

# GAZETA LEKARSKA.

## I. THORACOTOMIA DUPLEX

[Odczyt wypowiedziany w Towarzystwie Lekarskiem, dnia 29 stycznia 1895 roku].

Opisał

**R. Jasiński,**

chirurg Warszawskiego szpitala dla dzieci.



Dnia 23 października 1894 roku przybyła na oddział wewnętrzny Warszawskiego szpitala dla dzieci siedmioletnia Helenka M..., z powodu bólów głowy i wymiotów, od trzech dni trwających, oraz z powodu silnej gorączki, towarzyszącej tym objawom.

Badanie pierwsze wykazuje znaczne podniesienie ciepłoty, nadmierną częstość tętna, wymioty żółciowe, trudność polykania bez widocznych lub wykryć się dających przyczyn anatomicznych. W narządach wewnętrznych nie ma zmian wyraźnych.

Na drugi dzień ciepłota wieczorowa trzyma się na 40° przy tętnie 160 i 30-u oddechach na minutę, pomimo 2 u dawek kalomelu [po 2 gr.] i oleju rycynowego. Dołącza się znaczny upadek sił, zaczerwienienie rozlane w gardzieli, zaczerwienienie i obrzmienie sromu. Przy ciągłej i bardzo wysokiej gorączce, na 6-y dzień od domniemanego początku choroby, pojawia się stępienie pod prawą pachą i oddech oskrzelowy, a w całym płucu prawem liczne rzęzenia wilgotne. Rozwijają się wreszcie zapalenie płuc ze strony prawej, płatowe, [w zrazie dolnym], z plwociną rdzawą.

8-go dnia oddech w miejscach zajętych zapaleniem mniej słyszalny.

10-go dnia z lewej strony pojawia się stępienie, osłabienie szmerów oddechowych, a po prawej granice tępości wykazać można nad VI żebrzem w linii sutkowej, nad VII w linii pachowej, a z tyłu pod IX. Wkrótce potem znika oddech oskrzelowy w płacie zajęty przez zapalenie, a brak dosłyszalnych szmerów oddechowych w miejscu odpowiadającym stępieniu wskazuje na wystąpienie wysięku w opłucnej. Jednocześnie oddech oskrzelowy daje się słyszeć w dole pachowym i pod obojczykiem.

15-go dnia choroby, czyli d. 4. XI, ciepłota zaczyna spadać gwałtownie, tak, że od tego czasu notujemy tylko wieczorne podniesienia do 39,5—39,8.

Przez ten czas w prawej połowie klatki piersiowej tępość nieco się zwiększyła, a w lewej stan pozostawał bez zmiany.

Dnia 10. XI. Rozpoczyna się okres zupełnie bezgorączkowy.

Dnia 15. XI. Pojawia się z prawej strony brzucha aż do kresy białej tępość zupełna, oraz wytwarza się ropień w pępku [zaczerwienienie, ból, twardość rozlana], towarzyszy temu wzdęcie brzucha.

Dnia 17. XI. Przekłucie próbne wykazało i po stronie prawej i po lewej obecność wysięków ropnych [obustronnie], a przecięcie ropnia w pępku, dokonane dnia następnego, pozwoliło wypuścić zeń 5 do 6 litrów ropy.

Dnia 19. XI. Chorą widziałem po raz pierwszy i znalazłem, co następuje. Stan ogólny bardzo zły. Wyraźna sinica warg, języka, nosa i kończyn. Tętno małe, ledwie dające się zliczyć [przeszło 140 uderzeń na minutę], niepokój, bladość skóry niezwykła, głos bezsilny przy płaczu, a raczej kwileniu, kończyny zimne, brzuch wzdęty i bolesny przy dotykaniu. Z pępka przez ranę sztuczną (*incisio*) sączy się dość obficie ropa, niezbyt gęsta, nie cuchnąca. Cała ściana brzuszna zlekka obrzękła. Z prawej strony, począwszy od kręgosłupa [od tyłu] do kresy białej [od przodu] i od linii łączącej kolec biodrowy przednio-górny z kresą białą [od dołu] do VII żebra w linii sutkowej i pachowej, a z tyłu do VIII żebra [ku górze], odgłos opukowy zupełnie tępy. Granice tępości niezmiennie przy najrozmaitszych położeniach ciała, nawet przy leżeniu na boku lewym. Granic wątroby wymacać nie można. Na klatce piersiowej, w granicach tępości, oddechu nie słychać. Po nad granicami tępego odgłosu słychać oddech nieokreślony i nieco rżżeń wilgotnych. Po stronie lewej klatki piersiowej odgłos opukowy tępy, zlewający się z tępością serca i sięgający z przodu do III żebra, a z tyłu do grzebienia łopatki.

Obmacywanie brzucha wykazuje wyraźne wzmoczenie odporności prawej jego okolicy, szczególnie w podżebrzu, gdzie także zauważyć łatwo wyraźny obrzęk skóry.

Przekłucie próbne wykazuje i w lewej i w prawej jamie opłucnej obecność ropnego wysięku.

Rozpoznaliśmy *pleuritis suppurativa bilateralis*, *abscessus subphrenicus*. Z powodu prawie rozpaczliwego stanu narządów krążenia i oddechania postanowiłem dokonać operacji bez użycia narkozy. Zacząłem od rozszerzenia nacięcia pępkowego. Akt ten pozwolił mi wejść palcem do jamy obszernej podprzeponowej, której ścianę zewnętrzną stanowiła ściana brzuszna, ścianę wewnętrzną dolną wątroba odsunięta ku dołowi i na wewnątrz, a ścianę górną przepona. Porobiłem w tej torbie cały szereg przeciw-otworów i wypuściwszy blisko 1 litr ropy, jamę całą wymyłem trzyprocentową wodą karbolową. Bezpośrednio potem wyresekowałem [także z prawej strony] kawał ósmego żebra *in linea axillari*, przeciąłem opłucną, ale ropy tu już nie znalazłem. Zastrzykując w tę ranę ciepły [+ 38° C.] roztwór kwasu bornego, przekonałem się, iż cała ilość wstrzykniętego płynu wylewa się przez rany w ścianie brzusznej. Pomimo najstaranniejszego badania przepony palcem, otworu komunikującego znaleźć w niej nie mogłem.

Badając palcem jamę opłucnej prawej, otwartą obecnie, przekonałem się: 1-o) że jest ona na wszystkie strony ograniczoną tęgimi zrostami i 2-o) że po nad tą jamą, której granice prawie zupełnie odpowiadały wykazanym wy-

żej stłumienia głosu opukowego, słychać oddech zaostrozony prawie oskrzelowy, przy odgłosie opukowym płucnym, z odcieniem bębniстым. Dalej badanie wykazało jak gdyby podniesienie się tętna, a bynajmniej nie znikanie jego, lub niemiarowość.

Wobec tych zrostów tęgich, jamę prawej opłucnej ograniczających i ze względu na rozpaczliwy stan dziecka, postanowiłem pomoc moją chirurgiczną zastosować w całej rozciągłości i dlatego nie zawahałem się *stante pede* przystąpić do lewostronnej torakotomii. Więc i z lewej strony kawał żebra wyciąwszy, jamę opłucnej otworzyłem i z 1½ litra ropy z niej wypuściłem. Tutaj badanie palcem wykazało, że zrostów żadnych niema, że wszelako płuco niezbyt jest uciśnięte, gdyż uderza w palec przy ruchach oddechowych i to nawet nie na zbyt wielkiej głębokości.

Po otworzeniu drugiej jamy opłucnej duszność znacznie się zwiększyła, wystąpił niepokój. Bładość twarzy i sinica nieco się wzmogły, ale tętno żadnych wyraźnych zmian nie wykazało.

Szybko założyliśmy opatrunek, przeprowadziwszy muślin jodoformowy w taśmach przez wszystkie rany brzuszne, a do obu jam opłucnowych wstawiwszy sączki gumowe. Obie opłucne przemyto ciepłym roztworem kwasu bornego. Dziecko przeniesiono do łóżka i obłożono flaszkami z gorącą wodą.

Wieczorem stan bezgorączkowy, tętno 140, oddechów 38 na minutę.

Dnia 20. XI. Stan bezgorączkowy, tętno 136, oddechów 36. Upadek sił ostateczny, śpiączka, zaparcie stolca. Zmieniono opatrunek zalany ropą, zmieszaną z płynami, do przemywań użytymi.

Dopiero d. 26 XI, a więc w tydzień po operacji: oddech 32 na minutę. Ciepłota się podnosi do 37,6°; 38°; 38,7°; 39°; twarz w tych dniach zmienia swój sinicowy wygląd, przybiera bledość woskową, na której tle pojawiają się mocne sinawo-czerwone, pałające rumieńce, a ze sztucznych otworów wszystkich, gęsta, choć mniej obfita, wydobywa się ropa. Przy codziennych płukaniach roztworem kwasu bornego, wydzielina ta staje się coraz mniej obfitą. Ciepłota po trzydniowej zwycze wraca do normy; wreszcie, przy stałym postępującym gojeniu ropnia podprzeponowego, dnia 1. XII, a więc w 11 dni po operacji zamyka się prawa opłucna, a dnia 29. XII. 1894., czyli w dni 30 po operacji zamyka się opłucna lewa. Przez pierwszą połowę stycznia mieliśmy jeszcze od czasu do czasu do czynienia z pękaniem blizny po stronie lewej i wydobywaniem się małej ilości ropy z opłucnej. Po paru wstrzyknięciach balsamu peruwiańskiego rana ostatecznie się zablizniła.

Stanu obecnego dziecka opisywać nie będę, przedstawiając je Szanownym Panom na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego. Uważam je za wyleczone najzupełniej.

Nie wdając się w dociekania historyczne, czy ktokolwiek przedemną robił, czy nie, obustronną torakotomię na jednym posiedzeniu, bo mi nigdy, a więc i tym razem nic a nic na pierwszeństwie przypadkowym nie zależy, wspomnę wszelako, iż krok ten przedsięwziąłem z całą pewnością siebie jedynie na zasadzie znalezienia tęgich zrostów opłucnej po stronie prawej i na zasadzie stwierdzenia szmerów oddechowych zaraz po operacji w płucu prawem. Ina-

czej rzecz by się przedstawiła, gdybym nie znalazł powyżej przytoczonych zjawisk. Wówczas otwarcie drugiej jamy opłucnej postawiłoby chorego w położeniu królika, któremu nagłą śmierć sprowadzamy przez przecięcie obu jam opłucnowych.

Następuje tu, jeżeli nie atelektaza, to przynajmniej powstrzymanie doraźne czynności oddechowych obu płuc z całym szeregiem zgubnych następstw.

Przypadek mój dowodzi mi, że otwarcie obu jam opłucnowych nie spowodza za sobą porażenia serca lub shoku, że tedy całe niebezpieczeństwo w pierwszej linii zależy od zatrzymania czynności płuc.

Na zakończenie dodać winienem, że bakteryologiczne badanie ropy wypuszczonej wykazało obecność w niej pasożytów: *streptococcus et staphylococcus aureus*.

## II. KILKA SŁÓW O SOLWEOLU W DENTYSTYCE.

Podał

**D-r L. Leszczyński.**

—\*—

Ujemne strony znanych silniejszych środków antyseptycznych stały się pobudką w ostatnich dziesiątkach lat do poszukiwań na drodze chemicznej, bakteryo-biologicznej, i spowodowały zjawienie się całego szeregu nowych antyseptyków, jak: kreoliny, lizolu, pyoktaniny, solweolu, solutolu, sapokarbolu i innych. Poszukiwania te wykazały, iż ze wszystkich ciał grupy aromatycznej największą bakteryobójczą własność posiadają krezole <sup>1)</sup> [meta-, para-, orto-], produkty destylacji dziegciu przy 185°—205°. Krezole, niestety, nie rozpuszczają się prawie zupełnie w wodzie i stąd długi czas nie znajdowały należytego zastosowania. Rozpuszczają się one w silnych mineralnych kwasach, alkalicznych mydłach. Związki tego ostatniego rodzaju wydały przetwory dezynfekcyjne: kreolinę i lizol <sup>2)</sup>, których wartość bakteryobójcza zależną jest od zawartych w nich krezolów.

W ostatnich dopiero latach fabryce HEYDEN'a w Radebeul pod Dreznem udało się rozpuścić krezole w obojętnych krezotynianie sodu i krezolanie sodu, i otrzymano przetwory, mieszające się w każdym stosunku z wodą. Pierwszy z nich: obojętny stężony roztwór krezolów, rozpuszczony w krezotynianie sodu, prof. HUEPPE <sup>3)</sup> nazwał solweolem, drugi zaś, mieszaninę krezolanu sodu z krezolami — solutolem, a D-r HAMMER <sup>4)</sup> pod jego kierunkiem w pracowni Instytutu Hygienicznego w Pradze czeskiej zbadał ich bakteryobójcze własności w porównaniu z innymi środkami: kreoliną, lizolem, karbolem i t. d.

Ważniejsze wyniki tych badań są następujące: 1) Mieszanina trzech krezolów silniej i energiczniej działa na drobnoustroje, niż każdy z nich pojedynczo

<sup>1)</sup> FRÄNKEL. Zeitsch. f. Hygien. 1889. Bd. 6. S. 521.

GROSTERN. Wiadomości terapeutyczne. Gaz. Lek. 1894. str. 214 i następne.

<sup>2)</sup> HENLE. Arch. f. Hygiene. 1889. Bd. 9. S. 188.

<sup>3)</sup> HUEPPE. Berlin. klin. Wochsch. 1891. Nr. 45 i 1893. 21.

<sup>4)</sup> H. HAMMER. Arch. für Hygien. 1891. Bd. XII. S. 559 i 1892. Bd. XIV. S. 116.

2) Roztwór solweolu, zawierający 0,5% krezolów, już po 5 minutach pozbawiał życiowości badane drobnoustroje [hodowle na bulionie *bac. pyocyaneus*, *staphyl. aureus*, *tetragenes*, *prodigiosus*, laseczniki cholery i tyfusu] i przewyższa pod tym względem lizol, kreolinę, kwas karbolowy 2,5%; sublimat daje ten sam rezultat już w 50/00 rozcieńczeniu. 3) Powyższy roztwór solweolu zupełnie pozbawionym jest żrącego działania na tkanki i 4) o wiele mniej trującym od karbolu. [Wstrzykiwania do jamy brzusznej świnkom morskim i królikom (do piero 0,6 gr. i większych dawek na 1,0 kłgr. wagi śmierć zwierzęcia sprowadzały].

Solweol, z fabryki HEYDEN'a otrzymany, przedstawia się jako brunatny płyn, o zapachu karbol i dziegieć nieco przypominającym, miesza się w każdym stosunku z wodą, czy to przekroploną, czy wodociągową, czy też studzienną, twardą, nie dając osadu, ani rozkładając się; w pewnych tylko wyższych stosunkach daje rozczyń lekko opalizujący. 37 ctm. sześć. [42,4 grm.] solweolu zawiera 10 grm. wolnego krezolu. Mając te dane w pamięci, przyrządzać możemy dowolne mieszaniny solweolu z wodą, np. wlewając 37 ctm. sześć. solweolu do 2 litrów wody, otrzymamy 0,5% rozczyń, równoznaczny z roztworem 2½—3% karbolu. Taż ilość solweolu na litr wody da 1% rozczyń równej siły, co 5%, pod względem antyseptycznym. W braku odpowiedniej miarki — zawierający ¼% krezolów rozczyń solweolu otrzymamy, wlewając łyżeczkę płynu do szklanki wody, lub łyżkę stołową do kwarty wody.

Zalety, jakie przypisują solweolowi w porównaniu z innymi środkami antyseptycznymi, są następujące:

A. W porównaniu z karbolem 1) solweol 0,5% działa energiczniej i pewniej od 2—3% karbolu; 2) jest znacznie mniej trującym i prawie zupełnie nie drażniącym tkanek.

B. W porównaniu z sapokarbolem, kreoliną i lizolem <sup>1)</sup>:

1) Solweol z każdą wodą, nawet twardą, studzienną, nie rozkładając się, wytwarza mieszaninę przezroczystą o reakcyi neutralnej, nie alkalicznej.

2) W działaniu na skórę rąk operatora zachowuje się, jak rozczyń karbolowe.

3) Nie zawierając mydła, nie powoduje ślizkości ani rąk, ani narzędzi.

C. W porównaniu z sublimatem:

1) Solweol, miesząc się z ropą, śluzem i t. p., nie ścina białka, z moczem nie daje osadu i ztąd działanie solweolu jednostajne; 2) mniej jest trującym; 3) czyste mieszaniny daje nie tylko z wodą przekroploną, lecz i z każdą inną.

A. HILLER <sup>2)</sup>, korzystając z tych własności solweolu, z pożytkiem wielkim stosował go w przypadku: 1) *ozaenae fortidae*, tampony waty z 0,5% solweolu pozostawiając w nosie ¼ do ½ godziny, 2) w *cystitis calculosa* z rozkładem moczu przemywania ¼—½%. Mocz wprzódy alkaliczny, wkrótce odzyskał kwaśną reakcyę. 3) W przypadku *pyothoracis dextræ*, używając ¼—½% solweolu do prze-

<sup>1)</sup> HUEPPE. Berl. klin. Wochsch. 1893. 21.

<sup>2)</sup> A. HILLER. Deutsch. medic. Wochenschr. 1892. 37.

mywania jamy opłucnej nie zauważył ani znacznych objawów drażnienia, ani intoksykacji. Zachwycony otrzymanymi rezultatami, wyraża się: „*Ich halte nach diesen Erfahrungen das Solweol namentlich für Operationen in Körperhöhlen (Kopfhöhle, Brusthöhle, Bauchhöhle), also besonders auch für die geburtschülflische und gynäkologische Praxis, für ausserordentlich geeignet. Hinsichtlich der geringen Reizwirkung, der relativen Ungiftigkeit und der Sicherheit der Antiseptie wird es von keinem der bisher gebrauchlichen Antiseptica erreicht oder übertroffen*“.

Zachęcony kilkoma pochlebniemi odezwaniami o solweolu, od dwóch już lat blisko stosuję go w swej praktyce przy niewielkim obszarze pola operacyjnego mojej specjalności i doszedłem do przekonania, że wobec wielkich prawdziwie zalet posiada on i niektóre dość znaczne wady.

Pomijając inne wyżej wskazane, do największych zalet solweolu zaliczę bardzo nieznaczne stosunkowo żrące jego własności. Gdy poprzednio, stosując czysty karbol, a nawet 10% spirytusowy roztwór do kauteryzacji czulej zębiny w jamach karyetycznych zębów, w 95% przypadków otrzymywałem znaczną reakcyę na przypadkowo dotkniętej wardze lub błonie śluzowej jamy ustnej, przy stosowaniu solweolu czystego ten sam efekt, lecz w słabszym o wiele stopniu otrzymuję zaledwie w 10% przypadków, i to tylko u osobników o podniesionej wrażliwości tkanek. Wogóle skarżono się tylko na uczucie pieczenia w jamie ustnej, które po przepłukaniu ust wodą wkrótce ustawało.

Do zalet również wielkich w dentystryce zaliczę i tę własność solweolu, iż, stosowany *per se* do przyżegania i dezynfekowania chorej zębiny i miazgi zębowej, nie wytwarza, jak karbol czysty, na powierzchni jej strupa, tamującego głębsze działanie środka, lecz przepaja tkankę na dość znacznej głębokości, dezynfekując ją i nadając chorobowo zmienionej zębinnie ciemniejszy, brunatno-żółtawy odcień, co pozwala łatwo odróżnić ją, przy oczyszczaniu jamy karyetycznej od tkanki zdrowej zęba; przytem solweol lepiej od karbolu wywołuje znieczulenie przepojonej zębiny. Dwie te zalety: bardzo nieznaczne żrące działanie i zdolność przepajania tkanek, wobec silnie odkażających własności solweolu, mogłyby zachęcić do stosowania go w stężonych rozczyinach w tych przypadkach, w których pożądanem jest silne bakteriobójcze działanie, przy jak najmniejszej reakcyi tkanek traktowanych, jak np. tuszowanie gruźliczych, dyfterytycznych owrzodzeń w gardle, nosie i t. p..

Rozczyn 10% solweolu w spirytusie stosuję do dezynfekcyi drobnych narzędzi do ostatecznego odkażenia jam karyetycznych w zębach, po usunięciu z nich wszystkich widocznych chorobowo zmienionych tkanek. W szczegóły traktowania zagłębiać się tu nie będę; zaznaczę tylko, iż wyniki mam znacznie lepsze, niż przy stosowaniu karbolu.

Z wodnych rozczyków  $\frac{1}{4}$  do 1%, stosowanych, czy to do oczyszczenia jamy ustnej, przemywania ran po operacyach chirurgicznych wogóle przepłukiwania jamy HIGHMOR'a, przy empyematach, czy też dla dezynfekcyi narzędzi, jestem również zadowolony. Pooperacyjny przebieg we wszystkich przypadkach jest zawsze pomyślny.

Do wad solweolu ważnych zaliczę przedewszystkiem:

Niestaly stosunek części składowych, ujawniający się: a) różnym zabarwieniem płynu, otrzymywanego w opieczętowanych w fabryce butelkach i b) zmianę składu solweolu, pozostawionego na działanie powietrza i światła, przyczem ulatniają się krezole, pozostawiając kryształki krezotynianu sodu [L. NENCKI] i płyn z ciemniejszym zabarwieniem; c) wodne rozczynty świeżo przyrządzone, przezroczyste lub słabo opalizujące, już po upływie doby wytwarzają na dnie naczynia i ścianach brunatny osad krezotynianu sodu [L. NENCKI]. Widoczne tu wszędzie ulatnianie się krezolów, najważniejszych składników solweolu, każe solweol przechowywać szczelnie zamkniętym i w ciemnym miejscu, a rozczynty wodne przygotowywać zawsze świeże.

Kwestya kosztu solweolu [1 kłgr. 3 rs w Warszawskim składzie aptecznym] nie zachęca również do stosowania go na szerszą skalę w większych oddziałach chirurgicznych, szczególnie tych, które wytwarzają u siebie wodę przekroploną, gdyż 42,4 grm. solweolu potrzebne na 2 litry wody zwyyczajnej lub przekroplonej kosztują 12,6 kop., podczas gdy 50 gr. karbolu lub 1 gr. sublimatu do 2 litrów wody przekroplonej kosztuje zaledwie 4½ kopiejki [nie licząc wody przekroplonej]. Dla tej to zdaje się głównie przyczyny zaprzestano stosować solweol na klinice chirurgicznej w szpitalu Ś-go Ducha. Dogodnym jednak i tańszym może się okazać ten środek w praktyce prywatnej, gdzie kwestya wody przekroplonej wejść musi w rachubę.

Do ujemnych stron solweolu należy także i zapach pośredni pomiędzy dziegciem i karbolem, przesładujący operatora dość długi przeciąg czasu. Z powodu owego zapachu słyszałem od czasu do czasu skargi na uczucie nudności od niektórych pacjentów, stosujących dłuższy czas ¼% rozczyntu solweolu do płukania jamy ustnej. Dla tej przyczyny, zmuszony byłem dla dezynfekcyi jamy ustnej *à la longue* zarzucić solweol. Sądzę natomiast, że słabe rozczynty solweolu, jako stosunkowo silnie odkażające, powinny znaleźć zastosowanie tam, gdzie używamy rezorcyny, kwasu bornego i t. p., li tylko dla ich nietrujących i nieżrących własności, np. przy niektórych cierpieniach pęcherza moczowego, rzeżączkach, do przemywania jamy opłucnej, otrzewnej i t. p.

O drugim związku krezolów—solutolu—jako o środku tanim i silnie odkażającym, wspominał w swoim czasie kol. L. NENCKI <sup>1)</sup> zalecając go do dezynfekcyi mieszkań, dołów kloacznycy, ulic i t. p.. Z innych autorów, traktujących o solutolu, przytoczę BUTTERSACK'a <sup>2)</sup>, KOCH'a <sup>3)</sup>

1) Gazeta Lekarska. 1892. 31.

2) Arbeiten a. d. K. Gesundheitsamte. 1892. VIII. Hft. 2.

3) Berliner thierärztlich. Wochschr. 1892. Nr. 42.

### III. PRZYPADEK ROPNIA PODPRZEPONOWEGO PRZY BĄBLOWCU WĄTROBY.

Podał

**Antoni Troczewski,**  
lekarz nadetatowy szpitala.



Wincenty Pil., lat 20 wieku liczący, robotnik fabryczny, przybył do szpitala 21. VI. 1894. Chory pochodzi z rodziny, w której prawie wszyscy podlegali lub podlegają chorobom wątroby: ojciec chorego zmarł wskutek jakiejś przewlekłej choroby wątroby; siostra z powodu niewątpliwie rozpoznanego bąbłowca jamy brzusznej zmarła we wrześniu 1894, przy objawach kolosalnej puchliny brzusznej, obrzęków kończyn dolnych i t. d.; dwaj bracia chorego mają powiększoną wątrobę, przyczem jeden z nich miewa od czasu do czasu żółtaczkę. Nasz chory do końca roku zeszłego był względnie zdrow. Objawy ciężkiej choroby zaczęły występować w grudniu 1893: wśród dreszczów i wysokiej gorączki [ciepłota do 40° C.] chory zaczął się skarżyć na dotkliwie bóle w prawym boku, szczególnie w okolicy wątroby. Badał go wówczas kol. WIECZORKIEWICZ z Żychlina i znalazł lekki stopień żółtaczki, silną, umiejscowioną bolesność w okolicy wątroby i już wtedy podejrzewał tworzenie się ropnia podprzeponowego. Powyższe objawy wkrótce jednak ustąpiły, natomiast po upływie 3 tygodni kol. W. znalazł obszerne stępienie w prawej połowie klatki piersiowej od tyłu, brak szmeru oddechowego, słowem: objawy prawostronnego zapalenia płucnej. Stan taki trwał 6—8 tygodni, potem nastąpiło pewne polepszenie, tak, że chory w ciągu 5—6 tygodni chodził już do roboty, zawsze jednak skarżąc się na brak sił, utratę łaknienia, niestrawność, a nawet od czasu do czasu gorączkował.

W marcu 1894 r. stan chorego uległ znowu znacznemu pogorszeniu, lecz od tego czasu kol. W. stracił chorego z oczu i widział go dopiero d. 20. VI. 1894, t. j. w przeddzień wysłania do szpitala. Wtedy przy badaniu kol. W. znalazł: stan gorączkowy, duszność, obszerne stępienie w prawej połowie klatki piersiowej, przy próbnym zaś przekłuciu w linii pachowej, między V a VI żebrem, obecność płynu na oko surowiczego.

Chorego tego badałem w 3 dni potem w szpitalu i znalazłem stan następujący: chory wysokiego wzrostu, prawidłowej budowy, nędznie odżywiany, wychudzony, skóra blada, z odcieniem żółtawym, białkówki zlekka zażółcone. Chory skarży się na brak sił, utratę łaknienia i dojmujące bóle w całej prawej połowie klatki piersiowej i w prawym podżebrzu. Stan gorączkowy, obszerne stępienie w prawej połowie klatki piersiowej, od tyłu sięgające do kąta łopatk, od przodu do IV żebra. Na przestrzeni stępienia brak szmeru oddechowego, powyżej stępienia normalny szmer oddechowy, bez rżżeń. W prawym płucu i oplucnej zmian żadnych. Serce odsunięte nieco ku górze i na lewo. Wątroba wydaje się powiększoną, dolny jej brzeg wyczuwalny na 2—3 palce



poniżej łuku żebrowego, w okolicy jednak prawego podżebrza wypuklenia ściany brzusznej niema. Śledziona niewyczuwalna. Brzuch miękki, zapadnięty, bolesny jedynie w okolicy wątroby. Pragnąc przekonać się o obecności płynu w prawej jamie opłucnej, zrobiłem próbne przekłucie, pomimo jednak kilkakrotnych przekłuć w rozmaitych punktach na przestrzeni stępienia ani razu płynu surowiczego nie otrzymałem; natomiast po wkłuciu igłą pod VIII żebrzem, na granicy tylnobocznej powierzchni klatki piersiowej, wydobyłem  $\frac{1}{2}$  szpryki gęstej, niecuchnącej ropy.

Wobec tego najbardziej skłonny byłem do rozpoznania otorbionego wysięku opłucnowego i postanowiłem wykonać torakotomię. Dnia 25. VI. 1894 chorego zachloroformowałem i wyrezekowałem mu część VIII żebra na linii pachowej tylnej. Wtedy zaraz zwróciła moją uwagę niezwykła grubość błony opłucnej, po przecięciu której znalazłem zupełnie otorbioną jamę, objętości jąja gęsiego, wypełnioną gęstą, niecuchnącą ropą. Jamę tę przemyłem i pomimo bardzo dokładnego obejrzenia jej wnętrza nie znalazłem żadnego otworu, żadnej komunikacji ani z resztą jamy opłucnej, ani, jak podejrzewałem, z przestrzenią podprzeponową. Ze względu na ciężki ogólny stan chorego, zaniechałem na razie dalszych poszukiwań, któreby mogły rzecz wyjaśnić; jamę wypełniłem gazą jodoformową i operację zakończyłem.

Dane, otrzymane przy operacji, namaczyły przyczyny obszernej prawostronnej stępienia, przy braku wysięku w opłucnej. Sprawa przedstawiała się jeszcze ciemniejszą, gdy następnymi dniami, pomimo znakomitego stanu rany, bardzo nieznacznego ropienia i szybkiego zmniejszania się jamy, chory nie przestawał gorączkować, a ogólny stan bynajmniej się nie polepszał. Trwało to dni 9. Gdy następnego dnia przyniesiono chorego na salę opatrunkową, ze zdumieniem spostrzegłem, że opatrunek, zwykle dotąd zupełnie suchy, cały był przesiąknięty zielono-żółtą cieczą, która spływała, zlewając obficie plecy i pośladki chorego. Po zdjęciu opatrunku całą ranę i powyżej opisaną jamę znalazłem wypełnioną po brzegi szaro-żółtą, galaretowatą masą, którą zacząłem wybierać palcami; w miarę jednak usuwania jednych porcy, z głębi, z niewidzialnego dotąd źródła napływały, a raczej wysuwały się nowe, ciągnące się pasma galaretowate. Dopiero gdy nazbierała się ich prawie cała podstawka opatrunkowa, z głębi pierwotnej jamy, przez otwór, mający  $\frac{1}{2}$  ctm. w średnicy, szybkim strumieniem zaczął wylewać się płyn zielono-żółty: mieszanina ropy z żółcią w ilości około 1 litra. Skoro płyn przestał ściekać, przemyłem jamę i na tylnodolnej jej powierzchni znalazłem wymieniony wyżej otwór, prowadzący do obszernej jamy, z kierunku i położenia odpowiadającej okolicy podprzeponowej wątroby, najbardziej do tyłu posuniętej. Otwór rozszerzyłem i do jamy wprowadziłem gruby sączek gumowy. Badanie chemiczne płynu wykazało obecność żółci, badanie drobnowidzowe obecność ropy i błony swojej białawca.

Dalszy przebieg choroby pomyślnym nie był: stan gorączkowy wprawdzie bezpowrotnie ustąpił, z przyczyny jednakże niezmiernie obfitego wydzielania się płynu żółciowego przez ranę zewnętrzną i braku udziału żółci w sprawie trawienia [na co wskazywały niezabarwione wypróżnienia] powstał wciąż wzrastający

upadek siły wychudzenie chorego. Pomimo wszelkich sposobów odżywiania — jakkolwiek w ciągu ostatnich kilku tygodni wydzielina żółciowo-ropna znacznie się zmniejszyła, a rana pomyślnie zablizniała — chory, po dwumiesięcznym blisko pobyciu w szpitalu, zmarł 16 sierpnia przy objawach charłactwa i upadku sił. Badanie pośmiertne dokonane być nie mogło.

W przypadku powyższym widzieliśmy zatem bąblowca wątroby, który uległ zropieniu i spowodował ropień podprzeponowy.

Rozpoznanie to, wskazując na zasadnicze cierpienie i najbliższe następstwo tegoż, nie wyjaśnia nam jednak całkowicie całego przebiegu choroby wraz z jej niewytlómaczonymi dotąd objawami, do których zaliczam: obszerne stępienie w prawej połowie klatki piersiowej od tyłu i obecność otorbionego ropnego wysięku w dolnej części prawej opłucnej.

Dla rozstrzygnięcia powyższego posłużyć nam mogą dane, zaczerpnięte z wywiadów. Chory ciężko zaniemógł w grudniu 1894 r., niewątpliwie jednak dawno przedtem rozwinął się już bąblowiec wątroby, umiejscowiony na górno-tylnej powierzchni prawego jej płata i w miarę wzrostu swego posuwał się ku górze, wypuklając coraz bardziej przeponę i uciskając na dolną powierzchnię prawej jamy opłucnej. Ten ciągły i wzrastający ucisk musiał prawdopodobnie silnie drażniąco wpływać na samą opłucną, co, przy innych sprzyjających warunkach, wywołało zapalenie tej błony, z ostrym przebiegiem i zapewne z wysiękiem [sądzę, że miało to miejsce w grudniu 1894], jak to potwierdza zresztą rezultat badania, dokonanego wówczas przez kol. W.. Po przejściu ostrego okresu wysięk mógł uleść wessaniu, a natomiast wytworzyły się liczne zrosty opłucnej z płucem i otorbione przestrzenie, z których jedna powstała w dolnej części jamy opłucnej. Do tej to otorbionej przestrzeni, jak przypuszczam, w następstwie, gdy bąblowiec coraz bardziej się powiększał i uległ zropieniu, musiało nastąpić, wskutek przedziurawienia przepony, ulanie się małej cząstki zawartości bąblowca, która też wywołała ropienie. Tym sposobem powstał ów ograniczony ropień w jamie opłucnej, znaleziony przez nas przy operacji. Że takich otorbionych przestrzeni w prawej jamie opłucnej musiało być więcej, że w niektórych z nich od czasu do czasu powtarzał się proces wysiękowy, wskazuje na to obszerne stępienie od tyłu, które nie zniknęło po całkowitem opróżnieniu na zewnątrz bąblowca, jak również i to, że kol. W. jeszcze na kilka dni przed zapisaniem się chorego do szpitala otrzymał przy próbnym przekłuciu płyn surowiczy.

W końcu zaznaczyć mi wypada, że właściwe i pewne rozpoznanie w przypadku opisanym postawić mogłem dopiero po operacji, gdy nastąpiło samoistne opróżnienie nazewnątrz ropnia podprzeponowego. Jak zaznaczyłem wyżej, już w początkach choroby kol. W., a później i ja przypuszczaliśmy wciąż możliwość tworzenia się ropnia podprzeponowego, mając na uwadze to, że choroba zaczęła się niewątpliwie od cierpienia wątroby, że okolica jej szczególnie była bolesną, a sama wątroba znacznie odepchniętą ku dołowi. Przyznać jednak trzeba, że rozpoznanie w naszym przypadku było trudne.

Kol. KłJEWSKI w pracy swej „O ropniach podprzeponowych“, drukowanej w Gazecie Lekarskiej 1894 r., szczególny kładzie nacisk na niezmiernie wa-

zne dane, otrzymywane przy opukiwaniu klatki piersiowej, mianowicie: na charakterystyczny kierunek krzywej linii stłumienia, w kształcie półksiężyca, wypukłego ku górze, jak również na obrzmienie i wypuklenie okolicy odpowiedniego podżebrza. Bezspornie są to objawy w sprawie rozpoznawania bardzo cenne, tych jednak objawów w naszym przypadku nie było; przeciwnie, krzywa linia stłumienia odpowiadała raczej tej, jaką otrzymujemy przy wysiękach opłucnej, co też i tłómaczy się zapalnym stanem tej błony u naszego chorego. Brak wypuklenia podżebrza pochodził prawdopodobnie stąd, że ropień wytworzył się w najbardziej ku tyłowi posuniętej okolicy podprzeponowej wątroby.

Przy rozpoznawaniu zatem ropni podprzeponowych, zdaje mi się, należy mieć również na uwadze możliwość jednoczesnego istnienia wysięków opłucnowych, co, jak wiemy, zdarza się dość często; powtóre na umiejscowienie ropnia w przedniej lub tylnej części okolicy podprzeponowej. Okoliczności te, jak widzieliśmy w naszym przypadku, znacznie zacierać mogą charakterystyczne cechy rozpoznawcze.

*Kutno, 12. X. 1894.*

---

## NOTATKI LEKARSKIE.

### 3. Przypadek powierzchownej miejscowej zgorzeli pochodzenia uciskowego.

W dniu 2 maja 1394 r. na oddział kol. CHEŁCHOWSKIEGO przywieziony został w stanie nieprzytomnym 23-letni Józef Ad., leczony od tygodnia na zapalenie płuc. Od krewnych dowiedziano się, że chory był zawsze bardzo nerwowym i nałogowym, że niedawno miał przykre przejście moralne i wkrótce potem w nocy z dnia 30 kwietnia na 1 maja zaczął nagle majaczyć, rzucać się, wymyślać i bić otaczających. Przy badaniu stwierdzono w prawym płucu sprawę zapalną, nadto gorączkę, niepokój, oraz istnienie przelotnych skurczów mięśni kończyn dolnych i karku. Ponieważ chory za nadejściem nocy zachowywał się coraz gwałtowniej, nałożono więc nań kaftan, przy zdjęciu zaś tegoż zauważono dnia następnego, iż prawa kończyna górna jest mocno obrzmiała, sinawa, znieczulona, bezwładna i chłodna. Pomimo to jednak i nocy następnych nie obyło się bez kaftana; tymczasem stan miejscowy na kończynie pogarszał się coraz wyraźniej, a potrzeba współdziałania chirurga stawała się niezbędną. Dnia 14-go tegoż miesiąca współ z kol. CRECHOMSKIM i ZYLBERMANEM stwierdziliśmy przy oględzinach chorego stan następujący: osobnik nieprzytomny, wychudły, budowy prawidłowej, gorączka nie wysoka, tętno w chorej kończynie ledwie wyczuwalne, źrenice mocno rozszerzone, na prawym łokciu i na krzyżu znajduje się umiarkowanych rozmiarów odleżyna; prawa kończyna górna. zwieszona bezwładnie, jest mocno obrzmiała, zwłaszcza w dolnej połowie ramienia i w górnych  $\frac{2}{3}$  przedramienia. Dłoń blada, zimna, znieczulona zupełnie, zawiera na swej powierzchni grzbietowej krwawe wylewy podskórne; w tym mniej więcej stanie znajduje się też i dolna część przedramienia, górna

zaś większa część tegoż przedstawia, przeważnie po stronie zginaczy, wybitne cechy rozpoczynającej się zgorzeli wilgotnej warstw powierzchniowych, a więc: obniżenie tamże ciepłoty, ciemno-fioletowe zabarwienie skóry, mniej lub więcej rozległe czarne *plaques*, gdzie niegdzie owrzodzenia, oraz pęcherze, wypełnione mętną, surowiczo-krwawą cieczą. Powyżej, na dolnej części ramienia ciągnie się pas, szeroki na trzy palce, gdzie objawy zgorzeli mniej są wydatne, wyżej zaś jeszcze, sięgając po za miejsce przyczepu mięśnia naramiennego (*m. deltoideus*), kończyna jest gorąca, a skóra — czerwona i na ucisk nader wrażliwa. W stawie ramieniowym — ruchy zachowane.

Wobec tak poważnych warunków przystąpiono bezwzględnie do wykonania odpowiedniego zabiegu: po starannem więc wyciuciu kończyny poprowadzono na najbardziej zmienionych miejscach rozmaitej długości cięcia, z tych — dwa na dłoni, pięć na przedramieniu i trzy na ramieniu, na którym to ostatniem, sądząc z zachowania się chorego, czucie zachowane zostało. Z ran wyciekał ciemnawy, z krwią zmieszany, gdzieniedzie ropiasty, posokowaty płyn w ilości obfitej; po wytamponowaniu owej wydzieliny, obmyciu ręki w roztworze kwasu karbolowego, pokryciu teje gazą i płatami, zmoczonymi w kwasie, nałożono lekko uciskającą opaskę. Wieczorem — ciepłota 38° C.

Już nazajutrz przy zmianie opatrunku mogłem być stwierdzić dużą miejscową poprawę. Kończyna znacznie stęchła, czucie w wielu miejscach wróciło, obfita, lubo nie cuchnąca, wydzielina nie była już tak ciemno zabarwioną. Zresztą w stanie ogólnym zmian nie widziałem żadnych. I dni następnych przebieg operacyjny rozwijał się pomyślnie; po otworzeniu bowiem znajdujących od czasu do czasu ropnych zatok, po stopniowo dokonywanem wycięciu zmartwiałych wysepek skóry i powierzchniowych warstw mięśni, rany już w końcu czerwca zaczęły się pokrywać ziarniną, w lipcu podgoiły się, jednocześnie zaś prawie chory uspokajał się coraz bardziej, jadał chętniej i sypiał lepiej. W pierwszych dniach września otrzymano zagojenie doszczętne, a w połowie tegoż miesiąca chory przytomność odzyskał, zachowując o przebytych cierpieniach niewyraźną, niby przez sen, pamięć. Gdy na początku listopada odwiedziłem chorego, zastałem go w pełni sił z kwitającym wyrazem na twarzy. Miejscowo, prócz rozległych blizn i zgięcia kończyny w łokciu prawie pod kątem prostym, zauważyłem wprawdzie pewne objawy porażenia nerwu promieniowego, objawy te jednakże, jak zapewnili mnie opiekujący się chorym koledzy, pod wpływem elektryzacji i mięsienia zmniejszają się stale i spodziewać się przeto należy, że chory w przyszłości z ocalonej kończyny użytek przy pracy mieć będzie.

Przypadek powyższy niezależnie od osobliwości przebiegu, o ile zdaje mi się, pod innym jeszcze względem nie jest pozbawiony znaczenia. Przekonywamy się, że nałożenie kaftana unieruchamiającego stanowi rękoczyn nie zupełnie dla ustroju obojętny. Że w danym przypadku nakładano kaftan z zachowaniem wszelakich ostrożności, o tem ani na chwilę nie śmiem powątpiewać; że jednak i wtedy ów chory paranoik mógł jeszcze miotać się, jest to więcej, niż pewne. Szamotanie się zaś zacisnęło bardziej jeszcze krępujące więzy, co przy zmniejszonej odporności życiowej, właściwej chorym umysłowym, wywołać

musiało groźne zaburzenia w krwiobiegu chorej kończyny. Niejednokrotne zatem sprawdzenie położenia i stanu skrępowanych w kaftanie członków uważałbym za rzecz konieczną i prawie niezbędną.

*Kuzimierz Niedzielski.*

#### 4. Przypadek śpiączki historycznej.

Dnia 30 grudnia r. z. wezwany zostałem do znajomej mojej, panny S. G., 23 lat mającej, uczenicy szkoły dentystycznej w Warszawie. Panna G. w dniu moich odwiedzin przygotowywała się do ostatniego egzaminu.

Chorą zastałem w łóżku, rozmawiającą wesoło z otoczeniem i na pierwszy rzut oka nie zdradzającą żadnego cierpienia.

Znam od lat kilku pacjentkę i z wywiadów wiem, że w rodzinie jej tylko matka miewa od czasu do czasu jakieś „spazmy“. Zresztą cała rodzina panny G. nie przedstawia żadnych upośledzeń, ani dziedzicznych, ani nabytych. Sama pacjentka [prócz bólów reumatycznych] nigdy nie chorowała.

Obecna choroba polega, według słów pacjentki i jej otoczenia, na tem, iż od pięciu dni chora zapada kilka lub kilkanaście razy dziennie na śpiączkę. Rano, np. o godzinie 8-ej lub 9-ej, po dobrze przespanej nocy, a więc w porze najmniej odpowiedniej, chora ucuwa od razu gwałtowną potrzebę snu; powtarza się to po umyciu się i ubraniu, podczas śniadania, pracy, rozmowy i t. d.. Senność ta staje się w jednej chwili tak silną, że chora czuje się zmuszoną przerwać zajęcie i położyć się. Położywszy się, natychmiast prawie zasypia. W czasie snu występują halucynacje, przyczem chora bezustannie bredzi. Wskazuje jakieś urojone osoby, które niby ją prześladowają, każe je wypędzać z pokoju, widzi zwierzęta, niepokojące ją, jęczy, płacze, uskarża się na urojone bóle. Zdaje jej się, że po całym ciele łążą owady [pająki, muchy, liszki], które każe sobie zdejmować to z twarzy, to z rąk, to z piersi, lub zgania je sama rękami. Halucynacje te wywierają na chorą wpływ przygnębiający i męczący. Działają one nieprzyjemnie na otaczających, tak, że najczęściej chorą ktoś ze snu budzi. Po przebudzeniu chora czuje się dobrze. O tem, co we śnie widziała, nie ma najmniejszego pojęcia. Sensacje jednak, doznawane na skórze, często trwają w dalszym ciągu, i chorej się zdaje, że np. pająk łązi jej po twarzy, stara się go usunąć, przyczem doznaje uczucia swędzenia i drapie się, zostawiając nawet na skórze ślady drapania. Czas czuwania trwa jednak niedługo. Po półgodzinie, lub godzinie napada na nią ponownie senność, przyczem chora, jak poprzednio, od razu zasypia.

Ten nowy sen jest powtórzeniem dopiero co opisanego.

Takich napadów śpiączki chora miewa po kilka lub kilkanaście razy dziennie. Czas wolny od napadów zazwyczaj bywa pomiędzy godziną 12-ą ; 4-ą po południu. Zresztą napady powtarzają się co godzina lub częściej. Chora może być najweselej usposobiona, wśród śmiechu, pracy, jedzenia i t. p. od razu doznaje potrzeby snu i natychmiast zasypia. Nawet podczas egzaminu, stojąc przed egzaminatorem i odpowiadając na zadawane pytania, ucuwa chora nagle potrzebę snu i to do tego stopnia silną, że nawet przy takiej emocyi, jaką sprawia egzamin, nie może powstrzymać się od słów: „jak mi się spać

chce!... i gdyby nie prędkie zakończenie egzaminu, zasnęłaby, stojąc, jak mi to sama później opowiedziała.

Będąc u chorej nie dłużej nad godzinę, byłem świadkiem dwóch napadów, które nastąpiły wśród wesołej rozmowy z otaczającymi. Chora, rozmawiając, urywała zdanie i zasypiała. Cechy snu, podane powyżej, stwierdziłem naocznie. Podczas snu tętno było prawidłowe, źrenice normalne, wymowa podczas bredzenia wyraźna. Obudzić chorą ze snu czasami jest dość trudno, czasami atoli wystarcza głośne zawołanie po imieniu.

Nazajutrz po mojej wizycie przedstawiłem chorą D-rowi GAJKIEWICZOWI, który łaskawie zbadał pacjentkę i obiektywnie nie znalazł, prócz lekkiego znieczulenia rogówek, żadnych objawów chorobowych.

W opisanym zatem przypadku mamy do czynienia z rzadką postacią hysterii.

Po zastosowaniu bromu do wewnątrz i nacierani z zimnej wody, powtarzanych codziennie rano, śpiączka po kilku dniach ustąpiła.

H. Gotard.

---

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

---

### 13. P. Grützner [Tybinga]. Przyczynek do fizjologii ruchów kiszek.

Wsysanie się płynów, wprowadzonych do prostnicy, odbywa się, według ogólnie przyjętego zdania, li tylko *in loco*, gdyż zastawka BAUINNA ma stanowić nieprzepartą przegrodę do wznoszenia się owych cieczy do wyższych odcinków jelit. Autor jest innego zdania, opierając się na faktach, że małe ilości zabarwionych płynów, wprowadzone do prostnicy [przez odbył] psów głodzonych, były znajduwane po pewnym przeciągu czasu w innych odcinkach jelit, a nawet w żołądku. Dla przekonania się o ruchach cząstek pokarmowych w kiszki przedsięwziął autor szereg doświadczeń: mieszanek, składającą się z równych ilości mielonego węgla i roztworu [0,6%] soli kuchennej, wprowadzał przez odbył zwierzętom, uprzednio przez 24 godziny głodzonym. W cztery do sześciu godzin potem zabijał zwierzęta i przekonał się, że w prostnicy cząsteczek węgla już nie ma, natomiast widać je w całym jelicie cienkim, a głównie w żołądku. Jeśli zwierzę nie było głodzone przez dobę, lub jeśli w przewodzie pokarmowym jego znajdowało się jeszcze nieco resztek pokarmów, uprzednio spożytych, to cząsteczki węgla nie wznosiły się nigdy dość wysoko, czyli ruch ich ku górze był jakby powstrzymany.

Wyniki doświadczeń na ludziach były także same: w kilka godzin po wlaaniu do prostnicy mieszaniny krochmalu z roztworem soli kuchennej [250 ctm.] można było wykazać cząsteczki krochmalu w zawartości żołądkowej. Inne ciała, jak: trociny, pokrajane drobno włosy końskie, ziarenka maku, wędrowały w podobny sposób przez całą długość przewodu pokarmowego.

Następnie zadał sobie autor pytanie: czy w tym lub owym odcinku kiszek może mieć miejsce współczesne posuwanie się cząstek pokarmowych na dół i do

góry? W tym celu wprowadzał G. szczurom do żołądka pokrajane włosy białe, do odbytnicy zaś czarne, a po upływie pięciu godzin zabijał zwierzęta, przyczem okazało się, że czarne włosy powędrowały do kiszek cienkich i do żłądka, białe zaś, w części zmieszane z czarnymi, zdążyły opuścić się już do części jelita biodrowego.

Jaka jest przyczyna powyższych zjawisk? Autor widzi ją w chemicznych własnościach płynów, którymi przepojone są, lub w których zanurzone są ciała wprowadzane do przewodu pokarmowego. Gdy bowiem wprowadzał zwierzętom do odbytnicy włosy, które leżały poprzednio dłuższy czas w soku żołądkowym lub w słabym roztworze kwasu solnego, nie zauważył wędrówki ich do wyższych od-cinków jelit; podobnie jak kwasy, wpływały roztwory chlorku potasu [0,6%] i woda. Ilekroć zaś ciała stałe zanurzone były w roztworze soli kuchennej, zjawiały się ruchy przeciwrzecznicowe i cząsteczki tych ciał unosiły się w górę.

Na taką szczególną własność soli sodowych i działanie ich na warstwę mięśniową kiszek zwrócił już dawniej uwagę NORTHAGEL, a mianowicie: zauważył on, że jeśli położyć kryształek chlorku potasu na kiszce [królika], wówczas kiszka ściąga [kurczy] się pierścieniowato dookoła kryształu; jeśli zaś położyć kryształ soli kuchennej, to kurczenie się kiszki rozszerza się na kilka centymetrów wzdłuż i głównie w kierunku odźwiernika żołądka. W doświadczeniach autora różnica polegała na tem, że roztwór soli działał przeważnie na *muscularis mucosae* kiszki i przytem na znacznej przestrzeni. Ciekawą jest okoliczność, że drobne cząsteczki wprowadzonych przez odbytnicę ciał unosiły się w górę nawet wówczas, gdy w kierunku pierwszym [z góry na dół] opuszczały się znaczne ilości kału; główny prąd, t. j. zwykły ruch robaczkowy dotyczy środkowej części światła kiszek, słaba zaś antyperystaltyka—obwodowej, inaczej przyściennej.

Opisane wyżej doświadczenia tłumaczą nam jasno fakt, spostrzegany przez VOIT'a i BAUER'a, a następnie przez EICHHORST'a i innych, że, jeśli wprowadzimy psu wygłodzonemu do prostnicy biało z jaja kurzego, to ono nie ulegnie wesaniu, dopóki nie dodamy do niego małej choćby ilości soli kuchennej.

Zastanawia się wreszcie autor, jaki jest cel tej antyperystaltyki, i przypuszcza, że jest nim jak najdokładniejsze spożytkowanie i przetrwanie składowych części pokarmów.

(*Deutsch. med. Woch.* 48, 1894).

W. Żurakowski.

#### 14. Prof. v. Hacker. Przyczynek do wtórnego szwu nerwowego.

Dziewięcioletni chłopiec zranił się szkłem w górną część ramienia lewego w okolicy *sulcus bicip. internus*. Po zagojeniu się rany chory spostrzegł, że nie jest w stanie władać dokładnie ręką i przeto zapisał się do szpitala, gdzie stwierdzono następujące zbroczenia: Pod bliźną [na ramieniu] wyczuwa się bolesny, twardy guz, wielkości ziarnka bobu; mięśnie przedniej powierzchni przedramienia, kłębu palucha i przedramienia, jakoteż mięśnie międzykostne są w stanie zaniku. Dłoń ułożona w rozgięciu promieniowem; palce — zgięte w stawach międzyczłoneczkowych I i 2-im, rozgięte zaś w stawach dłoniopalcowych. Ruchy palców znacznie utrudnione; ruch nawrotny ręki niemożliwy; ruch ksobny i zginanie palu-

cha są ograniczone; chory nie może nadto rozstawić i skupiać należycie palców, oraz zginać dłoni w kierunku promieniowym i łokciowym. Pobudliwość elektryczna nerwu środkowego i łokciowego zmniejszona.

Na podstawie powyższego rozpoznano porażenie w zakresie obu rzeczonych nerwów i przystąpiono do operacji w trzy miesiące po skaleczeniu się chłopca. Po wycięciu blizny autor dotarł do opisanego wyżej guzika, który, jak się okazało, należał do nerwu łokciowego, nadmiernie w swym przebiegu zgrubiałego; widocznie więc nerw łokciowy był nie zupełnie przecięty i w miejscu skaleczenia utworzyła się blizna. Następnie odnalazł autor końce przeciętego w poprzek nerwu środkowego, między końcami odległość wynosiła 10 ctm; starał się zbliżyć ich do siebie, co tylko po części udało mu się to skutecznie, gdyż zbliżył je na odległość 4—5 ctm.

Dla zupełnego jednakże zbliżenia ich wykonał wyciąganie obu odcinków, poczem nałożył szwy [3] na okrwawione brzegi nerwu. Po przebiegu pomyślnym chłopiec wypisał się z zagojoną raną w trzy tygodnie, lecz uczęszczał jeszcze bardzo długi czas do ambulatoryum, gdzie go elektryzowano.

W 1<sup>3</sup>/<sub>4</sub> roku chłopiec badany był szczegółowo przez D-ra FRANKL-HOCHWARTT'a, który znalazł znaczną poprawę, szczególnie w obrębie mięśni unerwionych przez nerw środkowy. W 4 lata z górą od chwili operacji D-r CHWOSTEK określił stan chłopca w następujący sposób: istnieje osłabienie mięśni unerwionych przez nerw łokciowy i środkowy, lecz osłabienie pierwszych jest znacznie wybitniejsze, podczas gdy czynność drugich prawie nie różni się od prawidłowej. Toż samo tyczy się pobudliwości elektrycznej obu nerwów i mięśni przez nich unerwionych.

Na podstawie opisanego przypadku autor wnioskuje, że wynik, otrzymany po nałożeniu szwu na przecięty nerw środkowy, należy uważać za trwały, ze względu na minionych 4<sup>1</sup>/<sub>2</sub> lat, i dla tego poleca dokonywanie operacji w podobnych przypadkach z zastosowaniem, w razie potrzeby, wyciągania odcinków nerwu. Powtóre, regeneracja nerwu, którego odcinki zostały zszyte, odbywa się daleko szybciej i dokładniej, aniżeli gojenie samoistne częściowo przeciętego nerwu

(*Wien. klin. Woch.* 42. 1894).

W. Żurkowski.

### 15. D-r Rudolf Trzebicky Doświadczenia z teukryną.

Zachęcony wynikami, jakie ogłosił MOSERIG o leczeniu miejscowem gruźlicy za pomocą teukryny, szczególnie w przypadkach ropni zimnych i ropiejących limfomatów gruźliczych, autor poświęcił rok czasu na stosowanie tego środka według wskazówek samego MOSERIG'a, a mianowicie: wstrzykiwał 3 gm. teukryny pod skórą w najbliższym sąsiedztwie ogniska chorobowego.

Pozostawiając szczegółowy opis spostrzeganych przypadków na przyszłość, autor dzieli się z czytelnikami ogólnym poglądem, jaki sobie wyrobił na wyżej wzmiankowany środek leczniczy, a który nie zadowolnił autora w tej mierze, co MOSERIG'a.

Po każdym wstrzyknięciu teukryny zjawia się miejscowo tak dotkliwy ból, blisko godzinę trwający, że chorzy wzbraniają się przed powtórnem zostosa-



niem jej. Po wstrzyknięciu ciepłota ciała podnosi się szybko, osiągając w przeciągu 4 — 8 godzin szczytu [przeciętnie 39° C], z którego spada stopniowo i powoli; gorączce zwykle towarzyszyły wstrząsające dreszcze i przyspieszone tętno. Ogólnie chorzy czuli się niedobrze: ból głowy, wzmożone pragnienie, uczucie osłabienia i rozbicia trwały niekiedy kilka dni, a często były jedynym wyrazem działania teukryny, podczas gdy w ognisku chorobowym zmian nie można było dostrzedz.

Materyał, jaki posłużył autorowi do badań, podzielony został na następujące działy: 1) Ropnie zimne: działanie teukryny w tych przypadkach polegało, prócz odczynu ogólnego, na obrzmieniu, zaczerwienieniu i bolesności skóry, pokrywającej ropień; zwykle po 2—3 dniach ropień otwierano; wypływała z niego gęsta ropa, a później wydzielaly się zgorzelinowe strzępy, poczem rana zaczęła się wypełniać dobrą ziarniną, wreszcie goiła się doszczętnie; lecz wyniki takie były dość rzadkie; daleko częściej zostawały przetoki, lub też ziarnina, po pewnym czasie nabierała własności owej bladej, grzybowatej, łatwo krwawiącej tkanki. tak typowej dla sprawy gruźliczej. Bywały wreszcie i takie przypadki, w których miejscowego, zbawionego wpływu teukryny na sprawę gruźliczą nie było ani śladu. 2) Limfomaty gruźlicze poddawano leczeniu teukryną tylko w tych przypadkach, w których stwierdzić się dawało ropienie. Tak tutaj, jak i w dziale trzecim 3) — owrzodzeniach gruźliczych skóry, ziarninach gruźliczych na świeżych bliznach — polepszenie, względnie wyleczenie, było dość rzadkie, natomiast nawrotny — częste. 4) Na sprawę gruźliczą w kościach innego wpływu, prócz wzmożonego wydzielania się ropy, przy zastosowaniu wstrzykiwań teukryny autor nie widział.

Jednem słowem, TRZEBICKY streszcza swoje zapatrywanie w ten sposób: nie można zaprzeczyć w wielu przypadkach dodatniego wpływu wstrzykiwań teukryny na tkankę gruźliczą. Na nieszczęście jednak owo działanie jest często krótkotrwałe i przejściowe i nie zabezpiecza od nawrotów. W każdym razie dalsze próby są pożądane.

(*Wien. kl. Woch.* 43. 1894).

W. Żurakowski.

## 16. Rosenberg. O nowym sposobie narkotyzowania.

Porażenie serca i czynności oddechowej pod wpływem chloroformu lub eteru zależy od podrażnienia, odruchowo przeniesionego z zakończeń obwodowych nerwu trójdzielnego w błonie śluzowej nosa na włókna nerwu błędnego, tamującego działalność serca, oraz na ośrodek oddechowy w rdzeniu przedłużonym. Fakt powyższy stwierdzony został niejednokrotnie doświadczeniami na zwierzętach.

Te gwałtowne przypadki śmierci po kilku wdechaniach chloroformu, które przypisywane są wrażliwości ustroju, zależą właśnie od przytoczonego podrażnienia odruchowego nerwów hamujących. Za pomocą jednak znieczulenia kokainą błony śluzowej nosa uniknąć można owego niebezpiecznego odruchu, co również stwierdzono na drodze doświadczalnej. Znieczulenie błony śluzowej nosa osiąga się najlepiej za pomocą 10% roztworu kokainy, a to przez wpuszczenie do każdego otworu nosa po 0,02 płynu, a po trzech minutach jeszcze po 0,01 i rozpoczyna się narkozę chloroformem.

Ogólna zatem ilość kokainy, podanej przed narkozą, wynosi 0,006; znieczulania kokainą powinno być powtarzane [w dawce 0,04 płynu] przy dłużej trwających rękoczynach co pół godziny i przy końcu każdego najkrócej nawet trwającego rękoczynu. Niestychaną również wartość posiada sposób podawania chloroformu kroplami, tego też sposobu wyłącznie używać należy.

Zalety podanego przez autora sposobu są następujące:

1-o Początek narkozy nie sprowadza nigdy chorem uczucia przykrego, wyrażającego się często w ruchach obronnych. 2-o Okresu pobudzenia niema w wielu przypadkach, we wszystkich natomiast, a zwłaszcza u pijaków ogranicza się on do *minimum*. 3-o Wymioty podczas narkozy należą do rzadkości; jeśli się jednak przytrafia, przebiegają nader łagodnie. 4-o Narkoza nie pozostawia po sobie ani śladu przykrego uczucia nudności, ani nieomagania ogólnego.

(*Deut. med. Wechscht. 50. 1894*).

W. Łapiński.

### 17. D-r Benno Lewy. Rhinitis acuta u dzieci.

Nieżył błony śluzowej nosa bardzo mało budzi zajęcia w świecie lekarskim dla tego tylko, że cierpienie to drobne i nigdy złych następstw u dorosłych nie wywołuje. Wobec wielkiej przytem skłonności wszystkich ludzi do kataru, jest on powszechnie znany i wedle panujących ogólnie pojęć, medycyna „nie posiada na to skutecznego lekarstwa.“

Jeżeli słowa powyższe, jak aforyzmy szanowane, słuszne są, gdy chodzi o osobników dojrzałych, to inaczej, co do przebiegu, rokowania, a nawet interwencji terapeutycznej, przedstawia się rzecz ta u dzieci, a szczególnie u noworodków; nie pozbawioną zajęcia przeto wydaje się nam podana powyżej praca LEWY'ego, wyczerpująco omawiająca tę sprawę.

Mianem „ostrego nieżytu nosa“ oznaczamy zarówno cierpienia idyopatyczne, czyli samodzielne, błony śluzowej nosa, jakoteż i wtórne, które spostrzegamy przy rozmaitych ostrych gorączkowych wysypkach i innych chorobach, jako to: przy odrze, różyczce, płonicy, koklusz, influenzy, zapaleniu migdałków, a nawet przy różycie twarzy. Nawet ospa i dyfteryt umiejscawiają się niekiedy w nosie.

Nieżył idyopatyczny objawia się w 4 postaciach:

1. *Rhinitis acuta fibrinosa seu pseudomembranacea* [pierwotny krup nosa].
2. *Rhinitis acuta purulenta*.
3. *Rhinitis phlegmonosa seu abscedens*.
4. *Rhinitis acuta simplex, coryza acuta*.

Przyczynę drugiej postaci (*r. purulenta*) mają być gonokokki, wnikające do nosa noworodka podczas porodu. MOLDENHAUER i CREDÉ przeczą jednakże tej przyczynowości, a kwestya ta dotychczas pozostaje nierozstrzygniętą.

Przy *rhin. fibrinosa* BAGINSKY i CONCETTI znajdowali niekiedy laseczniki dyfterytyczne, inni autorzy naprózno ich szukali.

Przyczynę *rhin. phlegmonosae* są stafylokokki i streptokokki, jak przy wszelkich zapaleniach ropnych.

Najmniej jasną i znaną jest przyczyna *coryzae*, zwykłego śluzowego nieżytu nosa. Przeziębienie, ta popularna przyczyna kataru, nie może ulegać wątpliwości; widzimy bowiem to ciągle i stwierdzamy zwiększanie

się ilości katarów na wiosnę i jesień, kiedy temperatura najbardziej jest zmienną. Noworodki zaraz po urodzeniu najbardziej są narażone na wpływ przeziębienia; opuszczają bowiem łono [40°] matki, a po urodzeniu nie zawsze znajdują stosowną opiekę [leżą nieprzykryte, cuci się je zimną wodą i bujaniem w zimnem powietrzu; kąpiel nie dosyć ciepła, chrzest w zimnym kościele i t. p.].

Kurz, para, drażniące odory i t. p. mogą też wywołać katar; lecz u dzieci przyczyny te mniejszą grają rolę, gdyż osobniki te rzadko znajdują się pod ich wpływem.

Kwestya zaraźliwości kataru, w którą publiczność powszechnie wierzy, nie jest bezwzględnie rozstrzygniętą; usiłujemy sprawdzić bardzo często przypadki udzielania się nieżyty wszystkim członkom danej rodziny, nie wiadomo atoli, czy w tych przypadkach nie ma się do czynienia z usposobieniem wspólnem i przyczyną jednakową [zimne, wilgotne mieszkanie, wyziewy i t. p.].

Okres utajenia *coryzae* trwa od kilku godzin do kilku dni. Pomimo przypuszczenia, że przyczyną choroby jest *contagium vivum*, nie udało się dotychczas ani REICH'owi, ani KLEBS'owi, ani ERIEDREICH'owi wyosobnić go i stwierdzić jego istnienie za pomocą przeszczepienia na zwierzęta.

Anatomiczne zmiany przy *coryza* polegają na zapalnym przekrwieniu błony śluzowej i nacieku tkanki łącznej tejże błony okrągłymi komórkami. Oddzielne postacie chorobowe odznaczają się swoistym wypływem, którego odczyn jest alkaliczny, wskutek czego nozdrza i wargę górną silnie się czerwienią, obrzmiewają i zostają nadżarte.

Bóle głowy i zębów, występujące u dorosłych przy katarze, rzadko się zdarzają u dzieci, prawdopodobnie wskutek słabego jeszcze rozwoju zatok czołowych w tym wieku.

Utrata powonienia podczas kataru, tak przykra dla dorosłych, nie ma znaczenia u dzieci. Najcieższe natomiast objawy powstają wskutek obrzmienia błony śluzowej i zatkania już z natury wązkich przewodów nosowych. Skutkiem tego oddechanie bywa mocno utrudnione, a nawet napady duszności występują, szczególnie podczas snu. Dzieci śpią wtedy z otwartymi ustami, które wysychają, a wargi pękają. Podczas ssania noworodek nie może oddechać przez nos, puszcza zatem często pierś i zniechęca się do ssania, tak, iż niekiedy trzeba sztucznie go odżywiać za pomocą kateteru, wprowadzonego do żołądka. Z powikłań kataru zaznaczyć należy nieżyt oskrzeli i kataralne zapalenie ucha średniego; prócz tego zdarza się także nieżyt gardzieli i obrzmienie adenoidalnej tkanki jamy nosogardzielowej.

Rozpoznanie nieżyty nosa u dzieci jest bardzo łatwe; przy *r. pseudomembranacea* powstają cienkie charakterystyczne błonki; przy *r. phlegmonosa* — mały ropień najczęściej na przegrodzie nosowej, przy *r. simplex* należy pamiętać o możebności obcego ciała w nosie, o syfilisie i o chorobach zakaźnych [odrę, różyczce], mogących się następnie rozwinąć, a których pierwszym objawem jest nieżyt nosa.

Pewnych środków leczniczych nie posiadamy. Zalecamy przeto stosowne zachowanie się chorego i dokładne smarowanie nosa i wargi górnej maścią z kwasu bornego i wazeliny. Na zmniejszenie obrzmienia błony śluzowej stosujemy

pędzlowania 1% rozczynek kokainy [jedna kropla na wacie wprowadza się do nozdrzy i naciskaniem noska wyciska się płyn z tamponiku], lub 3 — 5% rozczynek mentolu. Można także wdmuchiwać do nosa proszek, złożony z 0,1 kokainy, 0,1 mentolu i 10,0 *sacch. lactis*.

Zapobiegawcze działanie ważniejszym jest, niż lecznicze. Należy przyzwyczajać dzieci do chłodniejszego powietrza, obmywać ich ciało zimną wodą, wychodzić codziennie z starszymi dziećmi na przechadzkę, zwalczać żoły i limfatyczne usposobienie, usuwać na drodze operacyjnej narośle adenoidalne.

Przy *r. acuta purulenta* poleca BRÆSGEN *sozojodol-natrium*, inni przemycanie nosa letnią wodą z następnym zastrzykiwaniem proszku (*Argen. nitrici* 1.0 *Talci* 20.0). [Sprawozdawca z pożytkiem stosuje wdmuchiwanie czystego dermatolu]. Przestrzykiwanie nosa u dzieci należy robić bardzo ostrożnie, w siedzącej pozycji dzieci [nigdy w leżącej] i z małą siłą; łatwo bowiem zastrzyknąć płyn przez trąbki EUSTACHIUSZA do ucha średniego.

Leczenie *r. phlegmonosae* jest czysto chirurgiczne. W początkach pęcherz z lodem, przestrzykiwanie zimną wodą, następnie, gdy wystąpi chęłbotanie—przecięcie małego ropnia, które z powodu niepokoju dzieci wypada robić pod chloroformem.

Objawowy nieżyt nosa, występujący przy wielu chorobach zakaźnych, nie wymaga zazwyczaj właściwego leczenia, ustępuje bowiem samodzielnie podczas przebiegu danej choroby. Przy dyfteryście jednakże cierpienia nosa są bardzo uporczywe i należy je leczyć za pomocą wdmuchiwania proszków lub wprowadzania maści na tamponikach z waty.

(*Archiv. f. Kinderheilkunde. 1894. Tom XVII. Str. 354—371*).

*Dr. Ludwik Wolberg.*

### 18. Leopold. O złośliwych nowotworach jajników.

Prof. LEOPOLD 5 razy spostrzegł złośliwe nowotwory jajnika u dzieci w wieku lat 8, 9, 11 i 13 oraz u panny 18-letniej o dziecięcym rozwoju organów płciowych. Nowotwory jajników spotykane u dzieci są po większej części twarde i złośliwe (*endotheliomata*), są bardzo skłonne do rozpadu i bardzo wczesnie zrastają się z sąsiednimi narządami. Zwykle nowotwory te posiadają szypułę, przypominając do pewnego stopnia przerost jajnika. Dla rozpoznania wystarcza obecność guza, oraz szybko powiększające się charłactwo. Leczenie może być wyłącznie operacyjne, co w niektórych przypadkach przedłużyło życie o kilka lat, rokowanie zaś po operacji ściśle zależy od ilości zrostów z sąsiednimi narządami. LEOPOLD spostrzegł przypadki następujące:

1) 8-letnia dziewczynka: *endothelioma* rozmiarów ogromnych. Naczynia bardzo obficie rozwinięte.

2) 9-letnia dziewczynka: *carcinoma ovarii*. Operacja łatwa, ponieważ nie było zrostów. Po operacji chora szybko się poprawiła, lecz zmarła po roku wskutek nawrotu cierpienia.

3) 18-letnia panna, źle odżywiana, niedokrwista, o rozwoju płciowym zatrzymanym. Operacja była łatwą z powodu braku zrostów. Szypuła długa,

utworzona z *lig. latum*. Guz jednolity, bez płynnej zawartości (*carcinoma alveolare typicum*). Po 4 jeszcze latach pacjentka była zupełnie zdrowa.

4) 13-letnia dziewczynka operowana w lutym 1894. Już od pół roku narzekała na bóle w brzuchu wyraźnie powiększonym. W lutym, podczas badania, gdy stwierdzono guz w dole biodrowym lewym wielkości główki noworodka, straszne wycieńczenie i gorączka obok braku łaknienia i zaparcia stolca. W czasie operacji natrafiono na bardzo szeroki zrost z kiszka esowatą, a gwałtowny krwotok przy oddzielaniu guza nie pozwolił należycie dokończyć zabiegu. Po trzech tygodniach stan dziecka był znośny, lecz w maju tegoż roku dziecko zmarło wskutek recydywy lub, co prędzej jeszcze, wskutek rozrostu pozostałej części nowotworu. Drobnowidz wykazał *carcinoma alveolare*.

5) 11-letnia dziewczynka z guzem wielkości główki noworodka w połowie lewej brzucha. Operacja była nie trudną, lecz połączona z wielką utratą krwi wskutek obszernych zrostów z kiszki, tak, że w tym przypadku należało wytamponować jamę brzuszną. Przebieg pooperacyjny bardzo pomyślny. Drobnowidz wykazał *carcinoma alveolare* z komórkami olbrzymimi.

Z zestawienia wyników LEOPOLD'a z wynikami v. WINCKEL'a, v. VELITS'a pokazuje się, że guzy szybko rosnące u dzieci, szczególnie połączone z charakterem i zaburzeniem czynności kiszek i nerek, przemawiają za złośliwą naturą. Skłonność do zrostów z kiszki jest bardzo wielką i występuje już po 1—2 miesiącach. Rokowanie zależy od wczesnej operacji.

[Przyp. spraw.. Osobiście dotychczas tylko raz jeden miałem sposobność badania dziecka, dotkniętego nowotworem złośliwym jajnika, w roku 1882, gdy byłem wolontaryuszem w klinice śp. prof. SCHROEDER'a w Berlinie. Dziewczynka 5  $\frac{3}{4}$ -letnia, zawsze była słabowitą i skłonną do zaziębień i gorączki. J. M. przed 17 dniami nagle dostała mocnych bólów w brzuchu, gorączki, bezsenności i rozwolnienie. Wkrótce potem zauważono szybkie chudnięcie obok powiększenia się brzucha i brodawek sutkowych mocno zabarwionych, po zatem gorączkę i objawy zapalenia otrzewnej. Guz wielkości dwóch główek dziecięcych w prawym podbrzuszu i sięgający żeber dolnych, był bolesny na dotyk. Prof. SCHROEDER podczas operacji znalazł zrost guza z okrężnicą. Przebieg pooperacyjny bardzo dobry, wreszcie poprawa uderzająca w stanie ogólnym nader szybko nastąpiła].

(*Ctbl. f. Gynäk. 1894 Nr. 46*).

Neugebauer.

### 19. Rydygier. O przyszywaniu śledziony.

Prof. RYDYGIER pierwszy obmyślił sposób przyszywania, czyli ustalenia śledziony opuszczonej. Wiadomo, iż ogólnie uważano rękoczyn ten za niewykonalny ze względu na to, że śledziona jest narządem nadzwyczaj łatwo i żywo krwawiącym i że otoczkę posiada zbyt ciekłą, by na tę ostatnią rachować można było w tym razie. Postanowił więc RYDYGIER „śledzionę włożyć do kieszeni, wytworzonej z otrzewnej ściennej klatki piersiowej, którą po nacięciu oddzielić należało od ściany klatki piersiowej w kształcie torebki dość wielkiej, żeby dolna część śledziony mogła się w niej pomieścić“. Unika się przez to ko-

nieczności chwytania szwem mięszsu śledziony, a wiąz żołądkowo-śledzionowy przyszywa się do krawędzi torby.

Metoda RYDYGIERA przedstawia się tedy tak:

1) Laparotomia w linii białej.

2) Jeżeli śledziona jest odprowadzalną i niezbyt powiększoną, to ją przymierzamy w miejscu właściwym, żeby sobie ułożyć plan i rozmiary zabiegu, oraz opuszczamy na nowo.

3) Cięcie poprzeczne, wypukłe nieco ku górze, odpowiedniej długości, nacina otrzewną, wyścielającą wewnętrzną ścianę kopuły jamy brzusznej w okolicy XI, X i IX żebra.

4) Oddzielenie otrzewnej na tępo i wytworzenie w ten sposób wspomnianej powyżej kieszeni. Dno torby wzmacniamy kilkoma szwami węzełkowymi, żeby się sama torba nie pogłębiała pod ciężarem śledziony, w nią włożonej.

5) Do brzegu torby przyszywamy wiąz żołądkowo-śledzionowy. Torebkę śledziony należy nieco podrapać, żeby się tem łatwiej przykleiła.

Przypadek kliniczny, w którym świetny ten pomysł zastosowano, ma być wkrótce przez RYDYGIERA dokładnie opisany.

(*Przegląd Lekarski*, Nr. 3. 1895 r.).

R. Jasiński.

## 20. W. Liermann. Przypadek otoku wodnego uchyłka Nuck'a (*hydrocele muliebris*).

Badania anatomiczne SACHS'a co do wyrostka pochwowego otrzewnej (*processus vaginalis peritonei*), zwanego u kobiet uchyłkiem NUCK'a (*diverticulum Nuckii*), dowiodły, że tenże w warunkach prawidłowych ulega zanikowi jeszcze za życia wewnątrz-macicznego; w niektórych jednakże przypadkach zauważyć się daje tak po urodzeniu, jak i u kobiet dojrzałych niezarośnięty — najczęściej prawostronny uchyłek, w postaci kanału. Nagromadzający się niekiedy w tym ostatnim płyn, podobnie jak i u mężczyzn, sprzyja wytworzeniu się otoku wodnego, który, co do istoty swej, osobliwości przebiegu i danych anatomicznych, stanowi cierpienie całkiem podobne do takiegoż otoku powrózka nasiennego. 41 zebranych przez HENNIG'a odnośnych spostrzeżeń, w których łączące się z jamą brzuszną lub zupełnie odosobnione worki wypełniały całkowicie lub częściowo kanał pachwinowy, przekonywają, że cierpienie to nie jest rzadkością, wobec czego, jak również ze względu na towarzyszące mu okoliczności i częste błędy rozpoznawcze, bliższe zaznajomienie się z omawianą sprawą chorobową za uzasadnione uważać należy. W charakterze też przyczynka autor przytacza własny swój przypadek, który dotyczy 28-letniej kobiety, narzekającej od dni kilku na bólesci, wymioty i zaparcie stolca, i skierowanej na oddział chirurgiczny z powodu domniemywanej nieodprowadzalnej prawostronnej przepukliny pachwinowej. Od chorej dowiedziano się, że już przed trzema laty zauważyła w prawej pachwinie powoli, lecz stale zwiększający się, a od niedawna nader bolesny guz. Przy badaniu stwierdzono, że guz ten, przesuwalny w kierunku bocznym, wielkości jaja kurzego, jest oddalony na 2 ctm. od linii środkowej brzucha, na wewnątrz zaś i ku górze od tegoż — drugi, przylegający doń ściśle, mniejszy, bardziej twardej i przy dotyku bolesny, nieruchomy zupełnie, o postaci jajowatej. W przeko-

naniu, że ma się do czynienia z zaciśniętą przepukliną sieciową, przecięto powłoki brzuszne równolegle do fałdy pachwinowej, po nadcięciu zaś guza, który był tylko workiem, otrzymano płyn jasno-żółty, w samym zaś worku, a mianowicie w górno-zewnętrzny kącik tegoż znaleziono, po dostatecznym rozszerzeniu otworu, dwie, siedzące na jednej, krótkiej, ze ściany wyrastającej szypule, wielkości orzecha laskowego, torbiele, wypełnione również cieczą przezroczystą. Tu przez wąską szparę, przedostano się zgłębnikiem do jamy drugiego worka, w którym, jak przekonano się po przedłużeniu cięcia powłok brzusznych, mieścił się także niewielki guz z płynem barwy żółtawej. Powstała po całkowitem wycięciu obu tworów jama z otrzewną nie łączyła się zupełnie. Pomyślny przebieg pooperacyjny pozwolił chorej już dnia 15-go powrócić do domu. Badanie drobnowidzowe obu wyciętych, klepsydrowato ze sobą połączonych worków, wykazało obok włóknistej na 1 mm. grubej ściany zewnętrznej niezupełnie gładką, surowiczą, pokrytą nabłonkiem płaskim powierzchnię wewnętrzną, oraz łącznotkankowe podłoże i śródbłonek na ścianach torbieli. Dane więc te przemawiają niezbicie, że w tym przypadku wytworzenie się otoku wodnego jedynie na karb niezarośniętego kanału NUCK'A policzyć wypada.

(*Deutsche medicin. Wochenschr.* 1894. 46).

K. Niedzielski.

## 21. Pernice i Scagliosi. Przyczynę do patologii zapalenia nerek.

[Zapalenie nerek pochodzenia pasożytniczego, wywołane doświadczalnie].

Autorzy, powołując się na swe poprzednie badania, w pracy niniejszej mieli na celu wykazanie zmian, jakim ulegają nerki przy wprowadzeniu do ustroju tak chorobotwórczych, jakoteż i niechorobotwórczych mikrobów. W tym celu wstrzykiwali zwierzętom [świnkom morskim, królikom i psom] stosownie do wagi zwierzęcia od  $\frac{1}{2}$  - 2 c. sz. hodowli podskórnice do jamy otrzewnej lub wprost do do naczyń; zwierzęta w różnych odstępach czasu [2, 6, 21, 48, 100 godzin] zabijali i nerki poddawali badaniu mikroskopowemu. Nadto przeprowadzone były badania nad hodowlami przesączonymi. Przy wstrzykiwaniu hodowli *b. anthracis*, *b. pyocyaneae*, *staphyloc. pyog. aur.*, *m. prodigiosus* okazało się, że od przeniknięcia bakterii do ustroju do wydzielania się ich z moczem w nerkach występują poważne zaburzenia. Zmiany umiejscawiają się przeważnie w istocie korowej, w stopniu mniejszym w istocie rdzeniowej i zmniejszają się w miarę zbliżania się do warstw wewnętrznych; polegają one głównie na przekrwieniu, zapaleniu błony wewnętrznej naczyń i na wylewie krwi do wnętrza torebki. Ten ostatni umożliwia przejście bakterii z układu krwionośnego do torebki, kanalików nerkowych i nerek. Jednocześnie rozpoczyna się zmnienienie komórek, ich zwyrodnienie tłuszczowe lub hyalinowe, powstaje wysięk w torebkach BOWMAN'a i w pętlicach HENLE'go, oraz zjawiają się to hyalinowe, to znowu ziarniste cylindry. Przy silniejszym przekrwieniu oddzielają się komórki nabłonkowe kanalików, ściany kanalików zlepiają się, a tkanka łączna otaczająca je ulega rozrostowi. Wskutek nagromadzenia się wysięku i krwi we wnętrzu torebek następuje *ischaemia* odpowiednich kłębków. Pętlice naczyń marszczą się, jądra w komórkach kanalików giną, kłębki zmniejszają się, a często torebki i kanaliki wskutek częściowego rozszerzenia przybierają postać drobnych torbieli. Jedno-

cześnie ze zmianami właściwymi t. z. *glomerulo-nephritidis* tkanka otaczająca naczy-  
nia ulega przerostowi, uciska i doprowadza do zaniku przylegające kanaliki  
i kłębki. Zmiany w nerkach zwiększają się nawet i wtedy, gdy bakterye opu-  
ściły już ustrój [t. j. wtedy, gdy badanie obecności bakteryi w tkankach nie wy-  
kazuje]. Podobne zboczenia, choć mniej wyraźne, występują tak przy wstrzy-  
knięciu podskórnem bakteryi niechorobotwórczych (*m. prodigiosus*), jako też i przy  
wprowadzeniu do krwi hodowli *b. anthracis* i *b. pyocyanei*, przesączonych poprzednio  
przez filtr KITASATO-WEILL'a.

(*Virchows-Archiv*, 1894, B. 138, H. 3).

Pruszyński.

## 22. F. Jolly. *Myasthenia gravis pseudoparalytica*

Choroba, dla której powyższą nazwę proponuje autor, polega na tem, że  
przy zachowanej dowolności ruchów następuje niezmiernie szybko zupełne  
wyczerpanie siły mięśniowej. Osoba, dotknięta tem cierpieniem, może przed-  
sięwziąć i wykonać każdy ruch żądany, prosty, czy złożony, ale po kilkakrot-  
nem powtórzeniu go mięśnie odmawiają posłuszeństwa: ruch staje się coraz  
mniej dokładnym, a nakoniec mimo wysiłków zupełnie nie zostaje urzeczywi-  
stnionym. Wprawdzie po chwilowym odpoczynku ruchy stają się znowu może-  
bnymi, gdyż mięśnie nanowo odpowiadają prawidłowo na bodźce woli, ale przy  
dłuższej czynności również szybko wyczerpuje się powtórnie ich siła. Chory  
autora przy trochę dłuższych próbach chodzenia zmuszony był siadać, by nie  
upaść skutkiem zupełnego osłabienia kończyn dolnych, jakkolwiek pierwsze  
kroki stawał zupełnie prawidłowo. O własnych siłach mógł on powstać  
z krzesła zaledwie dwa lub trzy razy z rzędu; kilka zaledwie razy mógł wy-  
prostować i podnieść do góry spuszczoną rękę, tak, że za dziewiątym lub dzie-  
siątym razem ręka zaledwie się oddalała od tułowia. Gdy czytał głośno, to  
po pierwszych zdaniach, wypowiedzianych prawidłowo, czytanie stawało się  
coraz to wolniejszym, wymowa pewnych zgłosek niewyraźną, nakoniec artykula-  
cya tak niedokładną, jak u paralytyka. Podczas jedzenia, z przyczyny osła-  
bienia mięśni, przerywały się na chwilę ruchy żuchwy, mimo to, że kęs nie był  
należycie urobionym do połknięcia; przy dłuższem patrzeniu, wbrew woli opa-  
dały powieki i t. d.

Opisane osłabienie mięśni przy *myasthenia gravis* nie jest ograniczone do  
tej lub owej ich grupy, ale zazwyczaj obejmuje mniej więcej wszystkie mię-  
śnie życia dowolnego, przyczem bardzo charakterystycznym jest objaw, że  
przy zmęczeniu pracą pewnej grupy mięśni wywołuje się stan wyczerpania  
w innych, tak np. po zmęczeniu ruchami mięśni nóg okazują się osłabionemi  
i ręce. Należy wszakże zauważyć, że w pojedynczych przypadkach niektóre  
grupy mięśniowe cierpią mniej, niż inne, tak np. u jednego chorego autora nie  
notowano osłabienia mięśni polykania. Czemu to przypisać, nie wiadomo, gdyż  
w drugim zupełnie podobnym przypadku właśnie zaburzenia w akcie tykania  
były powodem śmierci pacjenta, wskutek udławienia się chorego pokarmem. Na  
prądy elektryczne — stały i przerywany — odpowiadają mięśnie u tych chorych  
zupełnie prawidłowo. Ciekawem za to jest ich zachowywanie się przy dłuższem  
drażnieniu prądem indukcyjnym: następuje mianowicie przytem ten sam objaw



szybkiego wyczerpywania się siły mięśniowej, jak przy pracy fizycznej. Już pod wpływem jednogminutowego lub dwuminutowego drażnienia pierwotny silny tępcowy skurcz staje się coraz to słabszym, nieraz aż do zupełnego zwiótczenia mięśnia; również już po paru kilkusekundowych, peryodycznych drażnieniach strumieniem przerywanym otrzymuje się, zamiast tęcza, jedynie skurcz przy początku każdorazowego działania elektryczności, skurcz taki, jaki się otrzymuje przy zamykaniu katody prądu stałego. Jednakowe wyczerpywanie się siły mięśniowej pod wpływem fizyologicznej czynności i indukcyjnego prądu, a również i fakt, że zmęczone pracą mięśnie zupełnie tak samo oddziałują na prąd przerywany, jak gdyby zostały wyczerpane drażnieniem elektrycznością i na odwrót, naprowadza autora na myśl, że przy opisywanem cierpieniu mamy w rzeczywistości do czynienia z porażeniem mięśni, a mianowicie z jakimś porażeniem odbywającą się w nich sprawą przemiany materii; porażenie to, być może, jest zależnem od jakiejś sprawy chorobowej ośrodków nerwowych. Doświadczalnie stan podobny w mięśniach można wywołać przez otrucie protoweratryną. Stan ten mięśni jest jakby antytezą stanu, spostrzeganego przy chorobie THOMSEN'a.

W sferze czucia nie spotyka się żadnych zaburzeń; odruchy są również zachowane prawidłowo.

*Myasthenia* nie jest nową formą chorobową; nową jest tylko nazwa. Jeszcze w 1878 r. zwrócił ERB uwagę ogółu lekarskiego na to cierpienie; sądził on, że ma do czynienia ze swoistem porażeniem opuszkowem. Jednakże dalsze spostrzeżenia kliniczne i badania anatomo-patologiczne nie potwierdziły przypuszczenia ERB'a, dlatego też proponuje JOLLY nazwać je „*myasthenia*“, która to nazwa ma to za sobą, że nie przesądza o niczem. Opisywanych przypadków cierpienia tego istnieje dotąd 17, z których 11 z zejściem śmiertelnem, w kilku natomiast przypadkach widziano poprawę, a nawet wyzdrowienie. Badanie pośmiertne dawało dotąd wyniki ujemne. W jednym zaledwie przypadku KALDSCHER'a udało się skonstatować w szarej substancji centralnej na całej przestrzeni od ośrodków nerwów mięśni ocznych aż do lędźwiowej części rdzenia rozszerzenie naczyń, świeże krwotoki, oraz zmiany degeneracyjne w jądrach komórek nerwowych.

Co się tyczy leczenia tej choroby, radzi JOLLY spokój, galwanizację mlecząpacierzowego i przedłużonego, przetwory żelaza i arsenu, strychninę i ergotynę; uprawionem by też było, zdaniem autora, podawanie *experimenti causa* weratryny lub fizostigminy, działających więc przeciwnie niż protoweratryna.

(*Berliner klinische Wochenschrift*, 1895, Nr 1).

Antoni Manduk.

## Wiadomości terapeutyczne.

— 3 —

4. O bromalinie w epilepsji. Dla uniknięcia objawów bromizmu, zaczęto próbować jednoczesnego podawania przetworów bromu ze środkami, antyseptycznie działającymi, między innymi z „formolem“ (*formaldehyd*), znanym środ-

kiem antyseptycznym i do stwardniania preparatów anatomicznych używanym. Połączenie brometylu z „forminem“ (*hexamethylentetramin*  $[\text{CH}_2]_6\text{N}_4$ ), otrzymane przez działanie formaldehydu na amoniak, w skróceniu nazwano bromaliną. Przedstawia się ona pod postacią drobnych kryształów bezbarwnych, bardzo łatwo rozpuszczalnych w wodzie [w równych częściach]; wodny roztwór jej nie posiada nieprzyjemnego smaku bromków. BARDET, wypróbowałszy środek ten na zwierzętach, zaczął stosować go u ludzi w cierpieniach nerwowych, jako *sedativum*, z dobrym skutkiem. FÉRÉ stosował dłuższy czas bromalinę u 4 epileptyków i przekonał się, iż środek ten może w zupełności zastąpić bromki co do ich skuteczności, nie wywołując objawów bromizmu. LAQUER zaś powołuje się na kilkanaście własnych obserwacji (*epilepsia, neurasthenia, paralysis agitans, agrypnia, levis, neuralgia n. trigemini*), w których przekonał się, iż bromalina posiada własności, przypisywane jej przez francuskich autorów, i że powinna być podawana w dawkach zdwojonych w porównaniu z innymi preparatami bromu, ponieważ zawiera mniejszą ilość bromu: *kali brom.* = 67,2% bromu, *Natr. brom.* = 77,67%, *Ammon. brom.* = 81,62%, *Bromethylformin* = 22,43%. LAQUER radzi podawać bromalinę albo w proszkach po 1,0, kilka razy dziennie, albo w naparze mięty lub waleryany. (*Neurolog. Centr. I. 1895*).

K. Stróżewski.

**5. Antyspazmina** <sup>1)</sup> przeciw kokluszowi. F. FRUEHWALD, docent wiedeńskiej wszechnicy, poleca nowy środek przeciw kokluszowi, antyspazminę, nie specyfik wprawdzie, lecz doskonale ograniczający ilość napadów i przebieg całej choroby.

Środek ten, wprowadzony do farmakologii przez fabrykanta Merck'a, a zalecony po raz pierwszy przez prof. DEMME'go, składa się z jednej cząstki *narczin-natrium* i trzech cząstek *natr. salicylici*. Jest to czysty, lekko hygroskopijny proszek, łatwo rozpuszczalny w wodzie. Działanie jego jest nasenne i uspokajające.

FRUEHWALD przez półtora roku robił z nim doświadczenia na przeszło 200 pacyentach kokluszowych, w rozmaitym będących wieku, od kilku tygodni do wieku dojrzałego, osiągając zawsze pożądany skutek znacznego ograniczenia ilości napadów, złagodzenia ich i skrócenia przebiegu do 4—5 tygodni.

Środek ten nie oddziaływał szkodliwie ani na żołądek, ani na kiszkę i nie sprowadzał kumulacyjnego działania narkotycznego. Oprócz koklusz, działał również łagodząco przy innych spazmatycznych kaszlach, jakoto: w niezbytach oskrzeli, krtani, wysiękach opłucnej, obrzmieniach gruczołów oskrzelowych i kaszlu nocnym.

Podaje się antyspazminę, jako 5-cio lub 10-cio procentowy roztwór w *liq. amygdalarum amararum*, 3—4 razy dziennie, po 3 do 20 kropel, stosownie do wieku. Krople podaje się w łyżce ocukrzoney wody, w mleku, w kakao, lub w rosole.

<sup>1)</sup> Antyspazmina, czyli salicylan sodu i narceiny. Wiadomości terapeutyczne. Gazeta Lekarska. 1894, str. 623.

Z 5% rozczyynu podaje się dzieciom,

nizej $\frac{1}{2}$ roku	3—4	razy	dziennie	po	3—5	kr.	[= 0,01 p. dosi]
„ $\frac{1}{2}$ rocz.	3—4	„	„	„	5—8	„	[= 0,015 p. dosi]
„ 1 roku	3—4	„	„	„	8—10	„	[= 0,02]
„ 2 „	3—4	„	„	„	10—12	„	[= 0,02—0,025]
„ 3 „	3—4	„	„	„	15—20	„	[= 0,04—0,05].

Starsze nad 3 lata otrzymują 10% rozczyn, trzy razy dziennie po 10—15—20, a nawet po 25 kropeł na dawkę.

Lekarstwo rozkłada się w świetle i na powietrzu, powinno więc być wydane w niebieskiej flaszce, dobrze zakorkowanej.

Jedyną wadą antyspazminy jest wysoka jej cena, która przy większym popycie i fabrykacji bezwątpienia ulegnie znacznej niższe. (*Arch. f. Kindh. Bd. XVIII. Hjt. 1 u. 2.*)  
D-r L. Wolberg.

## Wiadomości bieżące.

— O. ISRAEL przedstawił na posiedzeniu Berlińskiego Towarzystwa Lekarskiego w dniu 14. XI. 1894 r. okaz raka pęcherza moczowego; okaz ten pochodził od 35-letniego mężczyzny, który miał już od 17 lat krwawienia z pęcherza; te ostatnie wzmogły się w ostatnich czasach, a prócz tego przyłączyły się bóle w krzyżu. W szpitalu Charité rozpoznano kamienie pęcherzowe obok guza [raka] w pęcherzu. Miednica mała była w zupełności wypełniona masami rakowatemi, sam zaś pęcherz moczowy przeistoczył się w jakieś ciało z grubemi ścianami i małą jamką w środku, której powierzchnia pokryta była owrzodzeniami. Kamienia w pęcherzu nie znaleziono, natomiast wydobyto kokremet [z kwaśnego fosforanu wapnia] z *pars membranaea* gruczołu krokowego. Śmierć chorego nastąpiła wskutek przyłączenia się prawostronnej *pyelo-nephritis*. (*Deut. med. Woch. 48. 1894.*) W. Ż.

— Szanowny Redaktorze! Nie mając kompletnych źródeł pod ręką, mogę Wam zakomunikować tylko podstawowe fakty, dotyczące argonu. Sądzę jednak, że wystarczy Wam one do waszych celów, do poinformowania kolegów lekarzy o nowym odkryciu. Najciekawszą zda się ta okoliczność, że odkrycie czysto chemiczne zostało dokonane na drodze badań czysto-fizycznych, czem się stwierdza ponownie wielka myśl MAXWELL'a, że wzajemne krzyżowanie się nauk (*cross fertilisation of sciences*) zwykle największe nam przynosi korzyści. Rzecz się tak miała: prof. LORD RAYLEIGH od czasu opuszczenia katedry w Cambridge, a więc mniej więcej od lat 4-ch, zajęty jest ponownemi oznaczeniami gęstości najpowszechniejszych gazów: wodoru, tlenu, azotu i innych. Przy oznaczeniach gęstości azotu lord RAYLEIGH spostrzegł, że azot otrzymany z rozmaitych źródeł przedstawia niejednakową gęstość i że stale — azot otrzymany z powietrza przez usunięcie tlenu i innych składników, wykazuje gęstość większą o  $\frac{1}{2}\%$  od gęstości azotu wydzielonego z azotanu amonu, dyazo-związków i amoniaku. Udokładnianie stopniowe metod ważenia stwierdzało fakt coraz wyraźniej. W tym stanie rzeczy lord RAYLEIGH połączył się z chemikiem RAMSAYEM i wspólnie przeprowadzili badania następujące: Przez powietrze, zmieszane z nadmiarem tlenu przepuszczali iskry elektryczne, powstające tenki azotu usuwali za pomocą wodanu potasu, a nadmiar tlenu, za pomocą alkalicznego roztworu kwasu pyrogallusowego. W ten sposób otrzymali gaz, nie będący ani tlenem, ani azotem: gęstszy od obu daje

widmo o jednej linii niebieskiej, o wiele jaśniejszej od jednej z niebieskich linii, przypisywanych azotowi. Całą sumę powyższych wiadomości lord RAYLEIGH i RAMSAY zakomunikowali w końcu sierpnia ubiegłego roku na Oksfordzkim zjeździe Towarzystwa Brytańskiego do postępu nauk. Potem już sprawę bliższego poznania tego pierwiastku wzięło na siebie Towarzystwo Królewskie w Londynie, a w ostatnich czasach, jak mi z prywatnych źródeł wiadomo, odpowiednią ilość argonu, wynoszącą kilkadziesiąt ctm. sześciennych, prof. RAMSAY przesłał do Krakowa prof. OLSZEWSKIEMU w celu przeprowadzenia skroplenia go na ciecz. Z wiadomych mi danych gęstość argonu w stosunku do wodoru wynosi około 20. Niezmiernie ważnym będzie fakt, jaką okaże się w rzeczywistości: gdy bowiem wypadnie mniejszą od gęstości fluoru, wtedy dla argonu nie będzie miejsca w naturalnym układzie pierwiastków NEWLAND'a i MENDELÉJEWA; gdy zaś będzie większą od gęstości fluoru, tedy wypadnie go zaliczyć do pierwiastków grupy platynowej.

J. J. Boguski.

P. S. Pod względem fizyologicznym sztuczne widmo BENHAM'a jest niezmiernie ciekawem zjawiskiem, które fizyologów w ogóle, a okulistów w szczególności wino niezmiernie zainteresować.

— W Warszawskim szpitalu dla dzieci przy ulicy Aleksandrya, w pawilonie, przeznaczonym dla chorób zakaźnych, otwarty został oddział dla chorych dyfterytycznych. Oddział ten, urządony podług planu D-rów SIKORSKIEGO i MALINOWSKIEGO, składa się z 3 sal większych i 3 małych pokoiów z oddzielnem wejściem z korytarza, położonego w środku. Ściany, jak i dawniej, do pewnej wysokości od podłogi malowane są olejno, wentylacja nowo urządzona w suficie, oprócz dawnej w kanałach ściennych. W oddziale tym stosowaną będzie przez ordynatora kol. MALINOWSKIEGO surowica antydyfterytyczna przy współudziale kol. L. NENCKIEGO, który zajmować się będzie badaniem chemicznem i mikroskopowem wydzielin i błon dyfterytycznych.

— W tych dniach otwartymi zostały również oddziały dla leczenia błonicy surowicą antydyfterytyczną w szpitalu Dzieciątka Jezus, pod kierunkiem kol. JANOWSKIEGO — i w szpitalu dla dzieci wyznania mojżeszowego [przy ulicy Śliskiej]. Wkrótce wreszcie ma być stosowaną też metoda leczenia dyfterytu w szpitalu starozakonnych przy ulicy Pokornej.

— Kol. EDWARD ZIELIŃSKI otrzymał nagrodę konkursową imienia HELBICHA za przyznaną przez Warszawskie Towarzystwo Lekarskie, pracę o „enteroptozie GLÉNARD'a“.

— Autorzy, życzący sobie, aby ich prace polskie z zakresu ogólnej przemiany materji, fizjologii i patologji przewodu pokarmowego, jako też dyagnosytki i terapii chorób żołądka, kiszki, wątroby i trzustki, referowane były w nowopowstającym „*Archiv für Verdauungskrankheiten*“ BOAS'a, są proszeni przesyłać prace pod adresem: Warszawa, D-r IGNACY GRUNDZACH, Orła 12.

— D-r HERRMAN WEBER w Londynie zapisał tamtejszemu Royal College of Physicians sumę 50,000 marek, od której procent będzie wypłacany co 2—3 lata za najlepszą pracę z dziedziny etyologii, patologji, profilaktyki i terapii gruźlicy.

— XII międzynarodowy kongres lekarski, jaki ma się odbyć w Moskwie, został odłożony do r. 1897.

— XXIV kongres niemieckich chirurgów odbędzie się w Berlinie między 17—20 kwietnia r. b., Głównym przedmiotem debatów będzie kwestya narkozy.

— IX zjazd anatomów odbędzie się w Bazylei między 17—20 kwietnia roku bieżącego.

— VI kongres psychiatrów i neurologów francuskich odbędzie się 1 sierpnia r. b. w Bordeaux. Postawiono na porządku dziennym: 1) *thyreoidea* i choroba BASEDOW'a [ref. BRISSAUD], 2) psychoza u starców [ref. RITTI], 3) impulsy epileptyczne [ref. PARAUT].

# 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 za 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, zalać można codziennie u Wydawcy od 9-10 rano.

Wszystkie artykuły są płatne. Koszta odbitek obciążają honorarium.

**Treść:** I. R. JASIŃSKI. Thoracotomia duplex.—II. L. LESZCZYŃSKI. Kilka słów o solweolu w dentyście.—III. A. TROCZEWSKI. Przypadek ropnia podprzeponowego przy bąblowcu wątroby. *Notatki Lekarskie.* 3. K. NIEDZIELSKI. Przypadek powierzchownej miejscowej zgorzeli pochodzenia uciskowego.—4. H. GORARD. Przypadek śpiączki historycznej.—*Dział sprawozdawczy.*—13. P. GRÜTZNER. [Tybinga]. Przyczynek do fizjologii ruchów kiszki.—14. Prof. x. HACKER. Przyczynek do wtórnego szwu nerwowego.—15. D-r R. TRZEBICKY. Doświadczenia z teukryną.—16. ROSENBERG. O nowym sposobie narkotyzowania. — 17. D-r B. LEWY. Rhinitis acuta u dzieci. — 18. LEOPOLD. O złośliwych nowotworach jajników.—19. RYDYGIER; O przyszywaniu śledziony.—20. W. LIERMANN. Przypadek otoku wodnego uchyłka NUCK'a (*hydrocele muliebri*). — 21. PERNICE i SCAGLIOSI. Przyczynek do patologii zapalenia nerek.—22. E. JOLLY. Myasthenia gravis pseudoparalytica.—*Wiadomości terapeutyczne.* — *Wiadomości bieżące.* — Ogłoszenia.

**Capsulae contra taeniam.** Z pomiędzy wielu środków przeciworobaczych *Extractum filicis maris aethereum* jest najstarszym i bez zaprzeczenia najdziałniejszym w skutkach—przytem zasługuje na pierwszeństwo przed innymi, które w większej części drażnią i obciążają przyrządy trawienia.

Korzeń paproci zawiera w sobie olejki eteryczne, żywicę, kwas garbajku.—i kwas filicilowy, od ilości zaś i składowych części zależy skuteczność wyciągowy Różne obserwacje w tym kierunku robione dowiodły, że cała skuteczność zawisła 1) od warunków klimatycznych paproci (rosnąca na Alpach bogatszą jest w kwas filicilowy); 2) od czasu zbioru korzenia (Wrzesień najodpowiedniejszy) 3) od sposobu przygotowania wyciągu; — dodać jeszcze winniem ze świeżość i odpowiednio zabezpieczenie, od wpływu światła i powietrza, najważniejszą odgrywać rolę. Wielokrotne doświadczenia przekonały mnie, że *Extr. filicis mar.*, wystawiony na działanie powietrza, traci znaczną ilość olejków, jednocześnie mętnieje i osadza kwas filicilowy—gdy tymczasem w naczyniu zabezpieczonem od przystępu powietrza, światła, w chłodnym miejscu i rok może pozostać bez zmiany. Celem uchronienia go od utraty tak cennych części składowych, najodpowiedniejsze są kapsułki gelatinowe; forma ta łączy i drugą niezmiernie ważną dogodność, a tą jest przyjemniejsze użycie tak przykrego lekarstwa.

W ciągu ostatnich lat miałem sposobność sprawdzić rzeczywistą skuteczność Wyciągu z korzenia Alpejskiej paproci w kapsułkach, których sztuk 12 po 10 gran zadawane były dorosłym, a dzieciom w połowie powyższej ilości.

**Sposób użycia kapsułek z Wyciągu korzenia paproci Alpejskiej:**

Dla dorosłych osób 12 sztuk kapsułek, dla dzieci sztuk 6. Chory dwa dni przed użyciem kapsułek powinien zachować o ile można ścisłą dietę, a to celem odkrycia całego ciała solitera.

Krano, na czoło, co kwadrans po 3 kapsułki używać, popijając herbatą z cytryną—chory powinien spokojnie leżeć, a w razie nudności kawałki lodu lizać, lub te: trzymać w ustach plasterki cytryny, zwykle w pół godziny po ostatnim użyciu kapsułek, rasiemiec kłębem wychodzi ze stołcem wodnistym, a jeżeli w przeciągu 2 godzin nie pokaże się, należy użyć 2 łyżki oleju rybnego ażeby wydalic martwego tasiemca.

M. Mutniański,

Właściciel Apteki Nowy-Swiat 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 zaopatrywaną we wszystkie wody mineralne świeżego czerpania, jak również w lekarstwa specjalne zagraniczne i środki lekarskie w ostatnich czasach w użycie wprowadzone.

52-6

Kąpiele borowinowe w domu w każdej porze roku.

52-6



Jedyny  
naturalny produkt  
DO  
KĄPELE  
borowinowych  
mineralnych.

Mattoniego  
sól borowinowa  
(suchy wyciąg)  
w paczkach po 1 kilo.  
Mattoniego  
ług borowinowy  
(płynny wyciąg)  
w butelkach po 2 kilo

Heinrich Mattoni, Francensbad,  
Wiedeń, Karlsbad, Budapest.

DOM ZDROWIA

52-51

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**

0-6 Skład Główny w Warszawie, w Apteczce W. Karpińskiego — Elektoralna 39.

# CHLOROFORME DUMOUTIERS

CHEMICZNIE CZYSTY W CYLINDRYCZNYCH RURKACH.

Przygotowany dla anestezji,

Rue de Bourgogne 19, w Paryżu.

Żądać z podpisem i marką fabryczną

SKŁADY:



St. Petersburg Breziński, Newski 39.  
Warszawa Welt, Przejazd 5.  
Poltawa, Krafft, apteka.  
Charków, Łapin, apteka.  
Helsingfors, A. Norstrom, apteka.  
Kazań, Kieszner, apteka.

Moskwa, Ferrein, apteka.  
Odessa, Tarle i Lavdau, apteka.  
Kijów, Marcidczyk, apteka.  
Tomsk, Kownacki, apteka.  
Wilno, Segal, apt.-drogista.  
Tyfis, Kaukazkie Tow. Farmaceutyczne.

13-2

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.** 23-20

Hoża № 19 róg Kruczej.

## MYDŁO LECZNICZE TŁUSTE (HYGIENICZNE).

Zawiera w swym składzie przeszło 5% wolnego tłuszczu. Z tego więc względu jako też dla odpowiedniego doboru innych części składowych, mydło lecznicze przy zmywaniu skóry zajmuje pierwsze miejsce i wyróżnia się ze wszystkich innych w tym celu używanych mydeł. Przy zmywaniu bowiem skóry, nie odbija takowej w całości naturalnego jej tłuszczu, nie suszy jej ale przeciwnie, czyni ją miękką, świeżą i utrzymuje we właściwym stanie sprężystości i delikatności.

Dla powyższych własności, mydło lecznicze znajduje obszerne zastosowanie nie tylko w utrzymaniu naturalnej czerstwości skóry, ale gra również znakomitą rolę przy leczeniu wielu chorób skórnych.

U osób potrzebujących często zmywać ręce — mydło lecznicze jest cennym środkiem ochronnym, zapobiegającym wysychaniu i nadmiernemu złuszczeniu naskórka. Utrzymując bowiem skórę w należytych stanie wilgotności, zabezpiecza ją tym sposobem od popękań i upartego nieraz zapalenia, które w następstwie prowadzi do czerwonoci, suchości i zgrubienia skóry rąk.

Dalej u osób małokrwistych, osłabionych, ze skórą suchą, jako też przy wielu cierpieniach organów wewnętrznych, szczególnie u kobiet, gdzie bardzo często z powodu upośledzonego odżywiania skóry, rozwijają się tak zwane „lis z a j e“, mydło lecznicze jest wyborem środkiem zapobiegającym i usuwającym powyższe nieprawidłowe stany i cierpienia skóry.

Nakoniec mydło lecznicze najobszerniejsze znajduje zastosowanie przy leczeniu chorób skórnych, a mianowicie w tych stanach zapalnych, gdzie mydła ługowe, drażniąc nadmiernie skórę pogorszą samą sprawę cierpienia. A zatem przy zmywaniu maści, plastrów i innych środków lekarskich stosowanych dla usunięcia zapalnego stanu skóry, mydło lecznicze z powodu łagodnego swego działania nie tylko tutaj powinno być używane.

E. Jarnuszkiewicz.

Właściciel apteki Nowy-Swiat Nr. 35.

Hoża № 19 róg Kruczej.

Hoża № 19 róg Kruczej.

**Kreozot** posiada własności żrące,  
**trujące!**  
natomiast

## Węglan Kreozotu

„pozbawiony jest własności żrących i trujących“!

zawiera 92% kreozotu Ph. G. III chemicznie związanego kwasem węglanym i odznacza się czystymi własnościami leczniczymi Kreozotu, lecz bez jego szkodliwych następstw ubocznych; środek nie działa trująco, może być przeto przyjmowany całymi łyżeczkami. Jest to tłuszcz obojętny, bez zapachu i własności żrących, prawie bez smaku.

Dane z literatury i sposób użycia można otrzymać przez  
*D-ra F. von Heydena Następców w Radebeul pod Dreznem.*  
sprzedaje się w głównych składach materiałów aptecznych i aptekach.

24 - 3

## Surowica Behringa

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

**KARPIŃSKIEGO**

ul. Elektoralna Nr. 39.

**Nowe miasto nad Pilicą.** Zakład przyrodoleczniczy z hydroterapią i internatem dla nerwowych, cały rok otwarty. 6-6

## WIELKI WYBÓR NARZĘDZI HIRURGICZNYCH

najnowszych wynalazków we wszystkich działach chirurgii  
*najtaniej w składach fabrycznych*

**J. JODŁOWSKIEGO**

**Biańska 5 i Marszałkowska 137.**

Zamówienia listowne są załatwiane odwrotną pocztą.

52-47

# VICHY

SOURCES DE L'ETAT

# CELESTINS GRÈS-GRILLE HOPITAL

Avoir soin  
de désigner  
la Source

48-4