cyone intestinalis*, typu osłonice. Po wycięciu kawałka z *Tubularia mesembryanthemum*, która przedstawia całą kolonię polipów wodnych, spostrzegaliśmy tworzenie się główki na końcu jego górnym i podstawy na końcu dolnym, jeżeli kawałek ten oddzielony od całości pozostał w położeniu podobnym do poprzedniego, w przeciwnym razie, a więc w położeniu odwrotnym, na miejscu podstawy tworzy się główka, a na miejscu główki — podstawa; przy ułożeniu zaś poziomem tworzą się główki na końcach przeciwległych.

Dalej LOEB u *Cerianthus membranaceus* i *Cyone intestinalis*, przez nacięcia i niedozwolenie zabliznienia się, wywoływał u pierwszego formowanie się w około zrobionych otworów—czułek, czyli chwytnych ramion, jakie zwykle tworzą się tylko w około normalnie uformowanej gęby zewnętrznej, u drugiego zaś, już poniekąd zbliżonego do kręgowców, formowanie się w około sztucznie zrobionego otworu punktów wzrokowych, które tworzą się normalnie tylko w około zwykłych u tych zwierząt dwóch otworów gębowego i stekowego.

Doświadczenia powyższe naprowadziły na myśl, że rozwój tak bezkręgowców, jak i kręgowców w wysokim stopniu może być zależnym od wpływów zewnętrznych, zwłaszcza w pierwszych fazach ich rozwoju z jajka. Autor przed kilku laty za pomocą wstrząsania rozdzielał dojrzałe, niezapłodnione jajka jeżowców na pewną ilość mniejszych lub większych cząstek, które w wodzie morskiej zaokrąślały się i po następczem ich zapłodnieniu podlegały wszelkim przemianom, zarówno jak i jajko wzięte w całości. DRIESCH, WILSON, OSCAR SCHULTZE robili badania w tymże kierunku na jajkach różnych zwierząt: pierwszy—na jeżowcach, drugi—na lancetniku, ostatni zaś na żabach, z tą jednak różnicą, że jajka już pierwotnie zapłodnione, w fazie segmentacji dzielili przez wstrząsanie na cząstki, z których również powstawały *blastulae*, *ga-*

tsrulae i t. d.. Z badań tych można zatem wnioskować, że pierwsze komórki, jakie powstają z jajka przez segmentację, posiadają nie tylko zdolność przekształcenia się w pewną część organizmu, jak to bywa przy prawidłowym rozwoju, lecz każda taka komórka jednocześnie zawiera w sobie zdolność przekształcenia się w cały osobnik, co jest zależne od warunków zewnętrznych, czy znajduje się ono oddzielone od innych, czy też pozostaje z nimi w połączeniu. Wniosek ten również pozwala mniemać, że zmiana położenia komórek, powstałych przy segmentacji zapłodnionego jajka, nie powinna wpływać na prawidłowy dalszy rozwój organizmu, co również przez DREISCH'a u autora zostało stwierdzonem na jajkach żab. Na jajka żab był wywierany ucisk w różnych średnicach, wskutek czego układanie się komórek przy segmentacji było inne, niż bywa normalnie bez ucisku, mimo to jednak otrzymywano zupełnie prawidłowo wykształcone osobniki.

(Berl. klin. Wochenschrift. Nr 40. 1894).

Kajetan Minkiewicz.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE

Posiedzenie kliniczne d d 15. I. 1895.

JUL. KRAMSZYK przedstawił dziecko, dotknięte chorobą BARLOW'a. Choroba ta, której istota nie jest dotychczas wyjaśnioną, polega na wystąpieniu dużych wynaczyń krwawych przeważnie pod okostną, umiejscawiających się najczęściej na kościach długich [udzie, goleni, ramieniu], rzadziej na kościach płaskich: żebrach, łopacie, kościach miednicy i czaszki. Objawy ze strony jamy ustnej charakteru gruźliczego, jakoteż objawy krzywicy często, jakkolwiek nie stale, towarzyszą tej chorobie. Przypadek, przedstawiony przez J. KRAMSZYKA dotyczył dziecka północznego, u którego po zaburzeniach żołądkowych, wymiotach, trwających 2 tygodnie, wystąpił nagle guz na wierzchołku czaszki, miękki, ciastowaty. Guz ten, powiększając się stale, w ciągu tygodnia zajął całą czaszkę, poczynając od wyniosłości potylicowej aż do uszu i oczodołów. Skóra, pokrywająca czaszkę, jest napiętą, błyszczącą, zabarwioną na kolor fioletowy, siny, żółty; miejscami na powierzchni jej widać świeże czerwono-krwiste plamy; na całej przestrzeni wyczuwa się chełbotanie, a pod plynem kość. Po kilku dniach na obu powierzchniach dolnych i lewej górnej wystąpiły rozlane wynacznienia krwawe sino-czerwone. Dziecko bardzo blade, niespokojne, nie gorączkuje.

(Autoreferat).

W dyskusji JAWDUŃSKI nie zgadza się na rozpoznanie w danym przypadku choroby BARLOW'a; wylewy na czaszce i częściach przyległych zależy mogły od urazu, którego otoczenie chorego mogło nie zauważyć. Przeciw chorobie BARLOW'a przemawia brak wynaczyń w innych bardziej oddalonych częściach oraz brak wymiotów i wypróżnień krwawych.

JASIŃSKI również przemawia przeciwko rozpoznaniu choroby BARLOW'a, z powodu braku wybitnych objawów krzywicy, wylewów na udzie, wynaczyń skórnych oraz braku krwi w wymiocinach. Skorbut u dziecka tak małego zazwyczaj przebiega bardzo złośliwie, gdy tymczasem chory, o którym mowa, po-

mimo 2-tygodniowego trwania choroby, znosi ją jednak dość dobrze. W danym przypadku rozpoznanie wahać się może pomiędzy urazem [co jest najprawdopodobniejsza] a *erythema exsudativum*.

Według zdania KOSMOWSKIEGO, dziecko przedstawia nieznaczne objawy krzywicy; choroba BARŁOW'a o tyle wydaje się tutaj wątpliwą, że przy cierpieniu tem autorzy kładą główny nacisk na wynaczynienia w kościach długich, połączone z gorączką i bólami, o wylewach zaś na czaszce nie wspominają.

BORYSSOWICZ zaznacza, że chorobę BARŁOW'a w danym przypadku wyklucza choćby ta okoliczność, że wylew znajduje się na okostnej, a nie pod okostną.

J. KRAMSZTYK odpowiada, że krwistek głowy (*coephalo-haematoma*) zajmuje zazwyczaj jedną tylko stronę głowy na daleko mniejszej przestrzeni, nie przechodząc poza szwy kostne. HENOCH widział raz jeden tylko guz z obu stron czaszki, lecz oba były niejednakowej wielkości i nie łączyły się z sobą. Naokoło podobnych guzów występuje walek wydatny, czego w danym przypadku niema.

Prof. BARANOWSKI sądzi, że dopiero dalszy przebieg choroby i dokładne zbadanie krwi będą mogły wyjaśnić, czy choroba w mowie będąca polega na dyatezie krwotocznej.

STANKIEWICZ przedstawia: a) chorego, który uderzony został korbą od windy w obojczyk i kość ramieniową po stronie zewnętrznej. Po przywiezieniu chorego do szpitala okazało się, że kość obojczykowa jest złamaną, okolica obojczykowa silnie obrzęknięta i że chory ma zupełny bezwład kończyny z nieznacznymi zaburzeniami czucia. Sądząc, że bezwład zależy od ucisku na splot barkowy, S. cięciem podłużnym obnażył miejsce obrażone, wyjął kilka kawałków kości z licznymi skrzepami, poczem rana szybko zaczęła się goić, władza jednak w kończynie nie powracała, co zwróciło uwagę na nerw promieniowy. Badanie rzeczywiście wykazało, że nerw ten na stronie porażonej został uszkodzony, czem łatwo można wytłómaczyć bezwład.

b) Drugi chory, mężczyzna w sile wieku, przed 5-ciu laty po raz pierwszy zgłosił się do STANKIEWICZA z powodu silnego nerwobólu prawej kończyny dolnej. Badanie wykazało prawostronny nerwoból nerwu kulszowego, który nie ustępował pomimo zastosowania energicznego leczenia [przypałań, morfiny, elektryzacji]. S. wykonał operację wyciągania chorego nerwu. Po tym rękoczynie w dwa tygodnie bóle ustąpiły. W 2 lata później chory zgłosił się powtórnie z nerwobólem nerwu kulszowego po stronie lewej. Wyciąganie nerwu kulszowego lewego okazało skutek pomyślny. Obecnie chory skarży się na nerwoból w kończynie prawej; i tym razem S. ma zamiar dokonać wyciągania nerwu.

c) 3-ci przypadek dotyczył młodego izraelity, lat 20, silnie zbudowanego, który od roku narzeka na ból charakteru nerwowego, na bardzo małej przestrzeni, a mianowicie na $3\frac{1}{2}$ ctm. ponad główką kości strzałkowej (*fibula*) tuż przy obwodzie kłykcia zewnętrznego kości udowej. Bólu tego doznaje przy dłuższem chodzeniu, raptownych ruchach w stawie kolanowym oraz przy nacisku palcem na wymieniony punkt. Żadnych zmian w tkance wy badać nie można. Nadto narzeka od czasu do czasu na nieokreślone bóle w łydce, okoli-

cy stawu skokowego i stopie. Przy pociskaniu nerwu kulszowego poza krętarzem i w okolicy *incisura ischiadica* nie skarży się prawie wcale; charakter jednak punktu bolesnego w okolicy kolana przez wykluczenie tylko nerwowym się okazuje. W danym przypadku Sr. zwraca uwagę specjalistów na ten rodzaj nerwobólu, tak rzadko występujący w owym punkcie u młodego, zdrowego skądinąd mężczyzny. Co do leczenia, to Sr. ma zamiar na punkt bolesny zastosować kanteryzację, a gdyby ta pozostała bez skutku, prąd elektryczny.

Sokołowski przedstawia 40-letniego mężczyznę, u którego podejrzewał błablicę błony śluzowej jamy gardzieli i krtani. Sprawa trwa od kilku miesięcy chory doznawał z początku tylko uczucia zawadzania w gardzieli, w ostatnich czasach wystąpiło utrudnione łykanie. Zresztą chory czuje się dobrze; przedtem nigdy nie chorował poważniej, przymiotu nie przebywał. W płucach zmian wyraźnych nie wykryto. Kaszel nieznaczny; plwocina śluzowa, laseczników Koch'a nie zawiera. W innych narządach zmian niema. Badanie gardzieli wykazało liczne białe plamy różnej wielkości od grochu do fasoli, mocno przylegające do błony śluzowej i z wielką trudnością dające się usunąć *resp.* zeskrobać; usadowione są głównie w dolnej części gardzieli. Nagłośnia dość znacznie nacieczona, czerwona, pulchna bez wyraźnego nalotu, struny niezmiennione. W dalszym jednak przebiegu obserwacji naloty powyżej opisane uległy rozpadowi, powstały drobne owrzodzenia, w których zawartości stwierdzono obecność laseczników gruźliczych, W ten sposób sprawa dość ciemna okazała się pierwotną gruźlicą gardzieli o niezwykle nietypowym przebiegu, t. j. cechująca się powstawaniem białych nalotów, utrzymujących się przez 2 miesiące w pierwotnej swej postaci. (Autoreferat).

JASIŃSKI i ORZEŁ wygłosili odczyt p. t. „Krytyczny przegląd najnowszych metod operacji chirurgiczno-otytrycznych. Demonstracja preparatów. Przedstawienie metody własnej“. Rzecz jest wydrukowaną w №№ 4 i 5 Gazecie Lekarskiej.

SZUMLAŃSKI z dwóch operacji, opisanych przez JASIŃSKIEGO, zaznacza szczególną ważność drugiej i t. j. atiko-antrotomii, w której na preparatach, przez prelegenta przedstawionych, *atticum* wraz z kostkami słuchowymi uwidocznione zostają tak dokładnie, jak przy żadnej z proponowanych dotychczas i zwykle wykonywanych zabiegów. Operacji Sacke'go S. na chorym nie widział, przerabiał ją jednak na trupie i przekonał się zarówno o jej technicznych trudnościach, jak i o bardzo ważnej stronie ujemnej, a mianowicie o operowaniu w samym *atticum* po ciemku. Tu przeciwnie, pole operacyjne jest tak odsłonięte, że wszelkie manipulacje wykonywać można pod dokładną kontrolą oka. Ważną również zaletę operacji stanowi szybkość, z jaką można ją robić. Naturalnie, że ostateczna decyzja zależy od wyników pooperacyjnych na osobnikach żywych.

Co się tyczy samej antrotomii, to tu S. oddaje stanowcze pierwszeństwo dłutu przed trepanem. Otwierając *anthrum*, nie możemy być nigdy pewni, na jakiej przestrzeni wypadnie usunąć kość chorobowo zmienioną i dla tego operując dłutem, łatwiej rozszerzymy jamę kostną, niż po zrobieniu otworu trepanem o tak małej średnicy, jak to prelegent zaleca. Przy małym otworze

przeoczenie i pozostawienie ogniska ropnego lub t. p. w którejkolwiek z komórek wyrostka sutkowego jest, zdaniem mówcy, w większości przypadków prawie nieuniknione
(*Autoreferat*).

JASIŃSKI odpowiada, że w przypadkach gruźlicy lub ropnia w wyrostku sutkowym zaleca i wykonywa jak najobszerniejsze resekcye dżutem, nie krępując się granicami anatomicznymi, lecz czerpiąc wskazówki z dostrzeganych lub podejrzanych umiejscowień sprawy chorobowej.

GURANOWSKI zaznacza, że prelegent proponuje nową operację *attico-anthrotomiam*. Otyatrzy zwykle przy sprawach ropnych jamy bębenkowej, powikłanych próchnieniem, robią wprzód antrotomię, a następnie dochodzą do *atticus* [metoda SWARTZE'go]. Wskazania do attikotomii stanowią: próchnienie kosteczek słuchowych i górnej ściany kostnego przewodu słuchowego oraz cholesteatomaty. Przeciwno attikotomii przy próchnieniu kosteczek słuchowych powstają bardzo liczni otyatrzy, między innymi i POLITZER, proponując usuwanie spróchniałych kosteczek słuchowych drogą przewodu słuchowego i następcze wyskrobanie jamy bębenkowej bez obszernego otwierania *atticus*. Co się zaś tyczy pytania, czem posługiwać się mamy przy operacji, czy dżutem, czy trepanem, to zdania są podzielone. HOLMES w ostatnich czasach zaproponował zupełnie podobną operację, jak ją przedstawił prelegent, która jest zmodyfikowaną operacją STACKE'go, jak to widać na przedstawionym przez HOLMES'a rysunku, dochodzi jednak do atyki dżutem i od tyłu. (*Autoreferat*).

JASIŃSKI odpowiada, że wybrał i wymierzył perforator, po porównawczej przeróbce wszystkich zalecanych metod. Attikotomii samej nie proponował, tylko w połączeniu antrotomią.

List otwarty do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

— * — *

SZANOWNY REDAKTORZE!

W odpowiedzi na list otwarty kol. W. BRZozOWSKIEGO, umieszczony w poprzednim N-rze, w celu wyjaśnienia nieporozumień, wynikłych wskutek niewłaściwej nomenklatury polskiej—„pyoktaniny“, nadmienić muszę: W artykule moim, w № 52 „Gaz. Lek.“ umieszczonym, jak i w artykule kol. NEUFELDA, przytoczone są rezultaty badań nad znaczeniem klinicznym przy cholerze azyatyckiej „pyoktaniny“ (*pyocyaninum coeruleum*, *Methyl-violet*), nie zaś błękitu metylenowego (*Methylen blau*). Preparat ten sprowadzała apteka w Sielcu pod Sosnowcem z fabryki Merck'a.

Warszawa. 24 Stycznia, 1895 r.

Z poważaniem
L. Pękosiowski.

Wiadomości bieżące.

— Prof. FOURNIER dzieli cechy rozpoznawcze pomiędzy rakiem i szankrem wargi dolnej na: a) przypuszczalne, b) prawdopodobne i c) pewne. Do pierwszych zalicza się przedewszystkiem wiek chorych. Tu pamiętać należy, że rak u osobników niżej lat 30 stanowi wyjątek, podczas gdy szankier właściwym jest wiekowi młodemu. Do cech prawdopodobnych odnieść wypada: wygląd powierzchni, która jest gładką i równą w przypadku wiewióra, natomiast jest chropawą, jakby pokrajaną przy

raku, mającym nadto wydatne, grube brzegi w przeciwieństwie do pozbawionego brzegów owrzodzenia szankrowego. Przy naciskaniu powierzchni raka otrzymuje się małe krwawienie pod postacią czerwonych kropek, oraz udaje się niekiedy wycisnąć z tegoż białawe bryłki, z ciałek rakowatych i komórek zrogowaciałych złożone; owrzodzenie szankrowe pozostaje na ucisk obojętnem. Ważnem jest bardzo zachowanie się gruczołów chłonnych; zmiany w tych ostatnich występują przy raku zwykle dość późno [z upływem 4 — 5 miesięcy], gdy tymczasem przy wiewiórze zmiany zapalne w gruczołach już w końcu 2 — 3 tygodnia od czasu przedostania się zarazka dosięgają swego najwyższego stopnia natężenia. Drobnowidzowe wreszcie badanie chorobliwie zmienionych tkanek i przebieg samego cierpienia stanowią właściwość rozpoznawczą pewną; jeżeli bowiem chory z owrzodzeniem na wardze twierdzi stanowczo, że przed dwoma np. tygodniami był zupełnie zdrow, nie należy wówczas wątpić o tem, że ma się do czynienia z szankrem, gdyż nowotwór złośliwy nigdy nie rozrasta się tak szybko. (*La France Médicale*. 48. 1894.). Nie Lzielski.

— Na posiedzeniu Berlińskiego Tow. Lek. w dniu 17 października 1894 r. D-r J. ROTTER mówił o całkowitem wycięciu krtani i o powikłaniach w okresie pozbiegowym. Prócz wielu przykrości, jak: odżywianie przez zgłębnik, częste opatrunki i t. p., operowani wystawieni są na poważne niebezpieczeństwo, wynikające z braku błony śluzowej gardzieli na przestrzeni pomiędzy kością gnykową i przetykiem, wskutek czego spływający po ranie śluz i pokarm wywołują zakażenie tejże, a przedostając się do tchawicy, dają początek znanym groźnym sprawom zapalnym w płucach. BARDENHEUER starał się wprowadzić zaradzić złemu przez nałożenie na błonę śluzową szwu jednopiętrowego, ale najczęściej już po dniach kilku ów szew nie trzyma wcale i chociaż wtedy zakażenie pokrytej ziarniną rany nie jest tak łatwe, powikłań jednak ze strony płuc i nadal lękać się należy. Dla omięcia tych niedogodności, A., po wycięciu krtani u jednego 72-letniego mężczyzny, zeszył ponad błonę śluzową oddzielone podczas operacji mięśnie ścieśniające gardziel (*mm. constrictores pharyngis*), oraz mięśnie mostko-tarczowe (*mm. sterno-thyreoidae*) i tarczko-gnykowe (*thyreo-hyoidei*), a po odosobnieniu rany, nałożył szew na skórę. Wytworzona w ten sposób przegroda wytrzymała przez cały ciąg gojenia się rany, a chory już wkrótce po dokonaniu zabiegu był w stanie wypluwać nagromadzający się śluz, oraz przyjmować pokarmy bez pomocy zgłębnika. Po upływie dni sześciu chory wstał z łóżka przy wydatnej poprawie w stanie ogólnym, a zaopatrzony w krtan sztuczną i przedstawiony po wyzdrowieniu na posiedzeniu Tow. Lek. odczytał tamże wierszyk głosem o tyle donośnym, że wszyscy obecni mogli operowanego zrozumieć dokładnie. A. więc mniema, że, postępując zgodnie z zastosowanym przezeń sposobem, będzie można omawianą operację wykonywać śmiało i częściej, oraz przedsięwziąć ją wcześniej, co tylko chorym wypaść może na korzyść. (*Deutsche medicin. Wochenschr. Nr 44. 1894.*). Niedzielski.

— GUÉRIN, mówiąc na zjeździe chirurgów francuskich w październiku r. p. o działaniu chloroformu na serce, wspomina, iż śmierci wskutek porażenia serca pod wpływem chloroformu uniknąć można, jeżeli chloroform podawać tylko przez usta. Włókna mięśniowe serca przestają się kurczyć wskutek odruchu idącego od nerwów nosowych za pośrednictwem nerwu błędnego. Jeżeli podawać królikowi chloroform przez tchawicę po uprzedniej tracheotomii, serce nie doznaje żadnego zaburzenia, jeżeli jednak trzymać chloroform przed nozdrzami tego samego królika, serce zatrzymuje się; ponieważ zaś tchawica przeciętą była poprzecznie, chloroform więc nie mógł dostawać się do oskrzeli, działał zatem zgubnie na serce tylko przez pośrednictwo nerwów nosowych i sercowych wychodzących z nerwu błędnego: pierwsze drogą odruchu przeniosły działanie na drugie. Wobec powyższego autor radzi przy chloroformowaniu ścisnąć choremu otwory nosowe palcem aż do utrzymania uspienia zupełnego: wówczas bowiem znieczulone nerwy nosowe tracą swą czynność odruchową. (*La Semaine Médicale*. 1894. 56).

— Dokonana przez HANS'a w szpitalu miejskim w Berlinie operacja niezmiernie rzadko zdarzającego się tętniaka w nerce, pozwoliła wyprowadzić następujące wnioski co do rozpoznania i leczenia tętniaków nerkowych wogóle: 1) Ponieważ w żadnym ze znanych dotychczas przypadków nie można było wykryć swoistego tętnienia, trzeba zatem na przyszłość w wątpliwych przypadkach guzów nerkowych posługiwać się osłuchiwaniami. 2) Szybko rozwijający się guz w okolicy nerki w następstwie urazu lub znacznego wysiłku wzbudza podejrzenie tętniaka tętnicy nerkowej, zwłaszcza u osobnika ze zmianami naczyń miażdżycowymi. 3) Krwawienie występuje zawsze dopiero po pęknięciu tętniaka do miedniczek nerkowych i jest zazwyczaj bardzo obfite. 4) Tylko doszczętne usunięcie nerki wraz z tętniakiem na drodze operacyjnej może zapewnić tutaj wyzdrowienie. (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1894. 32. S. 637—638). W. II.

— W tych przypadkach tyfusu brzuchnego, w których istnieją przeciwwskazania do leczenia tegoż kąpielami domowemi, MONTAGNON z powodzeniem stosował gwałt jako środek przeciwgorączkowy. Podczas wzmocnienia się ciepłoty M. stosował wcieranie 0,5 gwajakolu w pachwinę, poczem otrzymywał spadek ciepłoty przy zwiększonym wydzieleniu się moczu; dawka dzienna dochodziła do 2,0—2,5 gwajakolu. Leczenie to autor przeprowadził u dwudziestu chorych zawsze z dobrym wynikiem, nawet w przypadkach ciężkich. LACROIX stosował również wcierania gwajakolu co 4 godziny w tyfusie u dzieci i zawsze otrzymywał spadek znaczny ciepłoty, wyniki tego leczenia były doskonałe. (*La Semaine Méd.* 1894. 60). W. E.

— Według ENSLEY'a [z West Melbourne] dobrze dezynfekuje się kiszki w tyfusie, podając naftol nie w postaci proszków, jak się to zwykle dzieje, lecz w postaci mleczanki, według przepisu: Rp. *Naphthol* 3 4,0 *solue in ol. olivar prov.* 4,0 *adde Glycerini* 30,0, *Aq. destillatae* 160. *Guani arabici q. s ut. f. emulsio.* D. S. Co 3 godziny łyżkę. Bardzo mała dawka naftolu, zawarta w tej mleczance, zostaje wchłonięta i działa napotnie i nasennie. (*La Semaine Méd.* 1894. 63). W. E.

— Brak miejsc dla chorych umysłowych w Tworkach, szczególnie na ogólnej sali, na tak zwanej „setce“, biednej ludności ogromnie uczuwać się daje. Podobno dla gubernii Warszawskiej z Warszawą [półmilionowym miastem] jest tylko 30 miejsc w tym szpitalu. Jako ilustrację trudności umieszczenia chorego umysłowego w zakładzie, przytoczę następujący fakt. Tymi czasy miałem chorą, dotkniętą od kilku tygodni ostrą paranoją z hallucynacjami słuchowemi. Chora ta, żona konduktora tramwajowego, pozostaje w domu w jednej stancyjce z trojgiem dzieci, z których najstarsze ma lat sześć, literalnie bez wszelkiej opieki. Mąż, zajęty od rana do nocy służbą, pomimo najsilniejszych starań [dwa razy jeździł do Tworek] i wszelkich kwalifikacji, nie może dla braku miejsca w Tworkach umieścić tam swej żony i narzą z jednej strony życie dzieci na niebezpieczeństwo, jakie może wyniknąć z obłądki matki, a z drugiej strony na zaniedbanie u żony choroby, któraby przy odpowiednich warunkach w specjalnym zakładzie bezwarunkowo dała się wyleczyć. Takich faktów z praktyki mojej mógłbym przytoczyć wiele. Rozszerzenie szpitala w Tworkach, szczególnie dla biedniejszej ludności, jest potrzebą nagłą i niecierpiącą zwłoki. Kornilowicz.

— Tegoroczny kongres niemiecki dla medycyny zewnętrznej odbędzie się w Monachium między 2—5 kwietniem.

Zmarli: w Marburgu D-r KUELZ, prof. fizjologii,
w Wrocławiu D-r GOTTSCHALK, znany laryngolog.

Do dzisiejszego N-ru dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów „Katalog nowych dzieł“ księgarni Ed. Wendego i S-ki za m. Grudzień 1894.

Wydawca, D-r SŁ. KONDRATOWICZ.

Redaktor odpowiedzialny, D-r WŁ. GAJKIEWICZ.

Liquor Ferri albuminati 0,4° Fe.

Liquor Ferri peptonati 0,4° Fe.

Liquor Ferro-Mangani peptonati 0,6° Fe i 0,1 Mn.

Chloroformium purissimum

do operacyi

flaszki oranżowe, objętości 60, 90, 180 i 360 gramów.

PREPARATY D^{ra} HEBRA

Ungt. diachil. Hebrae, Tr Rusci v. Waldheim i Tr Rusci
własna Ol., Rusci spissum i Ol. Rusci liquidum.

Wszystkie wina lecznicze.

TRAWY LEKARSKIE

oprócz białego i żółtego Lofoden z następującymi
środkami: z jodem, z jodkiem żelaza, z tlenkiem
żelaza, z fosforem i z jodkiem potasu.

Apteka H. BIERTÜMPFLA

Marszałkowska róg Ś-to Krzyskiej.

CARNE - PURA PROSZKI MIĘSNE

wyrabiane z najlepszego wołowego mięsa, zawierające
podług analizy:

Wodanów węgla	0.33
Wody	6.25
Popiołu	4.22
Tłuszczu	9.47
Białkanów	79.31

Jeden funt proszku odpowiada 6 funtom mięsa surowego (bez kości, żył, tłuszczu). Sztuczne trawienie, przeprowadzone z pepsyną i 0.2 kwasem solnym, wykazało bardzo wielką strawność (podpisano) D-r L. Nencki.

Proszki mięsne wyrobu mego zawierają największy procent białkanów i najmniejszy tłuszczu, skuteczne działanie ich zostało wypróbowane i stwierdzone w Szpitalach Warszawskich.

Proszki mięsne przygotowuję stale i takowe posiadam na składzie.

E Jarnuszkiewicz,

Właściciel Apteki Nowy-Świat № 35.

2-38

WIELKI WYBÓR NARZĘDZI CHIRURGICZNYCH

najnowszych wynalazków we wszystkich działach chirurgii
najtaniej w składach fabrycznych

J. JODŁOWSKIEGO

Bieluńska 5 i Marszałkowska 137.

Zamówienia listowne są załatwiane odwrotną pocztą.

52-44



26-24

„Cognac Imperial“

Specjalna fabryka w Warszawie

połącza koneserom, jak również do użytku leczniczego
naturalny produkt z win Krymskich.

Analizy WW. prof. Milicera, d-ra Nenckiego i d-ra Zawadzkiego orzekają, iż koniak „IMPERIAL“ nie różni się od dobrych wyrobów produkowanych we Francji i że cena stosunkowo do swej dobroci jest bardzo niską. Koniak „IMPERIAL“ jako czysty wytwór z wina zaleca się chorym i rekonwalescentom.

Sprzedaz we wszystkich składach win i sklepach Merkury w Warszawie, jak również w większych składach win na prowincyi i w Cesarstwie.

GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE
POŚWIĘCONE WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Od 1-go Stycznia r. 1893 Cena Gazety Lekarskiej wynosi w Warszawie: rocznie 7 rs., półrocznie 3 rs. 50 kop., na prowincyi, w Cesarstwie i z granicą: rocznie 8 rs., półrocznie 4 rs. **Cena ogłoszeń**, Trzy pierwsze po kop. 15 za wiersz drobnem pismem, lub za jego miejsce, następne po kop. 10 ogłoszenia zagraniczne po kop. 18, za wiersz drobnem pismem lub jego miejsce.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Gajkiewicz Władysław.

Wydawca Dr. Kondratowicz Stanisław.

Adres Redaktora: Marszałkowska Nr. 115. Adres Wydawcy: Marszałkowska Nr. 119.

Rachunki, odnoszące się do honorarium za artykuły, załatwiać można codziennie u Wydawcy od 9—10 rano.

Wszystkie artykuły są płatne. Koszta odbitek obciążają honorarium.

Treść: I. R. JASIŃSKI i K. ORZEŁ. Nowa metoda attico-autrotomii. Przyczynki do chirurgii czaszki. [Dokończenie]. — II. J. MUTERMILCH. O przyczynach zapalnych powikłań po operacji zaćmy. [Dokończenie]. — III. Dr med. J. CZAJKOWSKI. Zapalenie płuc komórkowe pod względem klinicznym, etyologicznym i anatomicznym. [Dokończenie]. — *Dział sprawozdawczy.* — 9. E. A. REINICKE. Bakteryologiczne doświadczenia nad dezynfekcją rąk. — 10. F. GÄRTNER. [Heidelberg].* Jednakowy wynik badania bakteryologicznego w dwu przypadkach melaenae neonatorum. — 11. F. v. PREUSCHEN [Greifswald]. Uszkodzenia mózgu podczas porodu jako przyczyna melaenae neonatorum. — 12. O. HERTWIG. Nowsze doświadczenia o możności odradzania się i kształtowania organizmów. — *Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.* — List otwarty do Redakeji Gazety Lekarskiej. — *Wiadomości bieżące.* — Dodatek. — Ogłoszenia.

Pilulae ferri oxydulati. Pilulae ferri oxydulati. cum chinino sulphurico.

Liczne poszukiwania tak dawniejszych jako i współczesnych klinicystów oraz farmakologów wykazały, iż nie wszystkie przetwory żelaza zarówno są skuteczne i że pomimo podawania jednakowych ilości tego pierwiastku zawartego w rozmaitych związkach, rezultaty lecznicze bywają jednakże różne (BLAUD, NIEMEYER, VALLET, HUSEMANN, BINZ i wielu innych). Przyczyny tego faktu szukać należy w tem, że nie wszystkie przetwory żelaza z równą łatwością są przez organizm przyswajane, oraz że gdy jedne nawet w znaczniejszych ilościach mogą być zadawane, inne drażnią przewód pokarmowy i już w niedługim czasie muszą być zaniechane. Ze wszystkich dotąd wypróbowanych przetworów najbardziej odpowiada celowi wodań tlenku żelaza, gdyż najłatwiej ulega przyswojeniu i wybornie nawet słabe żołądki go znoszą. W obec tych jego szacownych własności przygotowanie wszelkich form farmaceutycznych z powyższego przetworu ma, jak sądzę, wszelką rację bytu i pierwszeństwo przed innymi. Mając to na uwadze, już oddawna zajęłem się wyrobem pigulek zawierających już to czysty *per se*, przetwór, o którym mowa jako: *pilulae ferri oxydulati*, już też z dodatkiem chininy jako *pilulae ferri oxydulati cum chinino sulphurico*. Każda pigułka zawiera około pół grana bezwodnego tlenku żelaza (ściśle biorąc nieco więcej bo 0,6 grana) ilość chininy (w pigułkach drugiego rodzaju) wynosi 1/2 grana na sztukę.

Kilkakrotnie badania nad działaniem powyższych pigulek, dokonane z najlepszym skutkiem w warszawskich szpitalach, jak o tem przekonywają wydane mi przez powagi lekarskie świadectwa, pedantyczna dokładność w przygotowaniu tak nieodbitnie potrzebna jak wiadomo, aby dany przetwór nie ulegał rozkładowi, a wreszcie, dostępność ceny: dają mi jak mniemam zupełne prawo do konkurencyi z podobnymi wyrobami zagranicznymi, które zawierająca przetwory niezawsze wytrzymujące krytykę ze stanowiska farmakologicznego, oraz będąc w stosunku do swej rzeczywistej wartości nieproporcjonalnie drogiemi, daleko stoją niżej do swojskiego, krajowego wyrobu.

M. Mutniański.

Właściciel Apteki Nowy Świat N. 18.

APTEKA, SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH,

WPROST ZE ŹRÓDEŁ SPROWADZANYCH,
pod firmą

D-R T. HEINRICH

w WARSZAWIE

przy rogu ulic Wierzbowej i Senatorskiej N. 473b istniejąca.

Jest stale zaopatrywana we wszystkie wody mineralne świeżego czerpania, jak również w lekarstwa specjalne zagraniczne i środki lekarskie w ostatnich czasach w użycie wprowadzone

52-5

Najstrawniejsza

52-5

ze wszystkich wód mineralnych zawierających arsen i żelazo.

Naturalna mineralna

Woda Gubera

zawierająca
żelazo i arsen

ze Fribrenicy w Bośni

Według rozbioru Radey
Dwoiu D-ra Ernesta Lud-
wig'a, c. k. zw. Prof. Che-
mii lekarskiej w Wiedniu
woda Guberquelle zawiera
w 10.000 częściach na wa-
gę:

Bezwodnika kwasu
arsenawego 0.061

Siarczanu tlenku
żelaza . . 3.734

Henryk Mattoni
Francensbad,
Wiedeń (Tuchlauben,
Mattonihof),
Karlsbad,
Budapest.

W jednej skrzynce poc-
ztowej (30 kr Porto)
znajduje się 6 flaszek
Guberquelle.

DOM ZDROWIA

52-50

DLA CHORYCH CHIRURGICZNYCH I GINEKOLOGICZNYCH

D-rów Dintego, Reichsteina i Wawelberga,

Próżna Nr. 3,

przyjmuje chorych, zapewniając im odpowiednie leczenie, opatrunki, utrzymanie, opiekę lekarską i t. d.

Cena od 2 do 4 rubli dziennie.

Chorzy umieszczani w Domu Zdrowia przez lekarzy z miasta mogą być przez nich leczeni i operowani.

CONTREXÉVILLE SOURCE DU PAVILLON

Jedynie uznane za ogólnie
pożyteczne.

Sezon od 20 Maja do 20
Września.

Nieocenione przeciw
następującym chorobom:

Gościec, Kamica, Moczówka,
choroby wątroby i dróg
moczowych.

**AVOIR SOIN DE BIEN PRÉCISER
LA SOURCE DU PAVILLON**

CHLOROFORME DUMOUTHIERS

CHEMICZNIE CZYSTY W CYLINDRYCZNYCH RURKACH.

Przygotowany dla anestezyi,

Rue de Bourgogne 19, w Paryżu,

Żądać z podpisem i marką fabryczną.

SKŁADY:



St. Petersburg, Breziński, Nowski 59.
Warszawa, Weit, Przejazd 5.
Poltawa, Kraft, apteka.
Charków, Łapin, apteka.
Helsingfors, A. Norastrem, apteka.
Kazań, Kieszner, apteka.

Moskwa, Ferrein, apteka.
Odessa, Tarle i Landau, apteka.
Kijów, Marchczyk, apteka.
Tomsk, Kownacki, apteka.
Wilno, Segal, apt.-drogista.
Tyflis, Kaukazkie Tow. Farmaceutyczne.

13-1

Surowica Behringa

z fabryki w Höchst i szpryki do stosowania takowej,
nadeszły, do apteki

KARPIŃSKIEGO

ul. Elektoralna Nr. 39.

WYDAWNICTWO GAZETY LEKARSKIEJ.

WYSZŁA Z DRUKU:

DYAGNOSTYKA CHIRURGICZNA.

NAPISAŁ

ROMAN JASIŃSKI

chirurg szpitala dla dzieci w Warszawie.

Cena rs. 3, z przesyłką rs. 3 k. 50.

Nabywać można w Administracji Gazety Lekarskiej [Marszałkowska 119] oraz we wszystkich księgarniach w Warszawie.

W CHEMICZNO-MIKROSKOPOWEJ PRACOWNI

dla celów dyagnostyki lekarskiej

D^{ra} E. PRZEWOSKIEGO

Prosektora Anatomii patologicznej w Cesarskim Warszawskim Uniwersytecie.

Dekonywa się wszelkich rozbiórów mikroskopowych i chemicznych, moczu, krwi, śluzu, nasienia kału i t. d. (Chmielna 32).

Hoża № 19 róg Kruczej.

**SPRZEDAŻ
ŚRODKÓW ODŻYWCZYCH
W. HEBDY**

mianowicie:

Sok mięsny, proszek mięsny, Mączka dziecienna (a la Nestl'a), Kawa lecznicza, Kakao słodowe, Lipanin zastępujący tran, a nie mający wstrętnego zapachu tranu i t. p., przy Fabryce Wód Mineralnych Aptekarza **A. Erhardta**. 24-19

Hoża № 19 róg Kruczej.

Hoża № 19 róg Kruczej.

Hoża № 19 róg Kruczej.

WĘGLAN GUAJAKOLU

znakomity środek przeciw gruźlicy.

działa niszcząco na bakterye krwi (Berl. klin. Woch. 1892 № 3) zawiera 90,5% najczystszej Guajakolu, nie posiada wcale zapachu, ani smaku, ani własności żrących, wskutek czego chętnie bywa przyjmowany przez chorych nawet bardzo wrażliwych i nie bywa wymiotowany. Powoduje szybki przybytek sił i wagi np. 23 funty w ciągu 4 tygodni (Berl. klin. Woch. 1893 № 51). O Węglanie Guajakolu przy tyfusie p. Allg. Med. Central Ztg. № 45/6, 1893.

Dane z literatury i sposób użycia można otrzymać przez
D-ra F. von Haydena Następców w Radebeul pod Dreznem.
Sprzedaje się w głównych składach materyałów aptecznych i aptekach.

24-3

DOM ZDROWIA D^{ra} K. DOBRSKIEGO.

Warszawa. Aleja Róż 10.

Zakład leczniczy, przeznaczony dla stałego pomieszczenia chorych wszelkiego rodzaju (z wyjątkiem chorych obłąkanych), mieści się w osobnym, odpowiednio do celu urządzonym domu.

O warunkach pobytu wiadomość u K. Dobrskiego, Królewska 10. 0-2

Zakład kąpielowo leczniczy

D-ra BOJASIŃSKIEGO

pod Warszawą w Grodzisku

(2-ga stacya drogi żelaznej Warszawsko - Wiedeńskiej).

Z powodu śmierci właściciela jest do sprzedania cały zakład egzystujący lat 15, składający się z lecznicy—łazienek - sali hydraulicznej—sali balowej—domu mieszkalnego, położonych w śród parku.

Bliższych wiadomości udzielają w Warszawie: Zioliński Nowogrodzka № 37, lub adwokat Bojasiński S-to Krzyżka № 33. 3-3

VICHY

SOURCES DE L'ETAT

CELESTINS GR^{DE}-GRILLE HOPITAL

Avoir soin
de désigner
la Source

48-3