

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. O podskórnem stosowaniu nierozpuszczalnych związków rtęci przy leczeniu przymiotu. Podał Dr. med. Watraszewski. Przyczynę do właściwego leczenia pierwotnych ostrych zapaleń płucnej zapomocą salicylanu sodu lub salolu. Podał Dr. J. Drzewiecki. (Ciąg dalszy). Krytyczny przegląd ostatnich pojęć o istocie i leczeniu drgawek porodowych, jako dopełnienie prac własnych poprzednich. Napisał Dr. S. Rybicki. (Dokończenie).—**Streszczenia i wyłogi.** 86. Zapalenie wewnątrz-maciczne podczas ciąży. — Ze zjazdu lekarzy i przyrodników niemieckich w Wiesbaden. (Dokończenie).—**Wiadomości bieżące.**—**Ogłoszenia.**

O PODSKÓRNEM STOSOWANIU nierozpuszczalnych związków rtęci przy leczeniu przymiotu. *)

Podał Dr. Med. Watraszewski

lekarz naczelny szpitala Ś-go Łazarza w Warszawie.

Szanowni Panowie!

Pomyślne próby jakie otrzymał pierwiastkowo prof. SCARENZIO przez zastosowanie podskórne mieszaniny kalomelu w miejsce roztworu sublimatu uważać należy bezspornie jako ważny krok naprzód w leczeniu przymiotu. Kilkomna iniekcjami wykonanemi w odstępach tygodniowych lub dwutygodniowych jesteśmy w stanie otrzymać wyniki terapeutyczne, jakie tylko całe i długie serye iniekcji sublimatowych wywołać są w możności. Praktyczna zatem stro-
na metody tej jasną jest i widoczną.

Opierając się dalej na wynikach badań dotyczących wydzielania się merykuryusza u chorych leczonych iniekcjami kalomelu wynosimy przekonanie, iż wytwarza się w tych warunkach równomierny i długotrwały wpływ na jad specyficzny, krążący w tkankach i sokach organizmu, co ze względu na doświadczenia nabyte przy leczeniu przymiotu staramy się wywołać właśnie u chorych, których tego rodzaju kuracyi poddajemy.

Pomyślne wyniki lecznicze potwierdzą zapewne wszyscy kolledzy którzy mieli sposobność stosować u pacjentów swych iniekcje kalomelowe. Przez wyrobienie sobie potrzebnej techniki i odpowiednie zachowanie się chorych liczba następnych ropni powstających w miejscach ukłócia początkowo znaczna, została także o wiele zredukowaną, o czem przekonać się możemy z późniejszych sprawozdań różnych autorów. Ból jednak miejscowy często dość silny i długotrwały, w połączeniu ze znaczną nieraz infiltracją zastrzykniętej okolicy, jak również nie rzadko występujące zaburzenia w stanie ogólnym chorych stanowiły dostateczne powody odstraszać lekarzy od stosowania, a chorych od poddawania się wspomnianej metodzie leczniczej.

*) Odczyt z Sekcji dla chorób wenerycznych i skórnych wygłoszony na kongresie międzynarodowym lekarskim w Washingtonie d. 8 Września 1887.

Gdy więc z kalomelem zrobiony został pierwszy krok na tej drodze, nie-daleką była myśl poddania podobnej próbie i innych nierozpuszczalnych w wodzie związków rtęci dotąd podskórnie nie używanych, w celu znalezienia w liczbie takowych równoważnika dla kalomelu, któryby obok energicznego wpływu swoistego nie posiadał równie nieprzyjemnych jak tantiem działań ubocznych.

Powodowany wyżej przytoczonemi względami poddałem odpowiednim próbom następujące związki nierozpuszczalne rtęci:

<i>Hydrarg. oxydulat. nigr.</i>	. . .	zawierające 96,16 ⁰ / ₀ rtęci
<i>Hydr. oxydat. rubr.</i>	{	" 92, 6 ⁰ / ₀ "
<i>Hydr. oxydat. flav.</i>		
<i>Hydrarg. sulfurat.</i>	"	86, 6 ⁰ / ₀ "
<i>Hydrarg. praecip. album</i>	"	70, 5 ⁰ / ₀ "
<i>Hydrarg. jodat. flavum</i>	"	61, 3 ⁰ / ₀ "
<i>Hydrarg. jodat. rubr.</i>	"	44, 1 ⁰ / ₀ "
<i>Hydrarg. tannic. oxydulat.</i>	{	" 50, 0 ⁰ / ₀ "
<i>Hydr. carbolic. oxydat.</i>		

Wyniki badań mych w wspomnianym wyżej kierunku dadzą się streścić w następujący sposób:

1. Wszystkie wymienione środki mogą w stosownych ilościach i w odpowiedniej formie bez obawy być użyte do podskórnych zastrzykiwań, dostają się tą drogą do cyrkulacji i rozwijają w ustroju działanie właściwe rtęci.

2. Przy podskórnem użyciu owych środków można w krótkim czasie, bo najpóźniej po pierwszych 48 godzinach wykazać rtęć w moczu, a po seryi złożonej z 3 do 6 iniekcji znajdujemy rtęć w urynie przez długi czas jeszcze po ostatniej iniekcji (około 2 do 4 tygodni).

3. Przetwory wymienione w ten sposób stosowane skutecznie wpływają na objawy przyniotu i z tego względu wszystkie one mogą być użyte przy leczeniu także choroby.

4. Przy jednych i tych samych podskórnie użytych ilościach pomienionych środków, działanie tychże na ustrój *respect.* na przyniot stoi w stosunku prostym do zawartej w każdym z nich ilości procentowej samej rtęci.

Wyjątek w tym względzie stanowią związki jodowe rtęci, o których jeszcze w dalszym ciągu zastrzegam sobie słów kilka.

5. Co się tyczy stopnia i siły (*Intensität*) działania miejscowego to w tym kierunku trudno jest odszukać zupełnie pewnych reguł, zawsze naturalnie z uwzględnieniem techniki, zachowania się chorego i t. d. Abstrakując od indywidualnej wrażliwości pacyentów, znajdujemy, iż w ogóle podrażnienie miejscowe przy wszystkich prawie wymienionych środkach i równych ilościach tychże jest mniej więcej jednakowe i rośnie w miarę większej koncentracji zastrzykniętych płynów. W niektórych jednak przetworach obserwujemy w tym względzie znaczne różnice, które należy tłumaczyć prawdopodobnie składem chemicznym lub może ich trwałością chemiczną. Ostatnie stosuje się do kalomelu i białego precypitatu (*Hydrarg. amulato-bichloratum*), które znacznie silniejszą od innych tu wymienionych związków powodują reakcyę miejscową.

Ze stopniem reakcyi miejscowej idzie najczęściej w parze i oddziaływanie ogólne na organizm t. j. im silniejszą jest pierwsza, tem więcej cierpi stan ogólny chorego. W tym jednak kierunku obserwowałem najwięcej wyjątków.

Co się tyczy tworzenia się abscesów w miejscach zastrzyknięć to największą skłonność do przejścia w ropienie mają infiltraty powstałe specjalnie po iniekcjach kalomelu, chociaż przy odpowiedniej technice, zastrzykiwania zupełnie czystych przetworów i odpowiedniemu zachowywaniu się chorych liczba ropni i tutaj do *minimum* może być zredukowaną. Ze spostrzeżeń mych wypada dalej, iż nieprzyjemna ta komplikacja jest prawie wyłącznie właściwością nierozpuszczalnych związków chloro-rtęciowych, albowiem po licznych iniekcjach dokonanych innemi preparatami w nadzwyczaj rzadkich tylko przypadkach widziałem powstawanie abscesów ¹⁾.

Prócz tego zarówno przy kalomelu jak i przy białym precypitacie obserwujemy znaczną różnicę w porównaniu z innemi nierozpuszczalnymi związkami w samem rozwijaniu się i czasie trwania reakcyi miejscowej (ból i nacieczenie). Gdy bowiem po użyciu wszystkich innych wymienionych środków objawy podrażnienia miejscowego najsilniej występują w pierwszych 24 do 48 godzinach po zastrzyknięciu, rozwijają się takowe po kalomelu i białym precypitacie powolnie, dochodząc do *maximum* dopiero około 4-go lub 5 dnia.

Stosownie do procentu rtęci zawartej w każdym z przytoczonych związków mogą one znaleźć zastosowanie lecznicze w ilościach od 0,04 do 0,15 i 0,20 grm. *pro injectione*. Ilości użyte przezemnie do jednego zastrzyknięcia w celach terapeutycznych, przedstawiają się jak następuje:

Związek rtęci	Koncentracja	Ilość procentowa
Hydrarg. oxydulat. nigrum . .	1:10	0,12 grm.
Hydrarg. oxydat. rubr. . . .	1:10	0,12 "
Hydrarg. oxydat. flavum . . .	1:30	0,04 "
Hydrarg. sulfurat.	1:10	0,12 "
Hydrarg. praecipit. album. . .	1:10	0,12—0,13 "
Hydrarg. jodat. flavum . . .	1:10	0,12—0,13 "
Hydrarg. jodst. rubrum . . .	1:7,50	0,18 "
Hydrarg. tannic. oxydulat. . .	1:7,50	0,18 "
Hydrarg. carbolic. oxydat. . .	1:7,50	0,18—0,19 "

Ponieważ tedy z liczby wymienionych związków największy procent rtęci przedstawiają związki jej tlenowe, to dla otrzymania wymaganego wpływu merkurjalnego na organizm *resp.* na przymiot, potrzebne są daleko mniejsze ilości tychże przetworów aniżeli innych nierozpuszczalnych soli rtęciowych nie wyłączając i kalomelu (zawierającego 84,90% rtęci t. j. znacznie mniej aniżeli związki tlenowe). Małe ilości wprowadzonego w tkanki preparatu stanowią w pierwszej linii przyczynę dla czego objawy podrażnienia miejscowego wypadają tak małoznaczące; dalszego zaś objaśnienia faktu niniejszego szukać należy w pro-

¹⁾ W dwóch przypadkach po kilkakrotnem zastrzyknięciu żółtego jodku rtęci.

stocie samego związku chemicznego tudzież łatwej tegoż rozkładalności, co zupełnie przeciwnie przedstawia się z innymi solami merkurjalnymi a w szczególności z kalomelem.

Pomyślne wyniki otrzymane przezemnie przy leczeniu przymiotu wstrzykiwaniami związków tlenowych rtęci, a specjalnie żółtego tlennika, którego dla wykazanych powodów wyłącznie teraz używam, zostały opublikowane w roku zeszłym ¹⁾. Dalsze obserwacje moje tudzież różnych kolegów specjalistów w zupełności je potwierdziły. Cztery do sześciu zastrzyknięć po 0,04—0,06 *Hydr. oxydat. flavi* ²⁾ robione w tygodniowych odstępach wystarcza w niepomiernej większości przypadków, zarówno świeżego jak i późnego przymiotu, do otrzymania najlepszych wyników terapeutycznych, jakich przy stosowaniu któregośkolwiek ze znanych dotąd środków iniekcyjnych rozpuszczalnych lub nierozpuszczalnych otrzymać nie jesteśmy w stanie. Przy użyciu zaś innych przetworów nierozpuszczalnych albo potrzebną jest dla osiągnięcia takiegoż samego skutku większa liczba iniekcyj, na czym cierpi praktyczna strona metody, albo użyte być muszą do pojedynczych zastrzyknięć emulsje więcej skoncentrowane, co nie pozostaje bez wpływu na stopień podrażnienia miejscowego *respective* oddziaływania ogólnego na ustrój.

Wyjątek w tym względzie stanowi czerwony jodek rtęci, którego ilości od 0,15 do 0,18 gram. ³⁾ *pro injectione* mogą być wprowadzone w organizm z bardzo małą stosunkowo reakcją miejscową i za pomocą którego po 3 do 8 zastrzyknięciach, otrzymywałem w przypadkach późnego przymiotu poprawę, *resp.* wyleczenie. Nierównie jednak prędzej następowały podobne wyniki w analogicznych przypadkach, po zastrzykiwaniach żółtym tlennikiem rtęci w połączeniu z równoczesnem stosowaniem jodku potasu do wewnątrz. Pomieniony związek, t. j. czerwony jodek rtęci, może być zatem użyty z korzyścią u osób nie znoszących lub źle znoszących jod wewnątrz, co również można powiedzieć i o żółtym jodku rtęciowym z tą różnicą, iż zastosowanie jego podskórne w ilościach wskazanych wyżej, które korzystnie wpływają na objawy przymiotu, nierównie jest bolesniejsze i powoduje większe infiltracje; w dwóch przypadkach nawet obserwowałem wytworzenie się ropni, czego przy żadnym z wymienionych tu przetworów nigdy nie zdarzyło mi się widzieć.

Odnosnie do techniki iniekcyjnej, która przy podskórnem stosowaniu środków nierozpuszczalnych bardzo ważną odgrywa rolę i o której w poprzednich wyż przytoczonych moich publikacjach ⁴⁾ obszerniej wspomniałem, pozwolę sobie zwrócić uwagę na niektóre jeszcze punkta, wymagające szczególniejszego uwzględnienia, a mianowicie:

1. Mięśnie okolicy pośladkowej, miejsca najwłaściwszego do zastrzyknięć—winny podczas samego wstrzyknięcia znajdować się w stanie zupełnej relaksacyi.

¹⁾ Gazeta Lekarska. Nr. 21—1886. *Wiener Medicinische Presse* 1886.

²⁾ *Rp. Hydrarg. oxydat. flavi* 1,0—1,50, *Gumm. arab.* 0,25, *Aquae destill.* 30,0 grm.

³⁾ *Rp. Hydrarg. jodat. rubr.* 2,0, *Gummi Arabici* 0,15, *Aq. destillat.* 15,0—20,0 gram.

⁴⁾ Tamże poruszona jest również i kwestya powrotów (reeydyw) którą tu ze względu na ograniczony czas pominąć jestem zmuszony.

2. Płyn iniekcijny winien mieć w przybliżeniu temperaturę ciała t. j. winien być wstrzyknięty m po poprzednim jego ogrzaniu. W tym celu wystarcza potrzymać przez kilka sekund szprykę napełnioną już płynem nad płomieniem lampki spirytusowej, świecy lub cylindrem lampy.

3. Ażeby zapobiedz wchodzeniu płynu do kanału iniekcijnego, należy bezpośrednio po zastrzyknięciu położyć palec lewej ręki na miejscu ukłócia i wywrzeć nim ucisk w głąb, równocześnie zaś ruchem rotacyjnym całej płasko na okolicę pośladkową położonej ręki, starać się przez energiczne rozcieranie (nie zaś gniecień lub masowanie!) rozdzielić płyn na większą przestrzeń w tkankach.

Od chwili jak wziąłem pod uwagę przytoczone tu okoliczności, reakcyja miejscowa była znacznie mniejszą, specyalnie zaś przy zastrzykiwaniach *cum Hydrarg. oxydat. flavo* udało mi się ją sprowadzić w ten sposób do minimalnych rozmiarów.

Nie mogę pominąć milczeniem jednej jeszcze okoliczności: W niektórych, aczkolwiek bardzo rzadkich przypadkach, zdarzyło mi się obserwować, iż chorzy wkrótce po zastrzyknięciu zrobionem bądź rospuszczalnym, bądź nierozpuszczalnym przetworem rtęci, dostawali pewnego rodzaju uderzenia krwi do głowy, połączonego z zaczerwienieniem twarzy, zawrotem i uczuciem opressyi przy oddychaniu. Wkrótce jednak, zwłaszcza po zastosowaniu zimnej wody w formie kompresów na głowę, ustępowały pomienione objawy bez dalszych następstw. Pozostawiam do rozstrzygnięcia pytanie: czy wspomniane objawy, które jak mówiłem, tylko wyjątkowo zdarzało mi się spotykać i to nigdy po pierwszych lecz po dalszych zastrzyknięciach, należy odnieść do ogólnej wrażliwości chorego, czy też spowodowane były one przez dostanie się cząstek samego przetworu wprost do obiegu krwi, *respect.* do serca i bezpośrednie podrażnienie centrów jego nerwowych. Ze względu jednak na sam fakt, należałoby u osobników sangwinistycznych, skłonnych do uderzeń krwi do głowy, tudzież u ludzi z objawami *Arteriosclerosis*, stosować kuracyę za pomocą iniekcji tylko w wyjątkowych okolicznościach.

Wspomnę wreszcie, iż u 12 chorych użyłem zamiast roztworu gummy arabskiej, jako wehikułu do emulsyi iniekcijnej, zaleconego z Francyi *Oleum Vaselini v. Vaselinum liquidum*. Płyn ten jednak w niczem nie jest lepszym od pierwszego, przeciwnie, chociaż bowiem podczas samej iniekcji i zaraz po niej chorzy najmniejszego nie czują bólu, późniejsze jednak objawy podrażnienia miejscowego znacznie bywają większe, aniżeli po emulsyi gumowej. Wskutek tego środki iniekcyjne przepisuję obecnie tak jak i dawniej, t. j. w zawieszeniu w roztworze wodnym gummy arabskiej (*quant. sat. ad suspens.*; najczęściej w stosunku 0,25 na 30 gram.).

Podając w niniejszem sprawozdaniu wyniki spostrzeżeń mych, dotyczące podskórnego stosowania nierozpuszczalnych soli rtęciowych przy leczeniu przymiotu, czynię to z przekonaniem, iż z chwilą jak skuteczność takowych środków i praktyczność w zastosowaniu leczniczem, zwłaszcza niektórych z nich,

należycie zostaną ocenione, takowe środki w terapii przymiotu pierwszorzędne winny zająć stanowisko, i wyrugować całkowicie używane dotychczas w tym celu roztwory preparatów rtęciowych rozpuszczalnych w wodzie, które co dzień lub co drugi dzień muszą być aplikowane i które obok bezprzestannego denerwowania pacjentów wymagają, równie częstych wizyt u lekarza, co znów pod względem praktycznym czyni kurację dla chorego w najwyższym stopniu niewygodną i uciążliwą.

Przyczynek do właściwego leczenia pierwotnych ostrych zapaleń opłucnej za pomocą salicylanu sodu lub salolu

PODAŁ Dr. JÓZEF Drzewiecki.

Ordynator kliniki wydziałowej wewnętrznej w szpitalu Ś-go Ducha.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 44).

S p o s t r z e ż e n i e V. Augusta Majtel, bona lat 25, przybyła na klinikę dnia 7 Czerwca 1887, skarżąc się na kłócie w prawym boku, suchy kaszel i ból w prawym stawie barkowym, zwiększający się przy ruchach tego stawu. Cierpienie jej rozpoczęło się przed tygodniem dreszczami, bólem głowy i wymiotami. Pięć dni temu zjawił się ból w prawym boku, występujący początkowo tylko przy głębszem oddechaniu, a następnie i przy powierzchownem, tak że chora nie mogła oddechać. Okoliczność ta była powodem, że chora zapisała się do szpitala. Badanie wykazało: Prawy staw barkowy w stanie lekkiego obrzęku bolesny przy dotykaniu; począwszy od dolnego kąta łopatki strony prawej istnieje zupełne stępienie opukowe, oddech na tem miejscu mocno osłabiony. Próbną punkcya stwierdziła przypuszczenie surowiczego zapalenia opłucnej. Rano t^o. 38,6, tętno 93. Zalecono 4% roztwór salicylanu sodu co godzina po łyżce stołowej. Wieczorem t^o. 37,3.

8. VII. Rano t^o. 37,5; tętno 93, dosyć dobre. Pacjentka nie spała dobrze, poci się; bóle w prawym boku mniejsze, ale zato w prawym stawie barkowym większe. Fizykalne objawy zo strony płuc bez zmiany. Leczenie jak powyżej.

9. VII. Chora czuje się znacznie lepiej. Ból z boku ustąpił i w stawie barkowym mniejszy. Tępość mniejsza; stan bezgorączkowy. Leczenie bez zmiany.

10. VII. Stępienie opukowe poczyną się od 9 zebra; szmer tarcia występuje z tyłu; prawy bark bezbolesny; stan bezgorączkowy; chora wciąż się poci i skarży się na nieznośny szum w uszach tak, że prawie ogłuchła. Zalecono salicylan sodu przyjmować co dwie godziny po łyżce stołowej.

Od tego czasu pozostałe objawy zapalenia opłucnej ustępowały powolnie i 15. VII. 87 chora wypisała się, jako zupełnie zdrowa.

U w a g a. Jak widzimy z powyższego przypadku jednocześnie z zapaleniem opłucnej było i zajęcie barkowego stawu po tej samej stronie.

S p o s t r z e ż e n i e VI. Orlikowski Roman, terminator szewcki lat 16, leżący na sali kol. ZIELIŃSKIEGO, którego przez pewien czas zastępowałem. Z karty szpitalnej z rozpoznaniem *pleuritis serosa sin.* dowiedziałem się co następuje. Dnie 8 Czerwca 1887 zachorował raptownie. Choroba rozpoczęła się dre-

szczami, bólem głowy, a następnie suchym kaszlem i silnym kłójącym bólem w lewym boku, bólem zwiększającym się przy kaszlu i przy każdym głębszym oddechu. Chory stawiał sobie suche bańki i brał na przeczyszczenie, lecz nie otrzymawszy żadnej ulgi, zapisał się do szpitala dnia 11 Czerwca rano.

Badanie wykryło: z tyłu począwszy od trzeciego żebra na całej przestrzeni lewego płuca odgłos opukowy mocno stępiony; oddech na miejscu stępieniem oskrzelowy; *bronchophonia* i *aegophonia*; drżenie klatki piersiowej zniesione; rano t. 39,8, tętno 108, oddech 40. Chory skarży się na kłójący ból w lewym boku, ból głowy i suchy, męczący kaszel. Wieczorem t°. 40.2. Zalecono ciepły okład na lewy bok i Ipekę do wewnątrz.

13. VII. Ból w boku nieco mniejszy, lecz z głowy nie ustąpił. Fizykalne objawy bez zmiany. Rano t°. 38.8, tętno 120, oddech 32; wieczorem t°. 38.2. Dalej toż samo używać.

W powyższym stanie chory przebył do 20 tegoż miesiąca, w którym to dniu dostał się pod moją opiekę. Zbadawszy go, znalazłem zgodnie wszystkie powyżej zanotowane objawy. Próbna punkcja stwierdziła rozpoznanie. Chory uskarżał się na kaszel i duszność; rano t°. 38.0, wieczorna t°. 39.3. Ilość dzienna moczu=450 c. c. ciemnego zabarwienia; cięż. gat. 1022; ilość chlorków 0,91 grm. w litrze. Zalecono 4% roztwór salicylanu sodu co godzina po łyżce stołowej.

21. VII. 87. Kaszel znacznie mniejszy; rano t°. 37.8, tętno 96 dobre; wieczorem t. 37,6. Leczenie toż samo.

22. VII. Kaszel ustąpił; chory subiektywnie czuje się zupełnie dobrze. Tępość odgłosu opukowego poczyną się od ósmego żebra. Rano t°. 37,5, wieczorem 38,3. Leczenie bez zmiany.

24. VII. Rano t°. 37,2, tętno 98 dobre. Począwszy od 8 żebra oddech osłabiony, słaba aegophonia. Wieczorem 38 2. Leczenie dalej toż samo.

26. VII. Stępienie zmniejszyło się o jedno żebro, czyli istnieje od 9 żebra. Szmer tarcia słychać bardzo wyraźnie. Stan bezgorączkowy. Leczenie bez zmiany.

27. VII. Stan bezgorączkowy; tętno 84 zupełnie dobre; oddech 21 zupełnie prawidłowy. Ilość moczu 7,50 c. c. ciężaru gatunkowego 1024; ilość chlorków 20,09 grm. w litrze. Zalecono przyjmować salicylan sodu co trzy godziny po łyżce stołowej.

28. VII. Ilość moczu 980 c. c.; cięż. gatunk. 1021; ilość chlorków 13,64 w litrze. Stan zdrowia zupełnie zadowalniający, 1 Lipca w zupełnym zdrowiu został wypisany ze szpitala.

Sp o s t r z e ż e n i e VII. M. B. służący, lat 31, średniej budowy przybył w dniu 3 Maja 1887 r. do szpitala z powodu silnego kłójącego bólu w prawym boku. Przed czterema dniami zaziębił się i dostał silnych dreszczy, bólu głowy i czuł się ogólnie osłabionym; następnie wystąpił suchy kaszel i jednocześnie kłójący ból w prawym boku, zwiększający się przy kaszlu i przy każdym głębszym oddechu. Chory w ciągłych potach. Co się tyczy fizykalnych objawów, to począwszy od dolnego kąta prawej łopatki istniała zupełna tępość opukowa. Oddech oskrzelowy; drżenie klatki piersiowej zniesione; głos z odcieniem nosowym. Rano t°. 38,8; tętno 102 słabe; płwocina śluzowa, język obło-

zony; wieczorem t°. 39,6. Rozpoznałem: *Pleuritis exsolutiva dextra*. Przepisano *Inf. r. Cephaelidis ex.* 0,6 *pti* 180,0; *Spiritus vini* 30,0; *MDS*. Co dwie godziny łyżkę stołową; okład wilgotny, ciepły położono na prawy bok.

4. VI. Kaszel i bóle w prawym boku nieco zmniejszyły się, lecz za to chory uskarża się na duszność. Badając klatkę piersiową znalazłem absolutną tępość opukową na całej tylnej przestrzeni prawej połowy, poczynawszy od trzeciego żebra. Oddech oskrzelowy; aegophonia; drżenie klatki piersiowej zupełnie zniesione; tętno 90 znacznie lepsze. Rano t°. 38,3; wieczorem 39,2. Zalecono 5% roztwór salicylanu sodu co godzina po łyżce stołowej.

5. VI. Oddech daleko swobodniejszy; tępość poczyną się niżej, mianowicie od szóstego żebra. Rano t°. 36,7, wieczorem t°. 36,5. Zalecono dalej salicylan sodu.

6. VI. Stępienie można zauważyć tylko poczynawszy od ósmego żebra. Szmer tarcia słychać wyraźnie. Chory sam zwraca uwagę, że częściej i więcej oddaje moczu. Stan bezgorączkowy. Ponieważ zjawił się silny szum w uszach zalecono brać salicylan sodu co dwie godziny po łyżce.

7. VI. Wszystkie powyższe fizykalne objawy zapaleń opłucnej ustąpiły. Chory czuje się zupełnie dobrze i 9 Maja został wypisany ze szpitala w zupełnym zdrowiu.

S p o s t r z e ż e n i e VIII. B. Kisz..., maszynista, w wieku lat 29, przybył do szpitala dnia 3 Sierpnia 1887. Według słów jego, cierpienie obecne rozpoczęło się dwa tygodnie temu bólami w prawym boku i dreszczami, które parę razy się powtórzyły. Wnioskując z jego opowiadania do obecnej chwili był już leczony środkami moczopędnymi i rozwalniającymi, lecz nie czując ulgi, wystąpił do szpitala. Badanie wykazało. Chory dobrej budowy i dobrze odżywiony od czasu do czasu pokasłuje. Poczynawszy od piątego żebra na linii sutkowej prawej i od dolnego kąta łopatki po tej samej stronie istnieje absolutna tępość opukowa. Oddech na miejscu stępienia ledwo dosłyszalny; aegophonia; drżenie klatki piersiowej zniesione. Rano t°. 38,7, tętno 96; oddech 36. Chory lekko spocony, i jak opowiada prawie nie ma dnia, żeby się nie pocił, wogóle łatwy do potów. Inne narządy zdrowe. Uskarża się na ból kłujący w prawym boku, suchy kaszel i bezsenność. Wieczorem t°. 38,4. Rozpoznałem *pleur. exsul. dextra*. Przepisano 5% roztwór salicylanu sodu co godz. po łyżce stołowej.

4. VIII. Rano t°. 38,2, tętno 100; oddech 24; spał zupełnie dobrze. Żadnych nowych zmian; wieczorem t°. 38,0. Leczenie toż samo.

5. VIII. Rano t°. 37,8, tętno 104, oddech 32. Z tyłu tępość zmniejszyła się na 1,5 ctm.; bóle znacznie mniejsze, skarży się na szum w uszach. Zalecono salicylan sodu brać co dwie godziny po łyżce.

6. VIII. Rano t°. 37,5, tętno 104; oddech 36. Stan chorego nie przedstawia nowych zmian.

7. VIII. Stan bezgorączkowy; tępość na linii sutkowej ustąpiła, z tyłu poczyną się od 7-go żebra. Leczenie bez zmiany.

8. VIII. Rano t°. 37,7. Tępy odgłos prawie że ustąpił z tyłu; oddech pęcherzykowy. Wieczorem stan bezgorączkowy.

9. VIII. Stan bezgorączkowy, nie przedstawia nic nowego. Leczenie nadal toż samo.

10. VIII. Na całej prawej stronie klatki piersiowej tak z przodu, jak i z tyłu oddech pęcherzykowy, lubo nieco słabszy, jak na stronie lewej. Stan bezgorączkowy. Zalecono salicylan sodu co trzy godz. po łyżce stołowej.

13. VIII. Chory wyszedł ze szpitala w zupełnym zdrowiu.

U w a g i: Oprócz powyższych przypadków posiadam znacznie większą liczbę spostrzeżeń, których tu nie przytaczam bądźto dla tego, że nie dość szczegółowe mam o nich notatki, bądź dla tego, że leczenie za pomocą salicylanu sodu nie było ściśle przeprowadzone. Zaznaczyć mi jednak wypada, że nie widziałem ani jednego ostrego przypadku zapalenia płucnej, w którymby salicylan sodu pozostał bez wpływu.

Jeżeli wyrazimy w przeciętnych liczbach jak długo trwały zapalenia płucnej pod wpływem salicylanu sodu, to otrzymamy, że zapalenia bez wysięku trwały około czterech dni a zapalenia z wysiękiem 8,5 dni.

Powyższe cyfry tak wymownie i przekonująco świadczą na korzyść powyższego sposobu leczenia, iż sądzę, że jakieśkolwiek dalsze omawianie byłoby rzeczą zupełnie zbyteczną.

Sprawdziwszy na pewnej liczbie przypadków tak znakomite działanie salicylanu sodu na przebieg ostrych zapaleń płucnej, przedewszystkiem chciałem przekonać się czy powyższy sposób leczenia nie miał już kiedykolwiek zastosowania w praktyce. W tym celu przerzuciłem prawie całą nowszą literaturę o leczeniu zapaleń płucnej i o zastosowaniu salicylanu sodu i nie znalazłem, aby środek ten w cierpieniach płucnej był zalecanym. W jednym tylko dziele EICHHORST'A „*Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie*“ znalazłem wzmiankę, iż w jednym przypadku surowiczego zapalenia płucnej, autor wspomniany widział pomyślny wynik od salicylanu sodu, podawanego co kwadrans po 0,5 grm.; po kilku dniach wystąpiły obfite poty i chory wyzdrowiał. Po tej wzmiance zaraz następuje ostrzeżenie, że w podobnych przypadkach należy być bardzo oględnym z tym środkiem, bardzo łatwo bowiem może nastąpić nader niebezpieczny upadek sił. Wyleczenie w powyższym przypadku EICHHORST przypisuje obfitym potom.

Lecz jak się poniżej przekonamy, powyższe mniemanie EICHHORSTA jest błędem, bowiem:

1) Poty przy zapaleniach płucnej nie są bynajmniej rzeczą rzadką. Częstość zdarza się widzieć chorego całego oblanego potem, tak w początkach samego cierpienia, kiedy chory jeszcze żadnych środków nie przyjmował, jak i podczas dalszego rozwoju tego cierpienia. W przytoczonych przeze mnie przypadkach prawie wszyscy chorzy jeszcze przed rozpoczęciem leczenia ulegali obfitym potom. Podobne poty zjawiają się i przy ostrym zapaleniu stawów, co stanowi jeden jeszcze więcej dowód do poparcia mojego przypuszczenia, że pomiędzy ostrym zapaleniem płucnej, a ostrym zapaleniem stawów istnieje pewien ścisły związek, czyli, że się tak wyrażę, pokrewieństwo.

2) Napotne leczenie już oddawna zyskało sobie prawo bytu w leczeniu

zapaleń płucnej. Jednak żaden napotny środek nie był w stanie w ciągu tak krótkiego czasu zwalczyć tego cierpienia, jak salicylan sodu.

Zdaniem mojem salicylan sodu w tych razach podobnie jak i w zapaleniach stawów wywiera swoiste działanie.

Swoiste działanie tego środka opieram na powyżej przytoczonej analogii, jaka zachodzi pomiędzy gościem stawowym, a zapaleniem płucnej i sędzę, że powyżej przytoczone przypadki dość wymownie stwierdzają to przypuszczenie.

Powyższe leczenie tyczy się tylko pierwotnych ostrych zapaleń płucnej, co Francuzi nazywają „*pleurésie franche*“, a nie tyczy się bynajmniej zapaleń, opartych na pewnych dyskrazyach, jak również nie odnosi się także do zapaleń przewlekłych, lubo w tych ostatnich przypadkach powyższe leczenie zawsze pewną ulgę przynosi, o czem miałem możność przekonać się nieraz.

Nadmienić mi również wypada, że ujemnych ubocznych działań salicylanu sodu, jakoto: upadku sił, słabej czynności serca nigdy nie spostrzegałem; przeciwnie, w wielu bardzo razach nawet słabe tętno ulegało pewnemu polepszeniu. Natomiast silny szum w uszach, osłabienie łaknienia, a także wstręt do salicylanu sodu zazwyczaj towarzyszyły temu leczeniu.

Już po napisaniu tej pracy, widząc się z prof. Marcelim NENCKIM z Bernu, zostałem przez tegoż zachęcony do wypróbowania działania salolu, którego pomyślny wpływ na przebieg gościa stawowego już przez wielu klinicystów stwierdzony został stanowczo.

Wpływ tego środka na przebieg ostrych zapaleń płucnej najlepiej następujące przypadki wykażą. (d. n.)

KRYTYCZNY PRZEGLĄD OSTATNICH POJĘĆ O ISTOCIE I LECZENIU DRGAWEK PORODOWYCH

(*Eclampsia parturientium*)

jako dopełnienie prac własnych poprzednich.

Napisał Stanisław Rybicki,

Lekarz powiatu i szpitala Ś-go Stanisława w Skierniewicach, Członek-korrespondent Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

(Dokończenie.—Zobacz Nr. 44)

5. Upusty krwi.

a) Ogólne. Mają dotąd licznych zwolenników. Wyznawcy teorii TRAUBE-ROSENSTEIN'A mają dla nich przynajmniej logiczne wskazania, chcą bowiem tą drogą zmniejszyć parcie wewnątrz układu tętniczego, t. j. usunąć jeden z momentów uspasabiających do eklampsji lub nawet ją wywołujących; inni stosują je symptomatycznie, opierając się poprostu na fakcie, iż drgawki porodowe nie rzadko po zastosowaniu ogólnego krwi upustu, ustają.

Tłumaczenie skuteczności upustów krwi, podawane przez zwolenników teorii FRERICH-SPIEGELBERG'A, a mianowicie, że „nerki szybko reagują na zmianę w tenssji wewnątrz-naczyniowej, obniżenie tejże przywraca funkcję nerek i powiększa ich sekrecję, przez co krew prędko się uwalnia od nadmiernej ilości mocznika i amonijaku i jednocześnie zapobiegamy dalszemu wytwarzaniu

się amonijaku“ (KONITZ *op. cit.* krytyka); wydaje się nam co najmniej problematycznym, zwłaszcza wobec faktu, iż nader często zatrzymanie sekrecji nerkowej pochodzi poprostu wskutek przyczyn mechanicznych (HALBERTSMA).

Z obowiązku wyliczamy tu szereg nowszych autorów, którzy, albo w pracach swoich zachwalają użycie upustów krwi ogólnych, albo też opisują tylko oddzielne przypadki, dowodzić mające ich skuteczności; tu należą: S. BARQUISSAU, H. T. BAHNSON, MARTEL (*Archiv de Tocologie* 1887 za Czerwiec) PROSS (*Archiv de Tocologie* 1879 za Styczeń), CAIX, wreszcie J. KNOWLES, który ze wszystkich metod leczniczych dla eklampsji, daje pierwszeństwo obfitym krwi upustom. RHEINSTÄDTER radzi uciekać się do wenesekcji tylko w ostateczności.

Nie chcąc przedmiotu zbyt znacznie rozwlekać i powtarzać tego, cośmy już o upustach krwi ogólnych dawniej powiedzieli, zwracamy tu tylko jeszcze raz uwagę, że doraźne działanie tego środka jest krótkiem, następstwa zaś jego długotrwałemi. Przekrwienie ośrodków, od upustu krwi, tylko na chwilę się zmniejsza, ale hydraemia ogólna się powiększa i dla tego, jeżeli środek ten nie przyniesie pożądanego skutku, lub jeżeli przerwane nim chwilowo napady drgawkowe na nowo powrócą (co niejednokrotnie obserwowano), możemy być prawie pewni, iż choroba w daleko groźniejszej postaci się przedstawi.

Pojęcia nasze o użyciu upustów krwi ogólnych, w ciągu ubiegłych lat kilkunastu w niczem się nie zmieniły; zbieraliśmy tylko większą liczbę faktów własnych i cudzych, które przekonywają, że bez użycia środka tego, w największej liczbie przypadków, obejść się można. Ja sam na 17 przypadków eklampsji (leczonych), ani razu upustu krwi ogólnego nie stosowałem; toż samo kol. THIEME na 20 przypadków, a kol. STYPIŃSKI na 10 przypadków; zaś kol. ROGOWICZ na 19 przypadków 2 razy tylko uciekł się do wenesekcji; z nich 1 zakończył się śmiercią, gdy na 17 bez upustu przypada także 1 śmierć tylko. Ogółem przeto na 66 przypadków 2 razy tylko stosowanym był upust krwi ogólny, a mimo to wszakże ostateczny wynik naszego leczenia nie był gorszym od wyników podawanych przez zagranicznych lekarzy; owszem, statystyka nasza śmiertelności matek, równa się najlepszej z zagranicznych, t. j. statystyce BRAUN'A, który, o ile mi wiadomo, nie należy do zwolenników wenesekcji przy eklampsji.

Tak więc uważając ogólne krwi upusty przy drgawkach porodowych za środek raczej symptomatyczny niż racjonalny, za środek zresztą obosieczny, kończę uwagi moje w tym względzie powtórzeniem opinii własnej, wyrażonej przed laty:

Upusty krwi przy eklampsji „winny być stosowane tylko wtedy, gdy natychmiastowo zagraża apopleksja lub *oedema pulmonum*, lub gdy wyczerpano wszystkie inne środki, a hydraemia jest nieznaczna, nigdy więcej.“

b) Miejscowe w formie pijawek stawianych za uszami lub do nosa, dość często bywają stosowane. Wskazania do ich użycia też same, co i dla innych środków przeciwnapływowych. Skuteczność problematyczna; że jednak mniej krzywdy wyrządzić mogą ustrojowi od upustów ogólnych, a chwilowo wpłynąć mogą na zmniejszenie przepełnienia naczyń w ośrodkach, były też i przeenniej stosowane w praktyce, choć wyznają otwarcie, iż widocznego skutku ni-

gdy przy ich użyciu nie widziałem; nie dopatruję również owego skutku w opisach spostrzeżeń kol. STYPIŃSKIEGO, który ogólnie środek ten stosował.

6. Zimne okłady głowy.

W nowszej literaturze dotyczącej eklampsyi wogóle, nie spotykamy o nich wzmianki. Cel ich zastosowania wobec wypowiedzianej przez nas pathogenezy choroby, jest dla każdego zrozumiałym; przyznajemy jednak, iż działanie tego środka nader jest niepewnem, chociaż radzimy go stosować w formie pęcherzów, częściowo wypełnionych wodą z lodem w drobnych kawałkach.

7. Środki znoszące lub zmniejszające podrażnienie nerwowe.

Chloral ogólnie dziś przyjęty przy leczeniu napadów eklampsyi. Działanie tego środka i sposób zastosowania go przy drgawkach porodowych, najlepiej, mojem zdaniem, opisał FROGER (*Du traitement de l'Eclampsie puerperale par l'hydrate de chloral. Paris, Delahaye 104 s.*). W pracy tej mówi on, iż chloral działa: 1), pobudzająco lub zwalniająco (stosownie do dawki) na czynności serca i płuc; 2) uspakaja i usypia (*sedativum et hypnoticum*) system nerwowy przy zastosowaniu go do kanału kiszkiowego, a jest zupełnym środkiem znieczulającym (*anaestheticum*) przy zastrzyknięciu w żyłę. 3) sprowadza przekrwienie nerkowe; 4) nie wpływa wcale na kurczenia się macicy. Autor ten, zgodnie z DELONAY'EM utrzymuje, iż wobec eklampsyi chloral działa przede wszystkim hypnotyzująco, a następnie przytępiająco na ośrodki mózgowe, przez co stają się one nieczułe na działanie bodźców, napady drgawkowe wywołujących; oprócz tego chloral zmniejsza bolesność skurczów macicznych, zatem osłabia jedną z przyczyn napady wywołujących. Jako dawki nie szkodliwe FROGER uważa 10, 15 nawet 20 grm: użyte w ciągu 24 godzin. Przeciwskazaniem do użycia tego leku według niego, mają być wady serca i zaburzenia w innerwacyi tego narządu. Zestawia on 110 przypadków leczonych chlorałem samym, lub przy współczesnem użyciu innych środków; z 51 przypadków traktowanych wyłącznie chlorałem, zakończonych śmiercią było tylko 2; to też i FROGER uważa się za upoważnionego do zachwalania użycia tego środka, a tam gdzie on rychłych skutków nie sprowadza, radzi zastosowanie upustu krwi 400 grm.

O ile wnosić możemy z przeglądu prac autorów piszących o eklampsyi, pierwszym, który przy niej zastosował chloral podskórnie (a raczej w żyłę) i to po bezskutecznem użyciu go wewnątrznie, był M. BELMUNT (*Journ. de Med. et de Chir.* 1878 p. 186); zastrzykiwał on chorej trzykrotnie chloral w ilości od 6,00 do 20,00 grm. *pro dosi* w żyłę łokciową; po trzeciej dopiero iniekcji rodząca uspokoiła się zupełnie, poczem wyzdrowiała.

Z nowszych autorów zachwalają szczególnie ten środek: RHEINSTÄDTER, C. M. JONES (*Boston med. and surg. journ.* 1883 Wrzesień 27) i T. PLANT (*The obstetr. gaz.* 1882 z Lutego).

Z naszej strony dodamy, iż chloral zyskał sobie ogólne uznanie przy traktowaniu eklampsyi i dziś nie może już nawet być mowy o przeczeniu faktu, że medycyna pod tym względem zyskała dzielny środek, usuwający nie przyczynę wprawdzie, ale przynajmniej skutki choroby.

Podskórnice chlorału dotąd nie próbowaliśmy, wewnątrznie jednak używa-

ny przez nas, zwłaszcza w znaczniejszych dawkach „*per rectum*“ kilkakrotnie dowiódł nam swojej skuteczności.

Morfina (*M. aceticum et muriaticum*) wydaje się nam pewniejszą jeszcze w skutkach od chloralu, a posiada tę wyższość, iż łatwiejszą jest do zastosowania; przy użyciu zaś podskórnem, niewątpliwie mniej drażni miejscowo. Zastosowanie jej jednak przy eklampsyi, ostatnimi czasy zmniejszyło się nieco. zdaje się nie dla tego, iżby zaprzeczano jej skuteczności, lecz prędzej dla tego, iż musiała w części ustąpić miejsca chloralowi, który mniej więcej dorównyując jej znaczeniem swoim leczniczem, pozyskał dla siebie pewną część praktycznych lekarzy.

Z nowszych autorów CLARK (*The americ. journ. of obstetr. etc. vol. III N. 3. 1880 z Lipca p. 533*) zachwala działanie morfiny (*m. sulphuricum*), użytej w zastrzykiwaniach podskórnych od 0,06 do 0,09 grm. *pro dosi* w odstępach ośmio godzinnych, chociaż wywodów swoich nie popiera kazuistyką.

S. W. SMITH (*The Lancet 1881 z Lipca 16 p. 86*) uważa inne środki (chloral, chloroform i upust krwi) za niedostateczne przy leczeniu eklampsyi, wyżej nad nie wszystkie stawia zastrzykiwania morfiny od 0,015 do 0,02, stosownie do natężenia przypadłości, bez względu na zupełną utratę przytomności i zwężenie źrenic u chorej; dawki te w razie potrzeby radzi powtarzać. Odkąd w szpitalu położniczym w Melbourne zaczęto stosować ten środek, nie było wypadku śmierci z eklampsyi; ale ogółem spostrzegał autor tylko 5 przypadków choroby tej, leczonych morfiną.

J. S. COOLEY (*New York med. record. 1881 z grudnia 24*) podał opis jednego przypadku, przy którym, zdaniem jego, morfina w ilości 0,07 grm., zastrzyknięta podskórną, miała przerwać napady eklampsyi; przypadek ten jednak nie może być użyty jako stanowczy przykład skuteczności tego środka, wspólnie bowiem z morfiną używano chloralu (1,2 grm.) z bromkiem potasu (2,4) wewnątrznie, a potem tychże środków w dawkach zmniejszonych; niewiadomo więc, czemu właściwie przypisać dobry skutek.

W. ORR (*New York med. record. 1882 Nr. 9*) opisuje również pomyślny przykład przerwania napadów eklampsyi za pomocą iniekcji morfiny (0,03), jako nowy dowód skuteczności tego środka, stwierdzonej poprzedniemi jego spostrzeżeniami. Inne środki nie zdołały przerwać napadów drgawkowych, dokazała zaś tego morfina.

C. WARNAMAKER (*Americ. journ. of obstetr. 1884 z Lipca p. 749*) podaje też opis trzech przypadków, leczonych zastrzykiwaniami podskórnymi morfiny (0,02 do 0,06), w jednym z nich jednak pomimo dawki 0,04, lek ten okazał się bezskutecznym.

Własne obserwacye pozwalają mi wypowiedzieć zdanie, iż z pomiędzy wszystkich środków znieczulających, używanych celem zwalczania napadów eklampsyi, najdzielniejszą okazała się w moich spostrzeżeniach morfina; zdanie to podziela kol. ROGOWICZ który spostrzegał przypadek, gdzie upust krwi żadnego skutku nie odniósł i dopiero zastrzyknięcie podskórne morfiny zdołało przerwać napady drgawkowe. Zaznaczamy w każdym razie iż lek ten należy wytrwale stosować i w razie niezbyt wyraźnego doraźnie skutku, powta-

rząć iniekcję kilkakrotnie aż do zupełnego znieczulenia (patrz spostrzeżenie 5 i dawniejsze). Dawka podskórna nie powinna być jednorazowo mniejszą od $\frac{1}{4}$ gr. w razie potrzeby użytych być może i kilka $\frac{1}{3}$ granowych.

O p i u m (*Tinct. opii*) używam niekiedy w ilości od 10 do 20 kropli *pro dosi* celem uspokojenia dokuczliwych i nieprawidłowych bólów porodowych, oddając mu pod tym względem pierwszeństwo przed morfiną; w razie zatem takich bólów i w obawie wystąpienia napadów eklampsyi może być z korzyścią stosowanem.

C h l o r o f o r m licznych ma dotąd zwolenników zwłaszcza między lekarzami angielskimi i francuzkimi; z najnowszych zachwalają jego użycie W. A. Mc. LACHLAN (*Glasgow med. journ.* 1882 za Marzec) który opisał 3 przypadki z użyciem tego środka. TRIAIRE (*op. cit.*), 5 pomyślnych przypadków użycia chloroformu, wreszcie N. CHARLES (*op. cit.*) podał opis 1 ciężkiego przypadku eklampsyi w 7 miesiącu ciąży, przy którym chloroform na długi czas przerywał napady eklampsyi, ostatecznie jednak chora umarła.

O znieczuleniu wywołanem wdychaniami tego środka, jako działać mogącem na przerwanie napadów drgawkowych, powtórzyć musimy dawniejszą naszą opinię, iż chloroform może być użyty tylko chwilowo, doraźnie, uspienie zaś powinno być podtrzymywane przez użycie innego narkotycznego leku, dłużej bowiem przeciągające się wdechania chloroformu wobec napadów drgawkowych, uważamy za niebezpieczne i dla tego ich nie doradzamy.

A m y l n i t r i t w formie wdechów od czasu do czasu powtarzanych, przeciw napadom eklampsyi był stosowany jedynie przez kol. MAJKOWSKIEGO (*op. cit.*); jakkolwiek dwa zacytowane przez niego przypadki ukończyły się pomyślnie, zdaje nam się iż stosowanie tego środka, ze względów podobnych co i chloroform (lecz w wyższym stopniu) może mieć skutek obosieczny; dla tego, nie ośmielamy się polecać kolegom, przedsięwzięcia z nim prób, zwłaszcza w przypadkach gwałtowniejszych, groźących i bez niego, obrzękiem płucnym.

B r o m k i p o t a s s u i s o d u jak wiadomo skutecznie działające i w innych chorobach drgawkowych (epilepsyi, histeryi) a także w cierpieniach umysłowych znalazły też zastosowanie i przy leczeniu eklampsyi, a to jako środek uspakajający mający podrażnienia nerwowe. *Kalium bromatum* stosował J. S. COOLEY (*op. cit.*) wraz z chloralem (patrz wyżej); trudno jednak orzec co w przypadku jego było właściwie skutecznem: morfina, chlorał czy *kalium bromatum*? Użycie bromków w wielkiej ilości *per rectum* zaleca przeciw napadom eklampsyi J. KNOWLEES (*op. cit.*). Zdaniem naszym skutek użycia tych środków nie może być doraźnym i dla tego działanie ich przeciwnapadowe zawsze będzie wątpliwem. Za to chętnie stosujemy je po eklampsyi, zwłaszcza przy powstającej często po niej drażliwości nerwowej, nie mówiąc już zresztą o zastosowaniu bromków w obłądnie połogowym, tak często wylającym po eklampsyi; tu użycie bromków jest bezwarunkowo wskazanem.

Mówiąc o środkach zmniejszających lub znoszących podrażnienie nerwowe, celem przerywania napadów drgawkowych, wspomnieć mi jeszcze wypada o parę, które dotąd nie znalazły ogólniejszego zastosowania, a mianowicie: J. KNOWLES (*op. cit.*) radzi użycie *Veratrine*, którą chce wywołać szybkie zwolnie-

nie tętna, jak wiadomo bardzo przyspieszonego przy eklampsyi. Proponuje też on zastosowanie *Cocaini* na szyję maciczną, czego wszakże jeszcze sam nie próbował.

Nakoniec FAWR z Charkowa, w sprawozdaniu swem dla sekcji nauk doświadczalnych, miejscowego Towarzystwa, opierając się na przypuszczeniu prof. ŁASZKIEWICZA iż tlen, posiadający własność uspakajania silnych odruchów, powinien by być skutecznym przy leczeniu eklampsyi, oświadczył, iż zastosował ten środek w dwóch przypadkach drgawek porodowych i sprawdził, że pod wpływem wdechań tlenu, napady choroby ustępowały i chore powracały do przytomności. Obie jego chore wyzdrowiały; wynik taki powinien był zachęcić do dalszych doświadczeń z tym środkiem. To też wkrótce potem pojawiły się opisy spostrzeżeń SCHMIDT'A z Petersburga (*Ruskaja medicina* 1885. Nr. 32), CZUMICHOW'A z Petersburga, LWOW'A z Kazania i SUTUGIN'A z Petersburga (*Wracz* 1885. Nr. 35, 37, 38) które jakkolwiek zdają się wskazywać na pewne korzyści z wdechań tlenowych przy eklampsyi wynikające, nie pozwalają wszakże wyprowadzać stanowczych wniosków, co do rzeczywistej skuteczności tego środka. Co najwyżej, dowodzą one pomysłnego wpływu tlenu na stan komatyczny i utrudnienie oddychania przy eklampsyi.

O wzmiankowanym co tylko działaniu tlenu nie jesteśmy w możności wydać własnego sądu, należy on do przyszłości; wypowiemy jednak zdanie, że rozpowszechnienie wdechań tlenowych, choćby one okazały się rzeczywiście skutecznymi, jest nader wątpliwem, a to z powodu trudności jakie zachodzą zawsze będą w dostarczaniu tego środka chorem, dotkniętym tak nagle występującą i przebiegającą chorobą, jaką jest eklampsya.

Z przytoczonego przez nas przeglądu metod i środków wynika, iż nauka leczenia eklampsyi w ciągu ostatnich lat kilkunastu przyswoiła sobie rzeczywiście jeden tylko chloral, a także, zwróciła baczniejszą uwagę na użycie środków napotnych. Niestety, wyniki praktyczne tych nabytków nie muszą być zbyt wielkie, statystyka bowiem śmiertelności z eklampsyi, wcale się w ostatnich czasach nie poprawiła i stoi ona na tym samym punkcie, na jakim ją pozostawił VELPEAU. Cieszymy się jednak nadzieją lepszej przyszłości!

Środków specyficznie działających na zakażenia moczowe, mogących takowe neutralizować, nie znaleźliśmy w nowoczesnej literaturze o eklampsyi i my też ich wynajdywać nie myślimy.

Skierniewice d. 5 Czerwca 1887 r.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

86. Dr. J. VEIT. Zapalenie wewnątrz-maciczne podczas ciąży (*Endometritis in der Schwangerschaft*). Etyologia poronień w pierwszych miesiącach ciąży względnie niewielkiej tylko ilości przypadków jest zupełnie jasną. Badania więc, dotyczące tej kwestyi, nie są pozbawione znaczenia naukowego, wyniki zaś, jakie ztąd otrzymać można, nie małą przedstawiają wartość zarówno dla leczenia podczas poronień, jak i dla zapobiegania t. z. poronieniom nawykowym.

Zapalenie wewnątrz-maciczne w stanie niebrzemienym jest cierpieniem tak częstym, że dziwnem wydałoby się nie spotkać go również podczas ciąży.

Od czasu nawet, gdy z pojawieniem się prac ROUTH'A, OLSHAUSEN'A, SCHRÖDER'A i VIRCHOW'A, który opisał rzadką postać zap. wewnątrz-macicznego, cechującą się wybujało-polipowym rozrostem błony doczesnej (*endometritis decidualis*), i nowszych Karola RUGE'GO, KUSTNER'A i KLOTZ'A zaczęto baczniejszą zwracać uwagę na rzeczony cierpienie, przekonano się, że zap. wewnątrz-maciczne występuje podczas ciąży daleko częściej, niż w stanie niebrzemienным.

Autor badania swoje nad poronnemi jajami płodowemi przy przewlekłem zapaleniu wewnątrz-macicznym ograniczył do błony doczesnej prawdziwej (*decidua vera*) i późniejszej (*reflexa*), na których spostrzegał zmiany następujące. Błona doczesna równomiernie wydaloną, przedstawiała się dla gołego oka rozmaicie zmienioną: albo była znacznie zgrubiałą lub mętną, albo też pokrytą plamami żółtymi, podczas gdy miejsca swobodne zachowały swój wygląd przeświecający. Niekiedy znów cała sprawa ograniczała się do utworzenia się polipów, umieszczonych na wewnętrznej powierzchni błony. Na błonie doczesnej późniejszej zmiany anatomiczne były takie same, brakło jedynie, rozumie się wytworów polipowych, a zamiast plam żółtych znajdowały się wysepki białe lub białawożółte. Zmiany powyższe w niektórych przypadkach obejmowały całą błonę doczesną, w innych tylko część ograniczoną, w jeszcze innych zajęta była większa ilość odgraniczonych od siebie miejsc.

Obraz mikroskopowy błony doczes. prawdziwej niczem się nie różnił od takiegoż obrazu błony późniejszej. Pomiędzy komórkami błony doczesnej spostrzegał autor nacieczenie drobnokomórkowe, nie obejmujące całej bł. śluzowej, ale w postaci prążków, miejscami obficie obok siebie ułożonych i odpowiadających przebiegowi naczyń chłonnych. Innym znów razem zamiast przemiany wstecznej pierwiastków gruczołowych błony doczesnej, znajdował autor stan zapalny w tych ostatnich, co pod mikroskopem przedstawiało się w postaci znacznego nacieczenia drobnokomórkowego pomiędzy gruczołami.

Wobec takich zmian i często połączonego z niemi poronienia nasuwa się pytanie, czy pomienione zmiany zależą od płodu martwego, czy też stanowią przyczynę jego śmierci. Autor na zasadzie tego, że w dużej ilości spostrzeganych przez siebie przypadków żadnej przyczyny, któraaby mogła wywołać poronienie, nie można było wykazać, zmiany zaś anatomiczne występowały bardzo jaskrawo, że zmian rzeczonych brakło w kilku przypadkach poronienia występnego i tam, gdzie za główną przyczynę poronienia przyjąć należało szybkie podniesienie się ciepłoty u kobiet ciężarnych, przechodzi do przekonania, że zmiany powyższe, jakkolwiek nie koniecznie muszą sprządać śmierć płodu, stanowią jednakże częstą przyczynę poronienia.

Daleko trudniej jednakże odpowiedzieć na pytanie, czy w każdym danym przypadku zapalenie wewnątrz-maciczne można uczynić zależnem od zaburzeń wcześniejszych. Niekiedy rzeczywiście z wywiadów przekonać się można o tych ostatnich (miesiączkowanie bolesne, krwotokowe) w innych znów przypadkach wprost wykazać można u kobiet dawne cierpienie bł. śluzowej macicy. Na potwierdzenie swoich przypuszczeń przytacza autor trzy przypadki, w których uprzednio rozpoznał zgleźnikami zap. wewnątrzmaciczne, po wydaleniu zaś jaj płodowego znalazł wyżej wzmiankowane zmiany charakterystyczne na błonie doczesnej; u tych samych kobiet po upływie kilku miesięcy po poronieniu, badając wyskrobaną błonę wewnętrzną, znajdował tę samą postać zap. wewnątrz-macicznego. Wszystkie te przypadki przemawiają za tem, że zap. wewnątrz-maciczne podczas ciąży jest ciągiem dalszym wcześniejszych spraw zapalnych.

Na szczególną uwagę zasługuje obraz kliniczny omawianej choroby. Do rzędu objawów, cechujących zapal. wewnątrz-maciczne, należą: krwotoki maciczne, występujące w pierwszych miesiącach ciąży bez żadnych pobudek zewnętrznych, bóle maciczne, które w niektórych przypadkach poprzedzają krwotoki lub zjawiają się po nich, albo też w zupełności zastępują krwotoki, poprze-

dające zazwyczaj poronienie. Nadto w wielu przypadkach, które pod względem klinicznym przed wydalaniem jaja płodowego rzucają podejrzenie na obecność zap. wewnątrz-macicznego, po poronieniu występuje długotrwały krwotok wskutek przeciągania się sprawy chorobowej (t. z. *endometritis post abortum* lub niedostateczna przemiana wsteczna macicy) albo też łożysko lub części jego zostają nieoddzielone. Zbadane wówczas jajo płodowe i części łożyska wykazują obecność omawianej sprawy; wychodząc z tej zasady, należy również nieprawidłowy przebieg poronienia i zatrzymanie łożyska uczynić zależnym od zap. wewnątrz-macicznego. Badanie przedmiotowe kobiet, u których na wydalonym jaju płodowym spostrzegać się dają zmiany wyżej opisane, daje wyniki odrębne od tych, jakie istnieją przy ciąży prawidłowej, a mianowicie: macica bywa stężała i ściągnięta, zwolnienie napięcia odbywa się bardzo powoli i tylko na miejscach ograniczonych, inne zaś pozostają twardymi i bolesnymi. Co się zaś tyczy zjawiska, opisywanego jako uwięźnięcie zgiętej ku przodowi macicy ciężarnej (*auteflexio uteri gravidi*), to autor tłumaczy je również zap. wewnątrz-macicznym, wyklucza istnienie stanu patologicznego, t. z. zgięcia ku przodowi, mówiąc tylko o stanie ściągnięcia macicy (*Contractionszustände*).

Objaw taki, jak uporczywe wymioty podczas ciąży, również może być tłumaczonym zap. wewnątrz-macicznym, czego dowodem są jaja poronne, na których zawsze można stwierdzić opisane wyżej zmiany anatomiczne. Istnieje tutaj taki sam związek pomiędzy wymiotami i zap. wewnątrz-macicznym na drodze nerwów współczulnych, jaki spostrzegamy przy każdym innym zap. wewnątrz-macicznym, połączonym z zaburzeniami żołądka. Zapalenie rzeczone nie stanowi jednakże wyłącznej przyczyny wymiotów, które mogą zależeć od zaparcia stolca, histeryi, gniewu z powodu zajścia w ciążę, mało odpornego układu nerwowego i t. d.

Zestawiawszy to wszystko, można wyprowadzić dla celów leczniczych wnioski następujące. Przedewszystkiem nie należy za pomocą dużych dawek przetworów makowca starać się o to, ażeby płód 3 miesięczny był wydany dopiero może w 5-ym miesiącu dla tego tylko, że kobieta ukrywa w sobie chore jajo. Jeżeli przypuścić należy, że jajo zostało zniszczonym, to, jakkolwiek nie należy przerywać ciąży, nie trzeba jednak dbać o to, by ciążę bez potrzeby przedłużać.

Zapobiedz zapaleniu wewnątrz-macicznemu podczas ciąży rozumie się nie możemy. Błona wewnętrzna macicy po wydaleniu jaja płodowego musi uleść sprawie zapalnej nawet wówczas, gdy objawy zap. wewnętrzne w stanie niebrzemienym były względnie nieznaczne.

Samo leczenie polega na stosowaniu kąpieli, żelaza, sporyszu lub nawet *hydrastis canadensis*. Niekiedy należy macicę przepłókiwać środkami przeciwniezmieniami, niekiedy znów wyskrobać błonę wewnętrzną i przeprowadzić następnie odpowiednie leczenie.

Autor w 6 przypadkach poronienia nawykowego, stosując leczenie miejscowe bł. wewn. macicy, otrzymał świetne wyniki, po 3—5 bowiem poronieniach nastąpiła ciąża prawidłowa, która przetrwała do końca. W 2-ch z wymienionych 6 przypadków podejrzewany był przymiot, wskutek czego podawany był jodek potasu, który jednakże na dojrzanie płodu wielkich wpływów wyrzucić nie mógł.

(Berl. Klin. Woch. Nr. 35—1887). A. F.

Ze zjazdu lekarzy i przyrodników niemieckich w Wiesbaden.

(Dokończenie.—Zobacz Nr. 43).

Dr. G. v. HOFMANN. Badania nad lasecznikami błonicy LÖFFLER'A i nad ich znaczeniem chorobotwórczem. Po krót-

kiem zestawieniu wyników poszukiwań LÖFFLER'A, przytacza autor wyniki swych 60 rozmaitych spostrzeżeń (błonicy, odry, płonicy, nieżyty gardzieli i zdrowej błony śluzowej), które wykazały, iż znajduje się rzeczywiście często bardzo w gardzieli rodzaj laseczników bynajmniej nieszkodliwych, zbliżonych własnościami anatomicznymi i fizyologicznymi do laseczników błonicowych LÖFFLER'A; ściślejsze jednak porównanie pozwala wykazać pewne różnice, dotyczące zarówno kształtu pojedynczych osobników, jako też całych grup w hodowlach. Następnie otrzymał autor w 8 przypadkach błonicy hodowle laseczników, które ani w pierwszym pokoleniu, ani w następnych, hodowanych w rozmaitych warunkach i na różnym gruncie, nie różniły się niczem od odpowiednich hodowli LÖFFLER'A; do opisu jednak LÖFFLER'A należy dodać, iż laseczniki te zawsze źle rosły na agarze, czemu objaśnić można ujemne zazwyczaj wyniki prób, mających na celu otrzymanie na tym gruncie czystej hodowli (różnią się one tem widocznie od opisanych powyżej). Szczepienia próbne hodowli, otrzymanych z 7 przypadków istotnej błonicy dały wyniki następujące: w jednym przypadku szczepienie pozostało bez następstw szkodliwych; w kilku — zakażenie nastąpiło szybko i w wysokim stopniu (zgodnie z opisem LÖFFLER'A); w innych zaś — objawy zakażenia były bardzo nieznaczne. Badania kontrolujące wykazały: w 3 przypadkach odry otrzymano hodowle, nie różniące się morfologicznie od hodowli LÖFFLER'A; raz jednak tylko szczepienie ich było szkodliwym; w 19 przypadkach płonicy otrzymano 6 razy podobne hodowle, lecz nieszkodliwe; z 11 wreszcie przypadków, w których nie było żadnych zmian ani w gardzieli ani w krtani, otrzymano w 4 także hodowle; jedna z nich okazała się po zaszczepieniu szkodliwą, trzy pozostałe nieszkodliwymi. Wszelkie usiłowania, aby wykazać stałe i pewne różnice pomiędzy jednymi i drugimi hodowlami pozostały dotychczas bezskutecznymi. Hodowle początkowo szkodliwe po 4 tygodniach traciły w zupełności lub częściowo władzę zakażenia, a świnki morskie, którym je szczepiono, stały się odpornymi na szczepienia laseczników świeżo wyhodowanych.

Prof. CHIARI (Praga). Przyczynek do anatomii patologicznej jajowodów. Przy badaniu pośmiertnem spostrzegać się dają na macicznym końcu jajowodów węzłkowate zgrubienia, wielkości zazwyczaj ziarnka grochu, które kształtem swym kulistym, wyraźnem odgraniczeniem, zbitością i budową włóknistą przypominają kuliste włókniało-mięśniaki macicy i rzeczywiście dotychczas uważano je za włókniało-mięśniaki jajowodów.

Przy badaniu jednak drobnowidzowem zgrubienia te przedstawiają się jako przerost i rozrost (*hypertrophía et hyperplasia*) błony mięśniowej jajowodów, warunkowany tworzeniem się w niej torbieli, wskutek oddzielania się wypukła nieżyłowo zmienionej błony śluzowej, sięgających aż do warstwy mięśniowej. Autor nie znajdował ich nigdy dotychczas u kobiet starszych, wskutek czego uważa za prawdopodobne, iż podlegają one samoistnemu przeobrażeniu wstecznemu.

Prof. POEHL (Petersburg). Własności moczu ludzi dotkniętych przymiotem i przyczynę do kwestyi odporności przeciwko przymiotowi u zwierząt. Liczne próby szczepienia przymiotu zwierzętom, należącym do rozmaitych gatunków, pozostały bezskutecznymi. Ponieważ jednak hodowla tkanek ludzkich nie różni się tak dalece od tkanek zwierząt, aby różnica ta mogła usprawiedliwiać wyższą wzmiankowaną odporność, istnieje natomiast różnica w chemizmie przemiany materii, to zdaniem autora, należy w tym kierunku przedsięwziąć poszukiwania.

Skład moczu znajduje się, jak wiadomo, w ścisłym związku z przemianą materii w ustroju; w celu wykazania różnicy poddawał autor zawsze jednokowemu badaniu chemicznemu mocz rozmaitych gatunków zwierząt, jak również mocz ludzi zdrowych i dotkniętych przymiotem, w najrozmaitszych okresach

choroby i przy stosowaniu zwykłych środków leczniczych (rtęć i jod). Wyraźnych, typowych różnic u syfilityków nie można było wykazać. Ilość dobową często większą była od prawidłowej i wahała się między 1600—2900 c. c. Zawartość urobiliny była prawidłową, indykanu prawidłową lub nieco wyższą; urozęinę u jednego i tego samego chorego w różnym czasie wykrywano, lub nie. Stosunkowa i bezwzględna ilość mocznika była we wszystkich przypadkach większą od zwykłej i wahała się między 9,0—13,5⁰/₀₀ resp. 15—28 grm. Ilość kwasu moczowego, chlorków, fosforanów i siarczanów była zawsze prawidłową. Ze składników nieprawidłowych znajdowano niekiedy białko i pepton; ten ostani w 65⁰/₀ przypadków, w ilości nie większej, niż 0,5⁰/₀₀. W niektórych przypadkach zawartość białka i peptonu zależną była od obecności białych ciałek. Stosunek całej ilości azotu do azotu moczu wyższym był od prawidłowego (100:72,25 do 100:90,24).

Stąd wyprowadza autor wniosek, iż siła utleniania części azotowych jest zmniejszoną, co nie stanowi jednak objawu typowego dla przymiotu, gdyż spostrzegać się daje w wielu innych cierpieniach. Dla wykrycia zmian typowych POEHL zajął się badaniem pośrednich zasad moczu, zawierających azot (kreatyny, ksantyny i ewentualne ptomainów); badania te jednak nie zostały jeszcze ukończone.

Odpowiednie badania moczu zwierząt zwłaszcza małp, koni i świń pozwalają wnioskować, iż siła utleniania składników azotowych większą jest u nich, niż u ludzi; dla tego też autor zamierza badać w dalszym ciągu moczwierzęt, u których siła utleniania zmniejszoną zostanie przez uszczuplenie ilości tlenu w powietrzu, albo przez sztuczne obniżenie ciepłoty ciała, lub wreszcie środkami leczniczymi; wówczas dopiero na takich zwierzętach dokonane będą próby szczepienia przymiotu.

Dr. STADELMANN (Heidelberg). Przyczyny i leczenie śpiączki moczowej. Autor zwraca uwagę na to, iż śpiączka moczówkowa jest zależną od zatrucia ustroju kwasami (*Säureintoxication*) i zaleca leczenie jej wstrzykiwaniem do żył 3⁰/₀-owego roztworu węglanu sodu w 0,6⁰/₀-owym roztworze soli kuchennej. W celu zapobieżenia śpiączce, radzi podawać płyny alkaliczne w postaci saturacji w dużej ilości zwłaszcza przy zmianie pożywienia na czysto mięsne. Nie radzi używać podskórnych wstrzykiwań węglanu sodu wskutek następczego tworzenia się ropni, ani też podawać tego środka wewnętrznie, lub w postaci enemu wskutek powolnego wchłaniania. Kwas tlenomasłowy (*Oxybuttersäure*) powstaje wskutek rozkładu ciał białkowych i rozpada się znów na aceton i kw. octowy. Dotychczasowymi sposobami nie udało się nigdy jeszcze zalkalizować moczu, do czego niezbędnie należy dążyć. Wstrzykiwania do żył nie są bynajmniej szkodliwe; nie należy się z wykonaniem ich ociągać i ilość wstrzykniętego płynu winna być znaczną.

Jako uzupełnienie powyższego Dr. MINKOWSKI (z Królewca) dodaje, iż nie ulega najmniejszej wątpliwości istnienia związku pomiędzy śpiączką moczówkową i nadmiernem wytwarzaniem kwasów. W klinice w Królewcu spostrzegano ostatnimi laty 5 razy śpiączkę, w tych mianowicie przypadkach moczówki, w których znajdowano w moczu bardzo znaczną ilość kw. tlenomasłowego. Najlepszy dowód zmniejszenia się alkaliczności krwi stanowi zmniejszona zawartość kwasu węglanego (niekiedy do połowy zwykłej ilości); w jednym przypadku śpiączki przy moczówce, w którym przyczyną było ropne zapalenie opon mózgowych, ilość kwasu węglanego w krwi tętniczej była prawidłową. Prócz tego udało się MINKOWSKIEMU osiągnąć w jednym przypadku zejście pomyślne przez podanie w odpowiedniej porze znacznej ilości węglanu sodu (podskórnie i przez usta); mocz stał się alkalicznym, czego w przypadkach z zejściem niepomyslnem nie było. Co się wreszcie tyjeze wpływu pożywienia mięsnego, to M. podaje, iż początku zaledwie daje się zauważyć

zwiększenie ilości kwasu tleno-masłowego w moczu, w następstwie jednak ilość ta się zmniejsza i może nawet kwas zupełnie zniknąć.

Prof. BENEDICT opisuje dwie rzadkie postaci kurczu (*Pro- und Retro Pulsions-Krampf*). Jedną z nich spostrzegł dwukrotnie, w okresie zdrowienia po silnem porażeniu poprzecznem spowodowanem zapaleniem rdzenia. Chód był prawidłowy, przy stanie zaś chorzy byli jak gdyby popychani kilka kroków naprzód, a potem tyleż w tył. W pierwszym przypadku porażenie było na tle przymiotowem; w drugim zaś wystąpiło przed kilku laty raptownie, a potem stopniowo zupełnie przeszło; przed kilku miesiącami nastąpił powrót, a w okresie zdrowienia wystąpiły objawy kurczu wahadłowego ku przodowi i tyłowi („*Sagittaler Pendel-Krampf*“). Zjawiska takiego należałoby raczej oczekiwać przy zajęciu mózdzku, niż rdzenia.

Druga postać kurczu nie wiele jest częstsza; występuje ona również w okresie zdrowienia po ciężkich porażeniach, lecz nie poprzecznych, a jednostronnych.

Ilekróż chory chce wykonać chorą kończyną ruch ku przodowi następuje kurcz, który B. nazywa „*Triller-Krampf*“, przyczem noga nie posuwa się jednostajnie naprzód, lecz chory wykonywa kilka ruchów ku przodowi, a po każdym z nich następuje nieznaczne poruszenie ku tyłowi. Gdy chory zacznie już chodzić, objaw ten znika, występuje zaś na nowo przy ponownem stawianiu pierwszych kroków; a z tego względu można go przyrównać do pewnej postaci jąkania. Bez wątpienia objaw ten należy do działu płasawicy poporażennej (*chorea posthemiplegica*).

(*Tageblatt der 60. Versammlung deut. Naturforscher und Aerzte in Wiesbaden*). W. Szumlański.

Wiadomości bieżące.

Krajowe. Posiedzenie kliniczne Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego odbędzie się we Wtorek dnia 8 Listopada 1887 r. o god. 6 1/2 wieczorem.

I. MATŁAKOWSKI. O raku kiszki prostej.

II. PAWIŃSKI. Przypadek choroby Addison'a.

III. JASIŃSKI. Sprawozdanie z pracy D-ra GARBOWSKIEGO.

IV. JAWDYŃSKI. Zdanie sprawy z wydawnictwa Pamiętnika Towarzystwa, za r. b.

Wykaz prac oryginalnych w czasopismach lekarskich polskich zamieszczonych.

W Gazecie lekarskiej. W N-rze 44. WŁ. WRÓBLEWSKI. Gruźlica gardzieli (d. c.). S. S. ZALESKI. O wpływie pokarmu na skład i pożywność mleka kobiecego. MATŁAKOWSKI. Zestawienie 25 przypadków otwarcia jamy otrzewnej przy chorobach narządów rodzajnych kobiecych niezapalnego pochodzenia (c. d.). DRZEWIECKI. O chlorku amonu jako środka do wdechów w cierpieniach dróg oddechowych. Opis aparatu do wdechów chlorku amonu in statu nascenti.

W Wiadomościach lekarskich. W N-rze 3. SMOLEŃSKIEGO. Zadanie hydroterapii w chorobach serca.

W Kronice lekarskiej. W N-rze 10. PERKOWSKI. Niemoc płciowa (*Impotentia*) i jej leczenie.

W Przewodniku gimnastycznym. W N-rze 10. Wiek młodzieży. -- Jakim winien być nauczyciel. -- O gimnastyce ze stanowiska estetyki.

Sprostowanie. W N-rze 44 na str. 728 w dziale zmarłych zam. ZIENKOWSKI czytaj CIENKOWSKI.

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

Дозволено Цензурою. Варшава 23 Октября 1887 г. — Друк Михаила Зiemkiewiczа
Krak.-Przedm. Nr. 17. Cena numeru pojedynczego kop. 15 (złp. 1).