

MEDYCYNĄ.

CIASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie, rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Na prowincyi i w Cesarstwie z przesyłką, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. **Cena numeru pojedynczego kop. 15.** **Cena ogłoszeń:** Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 33.

Adres Wydawcy: Nowo-Zielna Nr. 47.

Adres Redaktora: Oboźna Nr. 5.

TREŚĆ. Práce oryginalne. Z kazuistyki powikłań śmiertelnych spraw ropnych w narządzie słuchowym i z chirurgii tychże powikłań. Napisał d-r Teodor Heiman. — O leczeniu ran zakażonych, zwłaszcza zgorzelinowych, tak zwaną gliceryną terebenową, podał Szymon Kossobudzki. (Dokończenie). — **Streszczenia i wyciągi.** 115. Zapalenie płuc włóknikowe u dzieci. 116. W sprawie leczenia wypadnięcia odbytu (*prolapsus ani*) w wieku dziecięcym. 117. Przyczynek do rozpoznania zapalenia pochwy rzeżączkowego (*vaginitis gonorrhoeica*). — **Odcinek.** Zdrowotna gimnastyka szwedzka. Podał d-r Roman Skowroński. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE

destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r T. Heiman — Sur la casuistique et le traitement chirurgical des complications léthales d'otites suppuratives. 2) D-r S. Kossobudzki — Sur le traitement des plaies infectées en particulier des plaies gangrenées par la glycérine térébenthée.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Varsovie — Rus Obozna 5.

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r T. Heiman — Zur Casuistik und Chirurgie der Behandlung lethaler Complicationen der eitrigen Erkrankungen des Ohres. 2) D-r S. Kossobudzki — Ueber die Behandlung inficirter Insbesondere gangrenöser Wunden mit dem sogenannten Terebenglycerine.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Warschau — Obozna str. 5.

Z kazuistyki powikłań śmiertelnych spraw ropnych
w narządzie słuchowym i z chirurgii tychże powikłań.

Napisał D-r Teodor Heiman*).

Jakkolwiek usiłowania usunięcia ciężkich powikłań następnych spraw ropnych w uchu wydały dotąd względnie piękne wyniki, nie można wszelako zaprzeczyć, że wyniki leczenia operacyjnego tychże powikłań pozostawiają dotąd wiele do życzenia. Nie pochodzi to stąd, że operowanie w jamie czaszkowej przedstawia zbyt wielkie niebezpieczeństwo, lub też że technika operacyjna jest wielce trudna, złożona i wymaga szczególnej biegłości chirurgicznej. Wynik pomyślny operacji zależy przeważnie od współczesnego istnienia wielu momentów szczęśliwych. To uczucie, że trzeba więcej liczyć na przypadek szczęścia, niż na własne siły, musi do pewnego stopnia oddziaływać na nas przygnębiająco. Z pomiędzy wielu znanych i nieznanym nam dotąd przyczyn na ostateczny wynik operacji najbardziej wpły-

*) Podług odczytu wygłoszonego w Warszawskiem Towarzystwie Lekarskiem dnia 2 marca 1897 r.

wa trudność rozpoznawcza. Raz zbiór objawów jest zbyt skąpy, aby mieć należyte wskazania do postępowania operacyjnego; innym razem znowu objawów tych jest zawiele i lekarz widzi chorego w takim okresie jego choroby, gdzie wszelki zabieg chirurgiczny nie przedstawia żadnych, lub też bardzo małe szanse powodzenia. Ale nawet w tych przypadkach, gdzie rozpoznanie choroby jest pewne albo bardzo prawdopodobne, mogą zdarzyć się nieprzewidziane warunki niepomysłne podczas samej operacji. Ponieważ dział ten medycyny w ogóle, otyatrii zaś w szczególności długo jeszcze nie będzie mógł być uważany za zamknięty i skończony, przeto podawanie do wiadomości publicznej każdego przypadku pojedynczego, dotąd przynajmniej, nie może być uważane za zbyteczne. Rozporządzając w tym kierunku obfitym materiałem klinicznym, pozwolę sobie w krótkości przedstawić pewną liczbę ciekawszych historii chorób, jakie spostrzegałem w roku 1896 i dodać do nich uwagi epikrytyczne. Sądzę, że mogą one mieć interes nie tylko dla lekarza specjalisty, ale także i dla chirurga i lekarza chorób wewnętrznych.

Przypadek I. Zapalenie ropne ostre ucha środkowego lewego. Ropień ostry mózgu. Operacja. Śmierć w 4½ tygodnia po operacji.

Żołnierz, S. P., lat 25, zachorował 12 stycznia 1896 r. na lewostronne ostre zapalenie ucha środkowego bez widocznej przyczyny. Przedtem nigdy na uszy nie chorował. Z początku leczył się w swoim lazarecie; 3 II. przybył do mojego oddziału. Istniała wydzielina śluzoropna w uchu lewym; błona bębenkowa była czerwona, obrzmiała i w dolnym odcinku przedziurawiona; trąbka EUSTACHIUSZ'a wolna. Słuch ucha lewego upośledzony; przewodnictwo kostne wzmożone po stronie lewej. Prawe ucho było zdrowe. Stan ogólny był zadawalający. Zastosowano wkraplania do ucha 4% ciepłego roztworu kwasu bornego i przestrzykiwania ucha ciepłą wodą w miarę nagromadzania się w niem ropy. 18. II. Ciepłota ciała podniosła się do 39,2° C., T. 96, wydzielina z ucha stała się obfitszą i wystąpił ograniczony ból głowy nad lewą muszlą uszną. Gorączka umiarkowana trwała do 21. II.; wtedy i wydzielina z ucha zmniejszyła się i ból głowy ustąpił. 27. II. zauważono znowu gorączkę, chory skarżył się na bóle kłójące w uchu, cera jego stała się blado-żółta; po dwóch dniach stan ogólny i miejscowy był zadawalający. 14. III. gorączka znowu powróciła (38,3°) i pojawiło się obrzmienie zapalne nad i na lewym wyrostku sutkowym. Już następnego dnia stwierdziłem w tem miejscu chęłbotanie; zrobiłem przeto cięcie głębokie aż do kości, przyczem wypłynęło z rany do 12,0 gęstej, żółtej ropy. Kość obnażona nie była. Po operacji ciepłota ciała opadła do stanu prawidłowego. Gojenie rany, opatrywanej gazą jodoformową, szło prawidłowo. Ropienie w uchu ustąpiło całkowicie. 30. III. Stan gorączkowy znowu powrócił (C. 38,3°, tętno 66), chory kilkakrotnie wymiotował masy śluzowo-żółciowe i doznał silnego zawrotu głowy. Bólu głowy niema. Żrenice były prawidłowe, oddziaływały dobrze na światło. Ogólny wygląd zmieniony; chory był apatyczny, jakby odrętwiały i osłupiały. Przez kilka następnych dni wymioty i zawroty głowy nie powtórzyły się. 3. IV. Kilkakrotne wymioty, zaparcie stolca, rozszerzenie źrenic i słabe oddziaływanie ich na światło; badanie dna ocznego stwierdziło brodawkę zastoinową. Odruchy kolanowe były wzmożone, stan bezgorączkowy. Wymioty po 24 godzinach po zastosowaniu wewnętrznem nalewki jodowej ustąpiły i stan ogólny był więcej zadawalający. 9. IV. skarżył się chory na rozlany ból głowy i ogólne osłabienie, był przytem bardzo blady i na wpół osłupiały. W takim stanie pozostał chory do 12. IV; w tym czasie ból głowy rozlany zmienił się na czołowy, znacznie powiększający się przy opukiwaniu tej okolicy, 15. IV. Chory czuł się

bardzo osłabionym, tak że pozostawał już odtąd ciągle w łóżku w postawie leżącej. Przy siedzeniu a jeszcze bardziej w postawie stojącej chory nie był w stanie wymówić żadnego wyrazu a nawet wydać jakiegokolwiek głosu. 18. IV. Ciepłota 37,2°, tętno 54. W nocy były kilkakrotne wymioty połączone z krótką, 10 minut trwającą utratą przytomności; zmiana położenia sprowadza nader silne zawroty głowy; żrenice były zwężone, oddziaływały słabo na światło; ostatnie bardzo męczy oczy chorego. Odruchy kolanowe znikły prawie zupełnie; skórne słabo wyrażone. Na pytania odpowiada zadawałajaco, tylko rzeczowników oznaczających pewne przedmioty wymówić nie jest w stanie. Gdy pokazuje mu się np. łyżkę, talerz, chleb, to przedmiotów tych chory nazwać nie może, ale powtórzyć te same rzeczowniki za mówiącym jest w stanie. Sól, nazywa „los“, a następnie wszystkie poprzednie przedmioty również nazywa „los“. Mowa bardzo go męczy; jest nawpół senny. 20. IV. Ciepłota 36,6°, tętno 62, zauważono niedowład lewego nerwu twarzowego; po pokazaniu cukru i zapytaniu, co to jest? chory odpowiada „chleb“, po zwraceniu mu uwagi, że to jest „kawałek cukru“, jest tylko w stanie wymówić wyraz „kawałek“. Wyrazów które dnia poprzedniego za mówiącym powtarzał, dziś nie był w stanie wymówić; słysząc je od mówiącego, tylko lekko uśmiechał się, mówiąc, że wie, co mu pokazują, lecz nazwać przedmiotu nie może. Drukowane i pisane czyta biegle. 21. IV. Przystąpiłem do otworzenia jamy czaszkowej i opróżnienia ropnia, który mieścić się był powinien w lewym zrazie skroniowym. Operację wykonałem, uśpiwszy przedtem chorego chloroformem, w asystencyi konsultanta oddziałów chirurgicznych szpitala i kilku kolegów. Po uprzednim zgoleniu włosów z głowy i należytem obmyciu jej poprowadziłem przez wszystkie części miękkie aż do kości cięcie, idące od łuku licowego ku górze na 3 cm. nad górnym brzegiem muszli usznej, a stąd ku dołowi wzdłuż brzegu zewnętrznego wyrostka sutkowego do jego końca dolnego. Wykonałem czasową rezekcję kości skroniowej zapomocą piły rotacyjnej, dłuta i młotka; wypiłowaną kość tuż nad ścianą górną przewodu słuchowego zewnętrznego odłamałem. Oddzielona część kości miała 5 cm. długości i 3 wysokości. Obnażona opona twarda nie tętniała i miała wygląd zdrowej. Przeciąłem ją wzdłuż całej długości i wbiłem w substancję mózgu w pierwszy zwój skroniowy nóż ostrokończasty do głębokości 3 cm. a brzegi rany rozsunąłem korncan-giem; wówczas z głębi wypływać zaczęła żółta, gęsta ropa w ilości 40 cm. sz. Przy ostrożnem badaniu palcem jamy ropnia ściany jej okazały się gładkimi; miała ona kierunek ku tyłowi pod istotą szarą. Jamę wypełniłem lekko gazą jodoformową; kość wypiłowaną ułożyłem na dawnem miejscu, bez całkowitego dopasowania do otaczających kości i część rany skórnej zaszyłem. Następnie rozciąłem bliznę na wyrostku sutkowym, znalazłem kość w jednym punkcie chropowatą; przystąpiłem przeto do wydłutowania wyrostka sutkowego; komórki jego były wypełnione ziarniną; wyskrobałem ją, otworzyłem sklepienie wyrostka (*tegmen mastoideum*), jakkolwiek było ono zdrowe; obnażyłem też zatokę poprzeczną. Ropy nigdzie nie znaleziono. Wieczorem po operacji ciepłota 37,6°, tętno 78, chory leży wciąż na brzuchu, jest senny i na wszystkie zwrócone do niego pytania odpowiada „wszystko jedno“ (wsio rawno). 22. IV. Ciepłota 36,7°, tętno 72. Niektóre przedmioty nazywa właściwie. Po zmianie opatrunku brak rzeczowników staje się minimalny; tych zaś, których wymówić nie może, określa całemi zdaniami, np. mleko „jest to płyn od krowy, służący do picia“. Ogólne usposobienie wesołe. Wieczorem nieznaczny ból głowy, ciepłota 37,8°, tętno 84. 23. IV. Ciepłota 36,6°, tętno 78. Obrzęk okolicy skroniowej, żółtawe zabarwienie białkówki, które trwały do 26. IV. Po zmianie opatrunku zauważyłem lekkie odstawanie kości odpiłowanej i wypuklenie substancji mózgowej. Wieczorem ciepłota 37,6, tętno 66.

Ogólny stan był zadawalający do 4. V. 5. V. pojawiło się obfite ropienie z powierzchni i głębi rany, wystąpiła bledność twarzy, senność i ból głowy czółowej. W godzinę po opatrunku chory zwymiotował, opatrunek odrazu został przemoczony przeważnie przez ropę i chory potem doznał znacznej ulgi, co trwało do 7. V. Tegoż dnia ciepłota 37,1°, tętno 66, wyraźne tętnienie na powierzchni rany; chory jest niespokojny, apatyczny, stracił łaknienie dotychczas bardzo dobre. Wystąpiły znowu wyraźne zaburzenia w mowie, natury tej samej, co przed operacją. I tak, np. wyrazu „krużka“ w żaden sposób wymówić nie może, zamiast „riumka“ mówi „liumka“, samą zaś literę „r“ oddzielnie powtarza za mówiącym; zamiast „soldat“ powtarza kilkakrotnie „swo“ „swo“. 12. V. oddzieliła się wypukłona, zmartwiała warstwa powierzchni istoty mózgowej. Brzegi rany kostnej łączą się w znacznej części za pośrednictwem masy białej galaretowatej, stanowiącej rodzaj ochrony dla obnażonych części mózgu; masy te tworzą rodzaj dość mocnego kitu. Do 16. V. chory czuł się znowu bardzo dobrze, omal nie lepiej jak po operacji. 17. V. Ciepłota 37°, tętno 68. Utrata łaknienia, zaparcie stolca, zaburzenia mowy. Chory na chwilę sam usiadł, utracił wszelako zupełnie mowę, doznał silnego zawrotu głowy i upadł głową na poduszkę. Na pytanie, jak się czuje, odpowiada: „chwała Bogu, teraz dobrze, teraz lepiej“, zdaje się atoli, że wyrazów tych należyście nie rozumiał, sądząc z całego zachowania się jego. 18. V. Przystąpiłem do operacji powtórnego wypuszczenia nagromadzonej ropy ze zrazu skroniowego. Po zachloroformowaniu chorego rozciąłem masy łączące brzegi kostne, część kości wypielowanej podczas pierwszej operacji uniosłem i wprowadziłem nóż w substancję mózgową więcej ku tyłowi, t. j. do 3-go zwoju skroniowego; po rozszerzeniu brzegów rany wypłynęło z głębi do dwóch łyżek gęstej ropy. Jamę ropnia lekko wypełniłem gazą jodoformową, brzegów rany nie złączyłem. Podczas i po operacji były kilkakrotne wymioty. 19. V. Ciepłota 38,8°, tętno 76. Opatrunek był nasiąknięty ropą. Chory bardzo bledy i osłabiony, odpowiada niechętnie, przedmiotów zupełnie nazywać nie jest w stanie. Wieczorem ciepłota 39,5°, tętno 120. Nazajutrz 20. V. ciepłota 40°, tętno 120. Rana była sucha, powierzchnia jej żółto-zielonego koloru, powierzchnia obnażonej i lekko wypukłonej substancji mózgowej ciemno-czerwona. Rysy twarzy zmienione, nogi zimne, mowa niewyraźna, stan na wpół komatyczny. Chory zmarł tegoż dnia o godzinie 7½ wieczorem wśród ustawicznych jęków.

Badanie pośmiertne. Wykonane zostało przez prosektora szpitalnego w mojej obecności we 24 godziny po nastąpieniu śmierci. W okolicy skroniowej lewej istnieje rana skóry półokrągła, długa na 5, szeroka na 3 cm. Między brzegami rany znajduje się miękka, ciemno-czerwona masa, mająca lekkie zagłębienie prowadzące do przetoki długiej na 6 cm. i idącej ku tyłowi pod powierzchnią szarej istoty mózgowej. Sklepienie czaszki jest prawidłowe, opona twarda napięta; wzdłuż naczyń opony naczyniowej prześwieca płyn żółtawy. Lewa półkula mózgu jest w części tylnej bardziej wypukłona od prawej. Zatoka podłużna górna zawiera krew płynną, ciemną. W okolicy rany opona twarda jest mocno przyrośnięta do sąsiedniej istoty mózgowej i tylko zapomocą noża daje się oddzielić od ostatniej, przyczem wypływa znaczna ilość ropy gęstej z okolicy 3-go zwoju skroniowego. Część istoty mózgowej nie zakrytej kością, otoczona jest grubą do 1½ mm. błoną włóknistą. Przeciąwszy istotę mózgową przez całą długość tej błony, okazuje się pod szarą istotą jama wielkości jaja gołębiego, której ściany pokryte są gęstą, prawie galaretowatą ropą; po usunięciu jej ściany jamy okazują się gładkimi i wysłanymi delikatną torebką, łatwo dającą się odskrobać. Otaczająca istota mózgową jest na grubość 1 cm. rozmiękła, obrzmiała i bleda. Rogi tylne

komór bocznych i komora czwarta zawierają ropę. Nadto znajduje się w lewej komorze bocznej kilka niewielkich (2 mm. głębokich i 3 mm. szerokich) czerwonych ognisk. Podstawa mózdzku i mostu WAROLA pokryta jest gęstą ropą. Opona twarżda zatoki poprzecznej i nad sklepieniem jamy bębenkowej jest w trójnasób zgrubiała, konsystencji chrzęstno-włóknistej. Sama zatoka zupełnie pusta. Ściana tylna *sulci sigmoidei* nad wyrostkiem sutkowym jest zaczerwieniona; posiada na bardzo ograniczonej przestrzeni miejsce rozmiękłe, nie komunikujące się z wyrostkiem sutkowym. Ostatni wypełniony jest świeżą ziarniną. Ucho środkowe i wewnętrzne, i nie wydłutowana część wyrostka sutkowego oraz jego sklepienie nie przedstawiało zboczeń chorobowych. Wypielowana za życia część kości skroniowej miała wygląd prawidłowy; pokrywające ją części miękkie były bardzo nacieczone. Ropa zawierała przeważnie paciorkowce. W innych narządach nie znaleziono nic godnego uwagi.

Epicrasis. Jest to dziewiąty przypadek ropnia mózgowego pochodzenia usznego, jaki dotąd spostrzegałem. W sześciu przypadkach rozpoznanie stwierdzone zostało już to podczas operacji, już to na stole sekcyjnym; w pozostałych trzech przypadkach nie było żadnych objawów pozwalających przypuszczać istnienie tak ciężkiego cierpienia w jamie czaszkowej. W tych trzech przypadkach znaleziono przy badaniu pośmiertnem dwa razy ropień mózdzku; w trzecim był ropień prawego zrazu skroniowego po *otitis media acuta*, przebiegający całkiem skrycie. W przypadkach za życia rozpoznanych, 5 razy był ropień w jednym ze zrazów skroniowych i raz w mózdzku. Opisany obecnie przypadek stanowi ropień mózgowy ostry wywołany przez ostre zapalenie ropne ucha środkowego. Ropień na kilka dni przed śmiercią został powikłany zapaleniem ropnem opon mózgowych (*Leptomeningitis purulenta*). Ostrego pochodzenia ropnia dowodzą wywiady, czas trwania choroby i jego własności anatomiczne. Początek jego rozwoju należy odnieść do daty 18 lutego, t. j. do dnia, kiedy po raz pierwszy wystąpiła gorączka, obfita wydzielina ropna z ucha i ograniczony ból nad uchem. Te objawy nie przedstawiają właściwie nic charakterystycznego dla ropnia mózgu, ani nawet dla jakiegobądź cierpienia jamy czaszkowej, gdy jednak weźmiemy pod uwagę dalszy przebieg choroby, a mianowicie, typ gorączki zbliżony do przepuszczającej, blado żółtą cerę chorego, jego apatyę, odrętwienie, częste osłabienie ogólne, a następnie wymioty, brodawkę zastoinową, zaburzenia w mowie, oraz czasowe zwolnienie tętna, dowodzące już pewnej znacznej objętości ropnia, to owe objawy początkowe nie mogą być uważane za wywołane przez tworzący się ropień podokostnowy, lecz za pierwszy okres ropnia mózgu. Tylko co wyliczony szereg objawów nie pozostawiał najmniejszej wątpliwości, że istnieje ropień mózgu i, sądząc z umiejscowienia cierpienia w narządzie słuchowym i ze zboczeń w mowie, ropień należało umiejscowić w lewym zrazie skroniowym i to w pierwszym lub trzecim zwoju. Ropienie w mózgu trwało zatem 96 dni i wystąpiło na 37 dzień trwania sprawy ropnej w uchu. Pierwsze objawy ropnia wystąpiły przypadkowo po ustaniu ropienia w uchu. Ostre ropnie mózgowie pochodzenia usznego są względnie rzadkie; a jeszcze rzadziej napotykamy je przy ostrem zapaleniu ropnem ucha środkowego. (LEBERT, FARWICK, BEZOLD, BAGINSKY, GLUCK, SCHMIDT, GRUBER, JANSEN). Zaburzenia mowy, które podług SCHMIGELOW'a zdarzają się prawie w połowie przypadków (42%), w naszym przypadku należy uważać za afazję amnestyczną (amnezyę wyrazową); zależały one od ucisku ropy na drogi przewo-

dnie między ośrodkiem mowy sensoryjnym (czuciowym) i ruchowym; zniszczenia tych dróg lub ośrodka czuciowego nie było, bo inaczej zmiana położenia chorego na siedzące lub stojące oraz opróżnienie ropnia nie mogłyby mieć wpływu na większy lub mniejszy stopień tych zaburzeń. Droga, którą zarazki chorobotwórcze z ucha przedostały się do jamy czaszkowej, przy braku zniszczeń ze strony kości nie daje oznaczyć się na pewno. Ognisko rozmiękle w rowku zagiętym prawdopodobnie było tym przewodnikiem. Skutkiem zapalenia ropnego jamy bębnekowej rozwinęło się zapalenie wyrostka sutkowego; stąd za pośrednictwem drobnych żyłek kostnych przeszło ono na ścianę kostną rowka kostnego, na oponę twardą tej okolicy i sklepienia jamy bębnekowej, skąd sprawa zapalna, *resp.* paciorkowce przedostały się do samej istoty mózgowej i dały tam początek ropniowi. Sądząc po początkowym przebiegu pooperacyjnym, zdawało się, że chory ten powinien wyzdrowieć; lecz coraz nowe gromadzenie się ropy w jamie ropnia stanęło temu na przeszkodzie; powtórna operacja nie osiągnęła jednak celu z powodu, że ropa zebrała się na nowo, oraz że u chorego już wtedy istniało rozlane zapalenie opon mózgowych.

Jeżeli bliżej zastanowimy się nad dotychczas otrzymanymi wynikami z chirurgicznego leczenia ropni mózgowych usznego pochodzenia, to one nie okażą się tak świetnymi (do 50% wyzdrowień), jak to bywa opisywane. Bezpośredni wynik operacyjny rzeczywiście jest taki; gdy jednak śledzić będziemy dalsze losy operowanych, liczba wyzdrowień okaże się bardzo niewielka; dotąd istnieje zaledwie kilka przypadków, gdzie chorzy żyli jeszcze w kilka lat po operacji i byli zupełnie zdrowi; najczęściej ginęli oni po pewnym czasie skutkiem nawrotów różnych cierpień mózgowych, a u tych, co pozostali przy życiu, rozwinęła się padaczka, u innych afazja, a u innych znowu nieznosne bóle głowy. Nie zapominajmy też, że wiele przypadków z zejściem niepomyślnem nie zostało podanych do wiadomości publicznej, co jeszcze bardziej obniżyłoby odsetkę wyzdrowień. Nie jest mojem zadaniem zastanawiać się w tem miejscu nad przyczynami wyników pozostawiających jeszcze wiele do życzenia; przypadek niniejszy skłania mnie wszelako do zwrócenia uwagi na jeden moment, który, zdaje mi się, powinien mieć ważne znaczenie dla wyniku leczniczego. Mam tu na myśli obszerność cięcia istoty mózgowej; należy ją rozciąć na całej szerokości ropnia, a przynajmniej na całej szerokości obnażonego z kości mózgu. Nie jest to jeszcze tak dawno, a po części i dziś się przez niektórych praktykuje, że opróżnia się ropę z jamy ropnia zapomocą przekłócia igłą z następną aspiracją. BERGMANN wykazał, że można bez obawy wprowadzić nóż do pewnej głębokości w istotę mózgową i takie postępowanie okazało się daleko praktyczniejszem i bezpieczniejszem, aniżeli nakłócie istoty mózgowiej w rozmaitych miejscach. Opierając się na tych danych, na znanym fakcie z fizjologii, że istota mózgową znosi dobrze cięcia nawet bardzo obszerne i wycięcia całych jej kawałów i przystosowując się do ogólnej zasady chirurgicznej, że tylko przez cięcie obszerne jamy wypełnione ropą najłatwiej się opróżniają i najprędzej się goją, gdy przeciwnie cięcia małe prowadzą do zatok i długotrwałego ropienia; jestem zdania, że i w ropniach mózgowych cięcie obszerne może bardzo dodatnio wpłynąć na ostateczny wynik leczenia. Przez takie cięcie ropa szybko całkowicie usunięta zostaje, zapobiega to zatrzymywaniu się pozostałych lub nowych jej ilości; z łatwością wydzielą się też i inne chorobowe części zawarte w jamie ropnej, jak np. kawałki mózgu uległyszgorzeli, części a mo-

że i cała torebka otaczająca ropień i t. p. Nie potrzebujemy stosować prze-
mywań, przestrzykiwań i wogóle żadnych rękoczynów drażniących ranę
i nie mogących być obojętnymi dla istoty mózgowej. Utrzymując brzegi
rany rozwartemi i wypełniając jamę ropnia gazą, — najlepiej wyjałowioną,
gdyż jodoformowa także w pewnych razach drażni — powstrzymujemy gro-
madzenie ropy i ułatwiamy równomiernie wypełnienie jamy ropnia ziarni-
ną z głębi ku powierzchni. Mając obszerną ranę można też gołem okiem
rozpatrzeć jej wnętrze. Obawa krwotoku z obszernego cięcia nie może także
być wzięta w rachubę; większe naczynia dają się łatwo ominąć, z mniejszych
zaś krew łatwo zatrzymać się daje; zresztą istota mózgowa jest naj-
częściej dokoła ropnia na znacznej przestrzeni rozmiękła i małokrwaista; już
to samo wyłącza krwawienie obfitsze. Od krwawienia zaś i przekłócie cienką
igłą w pewnych razach nie ochroni.

Powszechnie prawie stosowany obecnie sposób operowania z miejsca
pierwotnego ogniska ropnego w danym przypadku nie został wykonany z po-
wodu braku tego ogniska w wyrostku sutkowym i w jamie bębenkowej i że
istniały wybitne objawy wskazujące, że choroba umiejscowiona jest w okoli-
cy 1-go i 3-go zwoju skroniowego.

Przypadek II. Zapalenie przewlekłe ucha środkowego prawego. Objawy ro-
pnia mózgowego. Wyzdrowienie.

Żołnierz D. L. lat 24, przybył do oddziału usznego 28. I. 1896 r. z powodu sta-
rego ropienia z ucha prawego. Przy badaniu ropienie było nieznaczne, błona bę-
benkowa była blado czerwona, zgrubiała i w dolnej połowie posiadała mały otwo-
rek. Na wyrostku sutkowym istniała podłużna rana cięta, pokryta bladą ziarniną;
z końca górnego rany prowadziła przetoka podskórna w kierunku ku przodowi do
łuku licowego. Słuch ucha prawego był wybitnie osłabiony. W + R—. Ucho lewe
było zdrowe. Ogólny stan bezgorączkowy, ciepłota 37,5°, tętno 66. Chory czuł się
osłabionym i zmęczonym. Ucho i ranę opatrzone w sposób zwykły; ostatnia zagoi-
ła się w przeciągu ośmiu dni; ropienie z ucha było minimalne lub też czasowo gi-
nęło zupełnie i powtarzało się to aż do wyjścia chorego ze szpitala. 3. II. wystąpił
rozlany ból głowy i zwężenie źrenic; po kilkunastu godzinach objawy te znikły.
5. II. Ból głowy powtórzył się; opukiwanie głowy nie wykazało miejsc bolesnych;
chory jeden raz zwymiotował masy śluzowo-ropne. Ciepłota 36,5°, tętno 42. Nastę-
pnych dni chory czuł się znowu zupełnie dobrze. 16. II. pojawił się silny ból głowy
czołowy i wymioty wielokrotne; podczas wymiotów była prawa źrenica znacznie
rozszerzona. Badanie dna ocznego wykazało wylewy krwawe w siatkówce i nie-
wyraźność tarczy nerwów wzrokowych. Przytomność umysłu była nienaruszona.
Zmiana położenia wywoływała silne zawroty głowy. Niedowład prawego nerwu
twarzowego, wzmożenie odruchów kolanowych i osłabienie skórnych; osłabienie
dochodzące do niedowładu kończyn lewostronnych. 17. II. Ciepłota 36,2°, tętno
120. Po wewnętrznem zastosowaniu *trae jodi* kropel 15, prawie wszystkie wzmian-
kowane objawy zginęły; chory był wesół, przechadzał się swobodnie po pokoju;
przy śmiechu prawy kąt ust ulegał zboczeniu ku stronie lewej. 7. III. Ciepłota
36,5°, tętno 54, znowu pojawiły się wszystkie objawy z dnia 16. II. a nadto ścisk
powiek (*blepharospasmus*). Po zastosowaniu jodu stan ten po dwóch dniach znikł.
10 i 11. III. jednorazowe wymioty; głowa była swobodna; chory zaczął się skarżyć
na ucisk w oczach, 14. III. na osłabienie wzroku, które do 19. III. znacznie się
wzmogło. 28. III. Powrót bólu głowy, przeważnie w czole i wymioty. Te same
objawy 4. IV przy ciepłocie 36,5°, tętnie 58, a nadto widzenie podwójne, zez zbic-

żny, znaczne osłabienie wzroku w oku lewym i brodawka zastoinowa w obydwóch oczach. Zastosowane zostało leczenie przeciwpriymiotowe mieszane; chory otrzymał 30 wcierań szaruchy po 4,0 i codziennie 4,0 *kalii jodati*. Już 14. IV. znikło widzenie podwójne, siła widzenia w oku prawem poprawiła się znakomicie; brodawka zastoinowa stała się mniej wyraźna w oku prawem. Odtąd stan ogólny i miejscowy chorego stopniowo się poprawiał. Wylewy krwawe na dnie siatkówki uległy zupełnemu wessaniu $D = \frac{20}{40}$ $S = 1\%$. Pewne upośledzenie widzenia wszelako pozostało. Po skończonem leczeniu przeciwpriymiotowem ten ostatni objaw pozostał bez zmiany. Badanie dna ocznego wykazało wtedy zanik nerwów wzrokowych. Chory pozostawał jeszcze przeszło trzy miesiące w szpitalu, wszelako żadnych nawrotów choroby nie było. W cztery miesiące po wyjściu ze szpitala otrzymałem od niego list, w którym donosi, że jest zupełnie zdrow z wyjątkiem wzroku, który utracił prawie całkowicie.

Epicrisis. Wystąpienie przy wycieku ropnym z ucha całego szeregu objawów ropnia mózgowego i charakter ich napadowy skłoniły mnie z początku do najprawdopodobniejszego rozpoznania ropnia w prawym zrazie skroniowym; dalszy wszelako przebieg i wystąpienie objawów nienapotykaných dotąd przy ropniu mózgowym t. j. wylewów krwawych na dnie siatkówki, zupełne zniknięcie wszelkich objawów w czasie między napadami, rozwijająca się w następstwie ślepotą i trwale wyzdrowienie po zastosowaniu leczenia swoistego zachwiały pierwotne moje rozpoznanie. Ponieważ nowotwór mózgu i inne cierpienia ogniskowe dały się także wyłączyć, nie pozostało nic innego, jak dane cierpienie mózgu przyjąć za miękczak priymiotowy rozwijający się na podstawie czaszki w pobliżu nerwów wzrokowych, który powstał niezależnie od ropienia z ucha. Sądząc *ex juvantibus (et nocentibus)*, takie rozpoznanie wydaje się najprawdopodobniejszym. Szybki zanik nerwów wzrokowych, jaki się u chorego rozwinął, należy do przypadków rzadkich nawet u syfilityków. Można by postawić zarzut, że pomimo wyzdrowienia, o którym nie da się powiedzieć z całą stanowczością, aby ono już było stałe, ropień mózgu istnieć może, lecz że przeszedł on w okres zupełnego utajenia. Bez względu też czemuś podobnemu zaprzeczyć się nie da. Biorąc wszelako na uwagę napady, jakim chory ulegał podczas bytności swojej w szpitalu i częstość ich, będziemy mieli zupełne prawo uważać je za okres końcowy ropnia mózgowego, a jeżeli tak jest, trudno przypuścić, ażeby po zastosowaniu leczenia niechirurgicznego wszystkie objawy na tak długi czas znikły. W przebiegu ropni mózgowych krótsze lub dłuższe przerwy między pojedynczymi napadami są częste; w tych wszelako przypadkach, gdzie napady szybko i w krótkich odstępach czasu po sobie następują i ostateczne zejście długo na siebie czekać nie daje. Zupełny brak jakichbądź objawów między napadami pojedynczymi, tak aby chory w tym czasie czuł się zupełnie dobrze, należy też przy ropniach mózgowych do najrzadszych wyjątków; ja czegoś podobnego nie spostrzegałem. Moi chorzy nawet w okresie, że tak powiem, utajenia ropnia, zawsze robili wrażenie ludzi chorych i najczęściej ciężko chorych. Przypadek ten potwierdza już niejednokrotnie wypowiedziane przezemnie zdanie, że prócz objawów ropnia mózgowego dla najprawdopodobniejszego rozpoznania i przedsięwzięcia rękoczynów chirurgicznych potrzebne jest niezbędnie dłuższe spostrzeganie chorego, ma się rozumieć, o ile nie ma w tem bezpośredniego niebezpieczeństwa dla jego życia.

Wprawdzie otworenie jamy czaszkowej i wniknięcie do istoty mózgowej nie należy do wielkich niebezpieczeństw, wszelako rękoczynem obo-

jętnym nazwać go nie można i nie należą znowu do nadzwyczajnych rzadkości przypadki, gdzie pomimo największych środków ostrożności powstaje śmiertelne zapalenie opon mózgowych i mózgu po tej operacyi. Mając przeto przystąpić do otworzenia domniemanego ropnia mózgowego, nie czynimy tego, aż nie będziemy pewni lub prawie pewni rozpoznania choroby. Jeden lub kilka objawów, jednodniowe spostrzeganie chorego w wyjątkowych tylko przypadkach prowadzi do celu. Zasada anglików „im dłużej czekać, tem więcej trupów“ nie może być uważana za prawidło, jak tego dowodzi choćby przypadek opisany oraz inny do pewnego stopnia analogiczny, o którym tu w kilku wyrazach wspomnę. W tym samym czasie, kiedy leczyłem tego chorego, miałem też pod swoją opieką 22 - letniego oficera cierpiącego na przewlekłe zapalenie ropne ucha środkowego prawego z całkowitym brakiem błony bębenkowej, datujące od pierwszych lat dziecińczych. U chorego tego, mającego w wywiadach swych przymiot, powstały bez widocznej przyczyny gwałtowne bóle głowy w okolicy potylicowej prawej, silne zawroty głowy i bardzo częste obfite wymioty. Tętno było zwolnione, ogólny stan bezgorączkowy. Leczenie miejscowe ucha, przyszczydła i nalewka jadowa na okolicę potylicową, lód wewnętrznie zaś *kalium jodatum*, *kalium bromatum*, salol, chinina usunęły wszystkie powyższe objawy i chory mógł nawet wyjść na ulicę. Po dwóch dniach atoli po przepędzeniu przez chorego paru godzin na wyścigach konnych opisane objawy wróciły; jedynie wymioty stały się rzadsze. Wobec braku zmian ze strony dna ocznego i niektórych innych objawów znamienych dla ropnia mózgu, rozpoznałem ropień zewnątrzoponowy. Ze względu jednak, że choremu bezpośrednio niebezpieczeństwo nie groziło i że przebył on przed kilku laty przymiot, postanowiłem po narażeniu się z kol. GAJKIEWICZEM zastosować energiczne leczenie przeciwprymiotowe mieszane t. j. wcierania szaruchy i wewnętrznie *kalium jodatum*, a gdyby chory nie zaczął poprawiać się, przystąpić do otworzenia jamy czaszkowej i wypuszczenia z niej ropy. Operacya wszelako była zbyt ciężka; chory po 20 wcieraniach poprawił się zupełnie i dziś jeszcze blisko po roku żadnego nawrotu nie było. Ma się rozumieć, że otwór w błonie bębenkowej pozostał.
(C. d n.).

II. Z KRAJOWEGO (ZIEMSKIEGO) SZPITALA W LIPÓWCE
(gub. Orłowska, pow. Bołchowski).

O leczeniu ran zakażonych, zwłaszcza zgorzelinowych,
tak zwaną gliceryną terebenową,

podał **Szymon Kossobudzki**, lekarz krajowy.

(Dokończenie.—Zob. Nr. 34).

II. Zapalenie tkanki łącznej szyi LUDWIG'a. Nr. 288. N. B. lat 47. Dostała silnego bólu gardła z dreszczami i gorączką. W kilka dni potem zaczęła puchnąć szyja; łykanie, mówienie, a nawet otwieranie ust stały się prawie niemożliwe.

24. X. Chora znękana, twarz szaro-zielona, oczy zapadłe, tętno szybkie, ciepłota $39,5^{\circ}$. Narządy wewnętrzne zmian nie przedstawiają. Gardła obejrzeć nie podobna. Z ust wstrętny zapach. Po lewej stronie szyi, pod szczęką, na *trigonum carotic.* guz chelbocący, pokryty ciemno - czerwoną skórą, w jednym miejscu barwy ciemno-granatowej. Ropień ten, stopniowo zmieniając konsystencję, przechodził na obwodzie w twarde nacieczenie.

Tegoż dnia szerokie cięcie po znieczuleniu skóry chlorkiem etylu. Wyszła ogromna ilość szaro-zielonej ropy i strzępów zmartwiałej tkanki z zapachem gnilnym, nadzwyczaj cuchnącym. Ropień przestrzyknięto rozczy-nem 1% lizolu i wytamponowano gliceryną terebenową. Płókanie gardła rozczy-nem chloranu potasu z nalewką jodową. Wieczór C. $38,5^{\circ}$. Rano nastę-pnego dnia C. 37° .

26. Zmiana opatrunku, który przemokł zupełnie. Odeszło dużo ropy i zmartwiałej tkanki bez zapachu.

27 i 28. Zmiana opatrunku. Brzeg rozcięcia, gdzie skóra była zupeł-nie cienka i barwy granatowej, uległ zgorzeli i oddzielił się. Rana nie ma żadnego zapachu, wydziela gęstą, żółtą ropę, pod którą znajduje się czerwona ziarnina.

30. Rana zupełnie czysta, wypełnia się czerwoną ziarniną. Opatru-nek jodoformowy. Chora wypisała się; zagojenie nastąpiło w kilka dni.

III. Rana rwana prawej ręki. Złamanie przedramienia. Nr. 213. H. R. lat 37, wzrost średni, budowa średnia, odżywianie mierne, narządy we-wnętrzne bez zmian. Pracowała przy maszynie, szarpiącej wełnę i została porwana za rękę, którą poszarpał obracający się szybko w maszynie żelazny wał szczotkowy.

3. X. Zaraz po wypadku przywieziono ją do szpitala. W dolnej czę-ści przedramienia złamanie podskórne obu kości. Cokolwiek niżej złamania, na dłoniowej powierzchni rana, która ciągnie się do palców. Skóra, mięśnie, ścięgna zostały zdarte w kierunku palców i przy tych ostatnich wiszą w po-staci strzępów różnej wielkości. Przy samych palcach skóra nie zdarta, lecz literalnie posiekana wzdłuż. Palce także prawie wszystkie ucierpiały, będąc mniej lub więcej pokrajane wzdłuż, po stronie dłoniowej. Prócz tego staw śródczłonkowy trzeciego palca, oraz staw między pierwszym członkiem pa-lucha i kością napięstka—otwarty. Kłęby palucha i paluszka zdarte, mięśnie wiszą w postaci strzępów.

Na tylnej powierzchni ręki skóra zerwana na przestrzeni 20 cm. kwa-dratowych.

Tego samego dnia odciąłem wszystko, co było porwane i zmiażdżone. Całą ranę obmyłem dokładnie rozczy-nem 1‰ sublimatu głównie w celu usu-nięcia wełny, którą cała rana była zanieczyszczona, poczem ranę opatrzyłem gliceryną terebenową.

Wieczorem C. 38° .

4. X. Rano C. $37,2^{\circ}$; wieczorem $38,2^{\circ}$.

5. X. Rano C. $37,5^{\circ}$; wieczorem $37,8^{\circ}$.

6. X. Rano C. $37,8^{\circ}$. Zmiana opatrunku. Rana bez zapachu. Od-ciąłem cząsteczki uległe zgorzeli; wieczorem C. $38,5^{\circ}$.

8. X. Rana oczyściła się—czerwona.

W skutek braku gliceryny terebenowej, opatrunek jodoformowy.

10. X. Zmiana opatrunku. Jodoform.

12. X. Wydzielina obfita, ropna, z bardzo przykrym zapachem. Ziarnina rozrasta się bujnie, lecz ma wygląd nalany, obrzękły. Opatrunek glicerynowo-terebenowy.

14. X. Rana znacznie lepiej się przedstawia i nie wydaje żadnego zapachu. W ten sposób w ciągu 11 dni zrobiono 4 zmiany opatrunku, przyczem rana była bez zapachu, ziarnina obfita, czerwona, niebolesna, lecz trochę krwawiąca. Wydzielina — gęsta, żółta ropa. Ze względu na krwawienie ziarniny zaczęto stosować jodoform. Gojenie szybkim krokiem się posuwało. Trzeba było wyciąć zmartwiałe ścięgno głębokiego zginacza trzeciego palca przyczem z głębi wyszło dużo ropy.

Od 12. X. ciepłota prawidłowa na pewien czas się podniosła, lecz po wypuszczeniu zebranej ropy i wycięciu ścięgna znowu upadła i odtąd stale była prawidłowa.

31. X. Złamanie się zrosło.

12. XI. Chora wypisała się z raną prawie zupełnie zabliźnioną.

IV. Rana rwana przedramienia. Nr. 217. E. F. lat 50. Taka sama maszyna porwała ją za rękę, zwichnęła w napiętku i zerwała skórę z łokciowego brzegu dolnej części przedramienia na przestrzeni wielkości dłoni. Chora zgłosiła się do szpitala w kilka dni po wypadku, gdy ją rana bardzo boleć zaczęła. Używała przedtem wiejskich środków, czyli jak mogła, zanieczyszczała ranę.

5. X. Rana pokryta brudną, szaro-zieloną, rzadką ropą, sama zaś barwy brudno-czerwonej. Brzegi obrzękle ciemno - czerwone. Ręka dokoła obrzękła. Rana, brzegi rany i przyległe części przedramienia bardzo bolesne przy dotknięciu. C. prawidłowa. Opatrunek glicerynowo-terebenowy.

7. X. Rana znacznie czystsza. Opatrunek jodoformowy.

10. X. Zmiana opatrunku. Jodoform.

12. X. Rana pokryta wielką ilością cuchnącej ropy; brzegi i przedramię obrzękle. Gliceryna terebenowa.

14. X. Obrzękł znikł. Wydzieliny mało, bez zapachu.

Od tego czasu pod gliceryną terebenową rana szybko się oczyściła, pojawiła się piękna, czerwona, trochę krwawiąca, niebolesna ziarnina. Wtenczas użyto jodoformu. Chora wkrótce wypisała się z raną zagojoną.

V. Rana rwana odbytu i pośladka. Nr. 231. B. L. lat 22. Zupełnie zdrowa została wciągnięta w bęben młocarni sztyftowej. Krwotok wielki. Gdy szła z ambulatoryum do szpitala, zostawiała po drodze strugę krwi. Bładość skóry i błon śluzowych. Osłabienie silne i zawrót głowy. Po obmyciu chorej ze krwi i brudu, okazało się że w okolicy pośladkowej lewej znajduje się szeroka i głęboka rana, zachodząca ku górze poza zwieracz zewnętrzny odbytu, w skutek czego chora nie może utrzymać kału. Niżej, prawie już na udzie druga równoległa, głęboka rana. Brzegi ran stłuczone, ciemnoczerwone, miejscami granatowe.

Wobec zanieczyszczenia rany plewami i słomą oraz stłuczenia brzegów uważałem zaszywanie rany za rzecz nieodpowiednią, tembardziej że chorej wskutek małokrwistości nie można było chloroformować, a zaszywać bez uśpienia nie pozwalała. Po dokładnem obmyciu ran lizolem 1% i daniu ławatywy nałożyłem opatrunek glicerynowo - terebenowy. Do wewnątrz nalewka makowcowa, Mocz kazałem wypuszczać cewnikiem.

Przez kilka pierwszych dni ciepłota dochodziła do 39°, lecz rany pomimo zanieczyszczenia kałem, którego chora utrzymać nie mogła, zupełnie były

czyste i czerwone. Wkrótce też zrosły się wgłębi; zrośnięcie brzegów opóźniło się wskutek niedokładnego dopasowania.

10 go dnia ciepłota opadła do stanu prawidłowego. Na rany zacząłem stosować jodoform, gdy zaczęły trochę krwawić. W miesiąc chora wypisała się z ranami zagojonymi.

Poprzestaję na tych pięciu przypadkach. Mógłbym przytoczyć wiele innych z praktyki szpitalnej i ambulatoryjnej, jako to: przypadki czyraków, zapalenia tkanki łącznej, zropienia gruczołów chłonnych, zanogcicy, ropnia, gruczołów piersiowych, ran zgorzelinowych, tłuczonych i różnych zakażonych, lecz wydaje mi się niepotrzebnem, bo wszędzie miałem te same dobre wyniki: wydzielina traciła zapach, rana przestawała boleć, obrzęk znikał, rana nabierała barwy czerwonej, części uległe zgorzeli oddzielały się, pojawiała się obfita czerwona ziarnina, pokryta niewielką ilością gęstej, żółtej ropy; wkrótce ziarnina zaczynała krwawić. Zdarzało mi się spostrzegać przypadki, gdzie owrzodzenie pod wpływem gliceryny terebenowej szybko goiło się, gdy nacieczenie otaczających tkanek nie ustępowało. Znikało ono dopiero pod wpływem okładu rozgrzewającego.

Poza tem stosowałem glicerynę terebenową w zgorzelinowym zapaleniu gardła przy płonicy i w zakażeniach połogowych z bardzo dobrym wynikiem, lecz omówienie tej sprawy odkładam do uzbierania większej ilości spostrzeżeń.

Czem sobie wytłumaczyć skuteczność działania gliceryny terebenowej?

RADUŁOWICZ kładzie nacisk na dwutlenek wodoru, podług mego zdania, niezupełnie słusznie, gdyż ilość wody utlenionej nie jest tak znaczna w opatrunku, by wydzielony tlen mógł wywierać wpływ tak donośny.

Wiadomą jest rzeczą, że roztwory różnego natężenia wody utlenionej były wprowadzane do chirurgii dla opatrywania ran, lecz nie zdołały się utrzymać. Co było przyczyną tego, czy mała skuteczność, czy uboczne szkodliwe działanie, lub trudność przechowywania, podnosić nie mam zamiaru, stwierdzam jedynie fakt.

W każdym razie dwutlenek wodoru w glicerynie terebenowej do pewnego stopnia spełnia swą rolę drogą odszczepiania tlenu, który *in statu nascendi* utleniać może energicznie rozwijające się w obumierających tkankach i powstające pod wpływem drobnoustrojów ciała białkowe i w ten sposób czynić je nieszkodliwymi, nietrującymi; wydzielina rany i obumierające tkanki nie ulegają rozkładowi.

Druga składowa część, gliceryna, sama przez się jest do pewnego stopnia środkiem przeciwnilnym. Przytem pochłania ona chciwie wodę, a więc wpływać może na zmianę budowy chemicznej ciał białkowych, łatwo ulegających dehidratacyi. Dalej wylugowuje ona różne związki białkowe, toksyny i toksalbuminy i w ten sposób ułatwia wchłanianie ich przez opatrunek.

Najważniejszą jednakże częścią gliceryny terebenowej, o ile mi się zdaje, być muszą wytwory utlenienia terebenu i ślady tego ostatniego rozpuszczone w roztworze wodnym gliceryny. Gliceryna terebenowa ma silny zapach i smak terebenu. Olejki eteryczne, a więc i pokrewne im tereben, są wogóle środkami przeciwnilnymi. Dalej, środki te działają chemotaktycznie dodatnio na białe ciała krwi, wywołując hyperleukocytozę i miejscowe ropienie aseptyczne. Wszystko zaś są to czynniki wywierające wogóle wpływ dodatni na przebieg zakażeń.

Gliceryna terebenowa wywiera także wpływ na barwnik krwi: krew płynąca z rany staje się pod jej działaniem ciemno-czerwoną, a następnie czarną; krwawienie ustaje. Podobne działanie okazują olejki eteryczne. SASSE zaleca olej terpentynowy do tamponowania krwawiących ran, przy krwotokach z nosa, po wyrwaniu zęba, przy gnilcu, jako doskonale *hemostaticum* ⁵⁾).

I pod tym względem okazująca podobne działanie gliceryna terebenowa zasługuje na uwagę. W sprzeczności z tem nie jest fakt, że po oczyszczeniu rany, przy dłuższem używaniu gliceryny terebenowej rana zaczyna krwawić: działanie hemostatyczne za słabem się staje w obec bujnego rozrostu obficie unaczynionej z łatwością ulegającej urazowi ziarniny.

O używaniu gliceryny i olejków eterycznych w chirurgii w dostępnej dla nas literaturze znalazłem niewiele. CANDWELL ⁶⁾ zaleca glicerynę jako środek opatrunkowy po wyjęciu martwiaków. C. tamponuje jamę na dobę, poczem tampon wyjmuje i jamę wypełnia gliceryną, którą zmienia w miarę potrzeby.

Wskutek drażniącego wpływu gliceryny jama szybko się wypełnia ziarniną i zabliźnia się.

JEANNERET ⁷⁾ zalecał przy leczeniu ran zgorzelinowych proszek *cupratum-tereben powder*—mieszaninę terebenu, siarczanu żelaza i dwuchromianu potasu oraz czysty tereben.

VOIGT ⁸⁾ zalecał w tych razach olejek eukaliptusowy. O glicerynie terebenowej prócz wyżej wymienionego RADUŁOWICZA odzywali się pochlebnie BOGOMOŁOW i profesor DIAKONOW.

Na zasadzie wyżej przytoczonych i wielu innych różnorodnych spostrzeżeń o glicerynie terebenowej powiedzieć mogę, że:

1) Gliceryna terebenowa jest bardzo skutecznym środkiem przy leczeniu ran zakażonych, zgorzelinowych, drętowych, tłuczonych, przy leczeniu wszelkich zmiażdżeń, złamań powikłanych, cuchnących owrzodzeń, ropni—w ogóle tam, gdzie tkanki okazują słaby odczyn na zakażenie.

2) Pod opatrunkiem glicerynowo - terebenowym rany przestają boleć, szybko się oczyszczają, nabierają barwy jasno-czerwonej, ciepłota opada, wydzielina nie wydaje zapachu i nie rozkłada się, części zgorzelinowe prędko się oddzielają, na powierzchni pojawia się niewielka ilość gęstej żółtej ropy, ziarnina szybko wyrasta, krzewi się bujnie i zaczyna krwawić.

3) Z chwilą pojawienia się czerwonej, krwawiącej ziarniny należy przejść do jodoformu lub aseptycznego leczenia rany, która szybko się zabliźnia.

4) Gliceryna terebenowa jest środkiem bezwzględnie nieszkodliwym. O trującym działaniu ogólnem mowy być nie może, miejscowo zaś — dobrze przygotowana—żadnego drażniącego działania nie wywiera ani na ranę, ani na skórę. Na błonach śluzowych niekiedy występuje niewielkie zaczerwienienie.

5) Opatrunek glicerynowo-terebenowy pozwala nam z daleko większym spokojem trzymać się postępowania zachowawczego w leczeniu powikłanych złamań, zgnieceń i t. p.

⁵⁾ Therap. Monatsh. N. 295, ref. w Čas. č. 1. N. 22 r. 95.

⁶⁾ British. Med. Journ. III. N. 1 r. 1890, ref. w Nowost. terap. N. 9. r. 1890.

⁷⁾ Revue médicale de la Suisse romane 82. 9. refer. w Medicin. Obozr. Luty r. 1883.

⁸⁾ The Lancet 85. Mał—ref. w Medicin. Obozr. N. 14. r. 85.

Celem tego artykułu jest zwrócenie uwagi na glicerynę terebenową, jako na środek nieszkodliwy, tani, wszędzie i w każdym czasie dający się otrzymać i przechowywać, a zarazem jako na środek wysoce skuteczny w leczeniu ran, opierających się działaniu środków ogólnie używanych.

Ze artykułu nie mogę poprzeć dowodami najbardziej przekonującymi, a mianowicie danymi doświadczalnymi, winą—okoliczności, w jakich pracuję.

Może mi się to uda kiedy, a wtenczas otrzymanymi wynikami nie omieszkam się podzielić z resztą kolegów.

Na zakończenie uważam sobie za miły obowiązek złożyć podziękowanie d-rowi RADUŁOWICZOWI za uprzejme udzielenie mi niezbędnych objaśnień.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

115. SCHLESINGER. **Zapalenie płuc włóknikowe u dzieci.** Z pracy tej, opartej na 173 przypadkach, wyjmujemy ważniejsze dane. Gorączka rozpoczyna się w sposób dwojaki. U dzieci, które zrana były zupełnie zdrowe i nie gorączkowały, ciepłota ciała wznosi się około południa do $38,8^{\circ}$, a przed wieczorem przewyższa już 40° . Podniesienie ciepłoty trwa 10 godzin, odbywa się zwykle we dnie i nie bywa poprzedzane przez żadne zwiastuny. W innym szeregu przypadków przed podniesieniem ciepłoty spostrzegamy kilka dni trwający okres ogólnego niedomagania, poczem gorączka podnosi się nagle i w przeciągu 3 — 4 godzin ciepłota dochodzi do znacznej wysokości. Dzieje się to zwykle zrana. Zapalenie płuc przebiega u dzieci z wyższą ciepłotą, niż u dorosłych. Zgadza się to z ogólnie znanym faktem, iż dzieci o wiele łatwiej oddziałują na wszystkie czynniki wywołujące gorączkę. Porównyując dane dla dzieci różnego wieku, widzimy, że przeciętne *maximum* ciepłoty wynosi u dzieci do 2 lat $40,4^{\circ}$, od 3 do 8 lat $40,3^{\circ}$, od 9 do 12 lat $39,9^{\circ}$ od 13 do 14 lat $39,7^{\circ}$. Można również dostrzedz wpływ umiejscowienia zapalenia na wysokość ciepłoty. Zapalenia płuc prawostronne przebiegają z ciepłotą wyższą, niż lewostronne, zapalenia płatów górnych z wyższą, niż dolnych. Z najwyższą ciepłotą przebiegają zapalenia płatu środkowego, pachowe oraz ośrodkowe. Co do typu gorączki zauważyć należy, iż obok gorączki ciągłej, spotykamy u dzieci gorączkę zwalniającą i przepuszczającą o wiele częściej niż u dorosłych i im młodsze są dzieci, tem wyraźniej właściwość ta występuje. Typ przepuszczający spostrzegany był wyłącznie przed 5-ym rokiem życia, co znajduje się w związku z tem, iż w gorączce różnice między ciepłotą poranną a wieczorną są u dzieci większe, niż u dorosłych. Zależność typu gorączki od umiejscowienia ogniska zapalnego jest niezaprzeczona. Zapaleniu prawego płatu górnego oraz środkowego częściej towarzyszy gorączka ciągła, gdy dla zapalenia płatów dolnych charakterystyczne są częste zwolnienia. Przy niezwykle wysokiej gorączce stałej prawie zawsze dotknięty jest płąt górny prawy. Spadek ciepłoty odbywa się zwolna, lub przełomowo. Pierwsza postać zdarza się u dzieci rzadziej, niż u dorosłych. Działa tu prawdopodobnie ta sama przyczyna, która wpływa i na częstotliwość zwolnień. Powrót do normy odbywa się w przeciągu 2 dni.

O wiele ważniejszy jest spadek przełomowy. Najczęściej ma on miejsce między 5-m a 8-m dniem choroby. Występuje on później przy zapaleniu płatów górnych, aniżeli dolnych; w $\frac{2}{3}$ wszystkich przypadków odbywa się w ciągu nocy. Ciepłota spada przeciętnie o $3,1-3,5^{\circ}$. Bardzo częstym zjawiskiem jest opisane przez BAGINSKY'ego przedprzełomowe zwolnienie ciepłoty, *procrisis*. Poprzedza ono osta-

teczny spadek bezpośrednio, o jeden tylko dzień ! dochodzi do liczb prawidłowych, nigdy jednak nie spada niżej normy, jak to bywa przy przełomie prawdziwym. Spotykamy je szczególnie wtedy, gdy gorączka ciągła bardzo była wysoka, najczęściej przy zapaleniu płuca prawego, a zwłaszcza jego płatu górnego. W $\frac{1}{7}$ części wszystkich przypadków ciepłota pokrytyczna była niższa od prawidłowej ($35,0 - 35,9^0$), niekiedy zaś przeciwnie spostrzegano szybko przemijające wzniesienia ciepłoty, rodzaj gorączki wskutek wchłaniania (rezorpcyjnej). Krzywe oddechania i tętna przez cały czas trwania gorączki przebiegają równoległe do krzywej ciepłoty. Po przełomie choroby wzajemny ich stosunek zmienia się. Krzywa tętna spada szybko, chociaż nie tak jak ciepłota. Natomiast częstość oddechania spada zwolna i staje się prawidłową niekiedy wtedy dopiero, gdy znikły objawy fizykalne zapalenia. Wskutek tego zdarzyć się może, iż ilość uderzeń tętna zaledwie w dwójnasób przewyższa ilość oddechów.

Nacieczenie zapalne. Bardzo często spostrzedz można oddech oskrzelowy na stronie zdrowej. Daje to powód do błędów rozpoznawczych zwłaszcza wtedy, gdy po stronie zdrowej tworzy się *hypostasis*. Drugą osobliwością nacieczenia zapalnego u dzieci jest to, iż nie trzyma się ono tak ściśle granic płatów, jak u dorosłych. Bardzo często zapalenie zajmuje część płatu sąsiedniego, jeszcze częściej jednak zajmuje tylko część pewnego płatu. Ma to miejsce przy zapaleniach pachowych. W $\frac{2}{3}$ przypadków zapalenia lewego płatu górnego oraz w połowie przypadków zapalenia prawego środkowego nacieczenie ograniczało się do części płatu. Zajęcie dwóch płatów nigdy nie odbywa się jednocześnie; zawsze nacieczenie pojawia się pierwiej w jednym płacie, przechodzi następnie na drugi, przyczem przejście to odbywa się w kierunku wstępującym. Powrót płuca do stanu prawidłowego następuje o wiele szybciej, niż u dorosłych. Jest to zrozumiałe, gdy zważymy, iż płuco dziecięce przed zapaleniem nie było dotknięte żadnymi sprawami chorobowymi, iż przemiana materii jest energiczniejsza, a obszar zajęty przez nacieczenie o wiele mniejszy. W 4—6 dni po spadku ciepłoty niema już śladu przebytej choroby. Rezolucja przewlekła jest zjawiskiem bardzo rzadkiem, jeszcze rzadsze są cierpienia następne, jak ropień lub gruźlica.

Przebieg zapalenia płuc jest równie ciężki u dzieci, jak u dorosłych. Szczególnie ciężki przebieg i skłonność do zboczeń od przebiegu prawidłowego spotykamy u dzieci do lat dwóch. Z objawów początkowych dreszcze zdarzają się o wiele rzadziej, wymioty zaś częściej, niż u dorosłych. Drgawki wbrew ogólnemu mniemaniu występowały względnie rzadko (w 3% wszystkich przypadków) i to tylko u dzieci bardzo młodych przy zapaleniach prawostronnych, których przebieg zwykle bywa cięższy. Bezpośrednio przed przełomem następuje znaczne pogorszenie; tem widoczniejsza jest poprawa stanu ogólnego, która zwykle następuje z zadziwiającą szybkością. W wyjątkowych przypadkach chory bywa zupełnie wyczerpany i dopiero po pewnym czasie (2 — 3 dni) przychodzi do siebie.

Zboczenia od przebiegu prawidłowego. Najniebezpieczniejszą, na szczęście jednak nie najczęstszą, z postaci nieprawidłowych jest zapalenie wędrujące, spotykane u dzieci młodszych, źle odżywianych. We wszystkich tych przypadkach zapalenie było prawostronne. Zarówno przełom choroby, jak powrót płuca do normy były opóźnione. Inną postać nieprawidłową przedstawia t. zw. *pneumonia gastrica*. Objawy ze strony przewodu pokarmowego występują tu na pierwszy plan, co daje powód do częstych błędów rozpoznawczych, tembardziej że objawy fizykalne ze strony płuc występują stosunkowo późno, niekiedy dopiero piątego dnia. Tego rodzaju przypadków spostrzegał autor pięć. Nierównie częstszą natomiast była postać mózgowa (28 przypadków). Zdarza się ona naj-

częściej przy zapaleniu prawostronnem. Przebieg jest ciężki, niekiedy nawet bardzo ciężki. Objawy ze strony płuc występują dość późno, rozpoznanie jednak staje się łatwiejsze, gdy uwzględnimy nadmierną duszność. Postać mózgowa tem się różni od zapalenia płuc powikłanego zapaleniem opon mózgowych, iż to ostatnie rozwija się skrycie. Rzadkie to powikłanie zwykle rozpoznaniem zostaje dopiero przy badaniu pośmiertnem. Jako przyczyny objawów mózgowych wymienić należy wysoką ciepłotę, ciężkie zakażenie (czego dowodem częsty białkomocz), ostre zapalenie ucha średniego. Usposobienie osobnicze gra tu również rolę nieposłednią.

Badanie krwi stale wykazuje powiększenie ilości ciałek białych, odpowiadające w pewnej mierze sile zakażenia. Natomiast stosunek pomiędzy leukocytozą a gorączką niezbyt jest wyraźny. Ilość ciałek czerwonych zmniejsza się zwykle po przełomie; zawartość hemoglobiny zwiększa się przed nim, potem zaś znowa się zmniejsza.

Powikłania. Lekkie zapalenia oskrzeli w początkowym okresie choroby spotyka się dość często, rzadziej niżyt oskrzeli powstaje w przebiegu zapalenia płuc; ma on wtedy znaczenie poważniejsze. Najczęstszem powikłaniem jest zapalenie opłucnej zwłaszcza przy zajęciu płatów dolnych; zdarza się ono częściej, niż u dorosłych i przebieg ma pomyślny, w nielicznych tylko przypadkach wysięk bywa ropny. Co się tyczy wpływu tego powikłania na przebieg gorączki; to wbrew zdaniu innych badaczy autor twierdzi, iż jest on nieznaczny. Tylko po przełomie niema spadku poniżej normy, co spotykamy przy zapaleniu niepowikłanem. Natomiast zapalenie opłucnej opóźnia, niekiedy nawet znacznie, chwilę powrotu płuca do stanu prawidłowego. Z innych powikłań białkomocz występuje u dzieci rzadziej, niż u dorosłych. Trwa on niedługo, ilość białka oraz składników postaciowych bywa nieznaczna.

Wyprysk wargowy spostrzegano w 18⁰/₀ wszystkich przypadków. Liczba to mniejsza od podawanej przez innych autorów. Zależy to być może, jak pierwszy zauważył LEBERT, od warunków miejscowych. Tak np. w Zurychu, Wrocławiu i Berlinie występuje on rzadziej, niż w innych miejscowościach. Oddawna już uważany on jest za znak pomyślny dla rokowania. Istotnie $\frac{2}{3}$ przypadków, przebiegających z wypryskiem, należało do średnich. Ostre zapalenie ucha średniego, jakkolwiek kończy się pomyślnie, znacznie podnosi ciepłotę i nadaje zapaleniu płuc ciężki charakter mózgowy. Pochodzi to stąd, iż wskutek niezarośnięcia szwu skalisto-łuskowatego zachodzi ścisły związek pomiędzy tkankami jamy bębenkowej i czaszkowej.

Śmiertelność wynosiła 4⁰/₀. Śmierć następowała wskutek znacznej siły zakażenia, wskutek nieomogi serca, wskutek nieomogi płuc i wskutek powikłań. Wśród powikłań śmiertelnych najważniejsze jest zapalenie opon mózgowych, ropne zapalenie osierdzia oraz zapalenie płuc nieżytowe.

Na rokowanie wpływa budowa, a do pewnego stopnia i wiek chorego, natomiast żadnego wpływu nie wywiera umiejscowienie zapalenia. Leczenie polegało na owijaniu w prześcieradła zmoczone w zimnej wodzie i zmieniane raz lub dwa razy co 10 minut oraz na stosowaniu lekkich środków wzmacniających i pobudzających (odwar chinowy i wino w ilości 30 — 50 gramów). Zwalczania gorączki za pomocą leków unikano, dlatego iż działają one szkodliwie na serce i ponieważ sama gorączka jest w pewnej mierze poważnym czynnikiem w walce ustroju z zakażeniem.

(Arch. f. Kinderh. T. XXII. Z. 3 — 4).

F. Sachs.

116. F. SCHMEY. **W sprawie leczenia wypadnięcia odbytu (*prolapsus ani*) w wieku dziecięcym.** Wypadnięcie odbytu w wieku dziecięcym jest cierpieniem poważnym i groźnym ze względu na to, iż często wikła je obfite krwawienie z błony śluzowej dolnego odcinka odbytnicy. Upływ w krwi osłabia uprzednio już wyniszczone i wyczerpane dzieci i gotuje im zejście niepomysłne tem rychlej, im łatwiej wypada odbyt, im większy odcinek odbytnicy z otworu odbytowego się wychyla i im częściej wypadnięcie się zdarza. W jednym np. przypadku odbytnica wypadła nie tylko podczas wypróżnienia, ale przy najmniejszym wzmożeniu tłoczni brzusznej podczas oddawania moczu, przy czem wypadnięta część błony śluzowej silnie krwawiła.

Wypadnięcie odbytu spostrzegamy najczęściej u dzieci młodych i źle odżywianych, dotkniętych nieżytem przewlekłym przewodu pokarmowego i biegunką, jak świadczy o tem 360 spostrzeżeń BOKAR'a, dotyczących 14 dzieci w pierwszym, 259 pomiędzy drugim a trzecim, 71 między 4-ym a 7-ym i 16 między 7 a 14 rokiem życia. SCHMEY we wszystkich swych przypadkach spostrzegał wyraźne objawy krzywicy i na tem oparł leczenie.

Dotychczas leczenie było przeważnie operacyjne, przy czem śmierć następowała wskutek ropnicy. Spostrzegając we wszystkich przypadkach wyraźne objawy krzywicy, przeprowadzał autor leczenie w tym kierunku, dając dzieciom fosfor w postaci: *phosphori* 0,01 *ol. jecorrs aselli* 100,0 po 1 — 3 łyżeczek dziennie. W większości przypadków wyleczenie następowało już po zużyciu jednej flaszki lekarstwa. Odbyt nie wypadł nawet przy znaczniejszem wzmożeniu tłoczni brzusznej. Z tego powodu autor wnioskuje, że wypadnięcie odbytu jest objawem i następstwem krzywicy i daje się doszczętnie wyleczyć za pomocą stosowania fosforu.

M. Kraushar.

117. MANDL. **Przyczynek do rozpoznania zapalenia pochwy rzeżączkowego (*vaginitis gonorrhoeica*).** Swoistość rzeżączkowego zapalenia pochwy u dzieci nigdy wątpliwości nie ulegała, przyjmowano bowiem, że bardzo delikatny nabłonek pochwy u dzieci nie stanowi przeszkody do przenikania gonokoków wgłąb tkanki. Inaczej rzecz się miała z rzeżączką pochwy u kobiet dorosłych. Gdy w czasach przedbakteryologicznych mniemano, że główną siedzibą rzeżączki u kobiet jest pochwa, to później, w miarę ulepszenia techniki mikroskopowej, przekonano się, że najczęściej umiejscawia się sprawa w cewce moczowej i szyi macicznej. Pod wpływem pracy BUMM'a (*Der Mikroorganismus der gonorrhoeischen Schleimhauterkrankungen*. Wiesbaden. 1886 u. 1887), w której sumienny ten badacz przeprowadza myśl o odporności nabłonka płaskiego względem zarazki rzeżączkowej, bardzo wielu ginekologów zakwestyonowało istnienie zapalenia swoistego pochwy u kobiet dorosłych. Twierdzono, że gonokoki, znajdujące w śluzie pochwy, zawędrowały tam z macicy lub cewki, i że spostrzegane niekiedy u zarażonych kobiet przekrwienie i obrzmienie błony śluzowej pochwy objaśnia się łatwo silnem działaniem drażniącym spływającej z macicy ropy rzeżączkowej.

Prace TOUTON'a, DINKLER'a, JADASSOHN'a, PICK'a, a zwłaszcza WERTHEIM'a, wyjaśniające zachowanie się pasożytów rzeżączkowych względem różnorodnych tkanek histologicznych, znakomicie przyczyniły się do zmiany tego krańcowego poglądu. Sam BUMM w ostatnich czasach ustąpił z poprzednio zajmowanego stanowiska względem rzeżączki pochwy. W najnowszym podręczniku VEIT'a znajdujemy następujące zdanie BUMM'a: u wielu dorosłych kobiet płaski nabłonek wielowarstwowy zabezpiecza pochwę od gonokoków. Niekiedy jednak błona

śluzowa pochwy zachowuje delikatną budowę dziecięcą, można bowiem w niej zauważyć komórki z miękką zarodnią i szersze, niż zwykle; w takich to przypadkach występuje *vaginitis gonorrhoeica*.

Do zmiany przekonań zmusiły BUMM'a wyniki badań mikroskopowych; jemu pierwszemu udało się w 5 przypadkach znaleźć w nabłonku pochwowym gonokoki; wyraźnie jednak zaznacza, że nie znajdował ich nigdy w tkance łącznej podśluzowej.

MANDL w pracy swej „Zur Kenntniss der Vaginitis gonorrhoeica“ doszedł do wyników nieco odmiennych. Badania swe przeprowadzał on w sposób następujący. U 3 ch dorosłych kobiet, u których błona śluzowa pochwy przedstawiała się w stanie zapalnym (obrzemiecie, przekrwienie i t. d.), a w śluzie znajdowano gonokoki NEISSER'a, wycinał MANDL, w celu zbadania drobnowidzowego z przedniej i tylnej ściany pochwy małe kawałki błony śluzowej. Skrawki stwardniałe w alkoholu, zatapiane były w celoidynie i następnie barwione podług WERTHEIM'a stężonym wodnym roztworem błękitu metylenowego; do odwodnienia preparatów służył 95% alkohol.

Histologiczne badanie tkanek wyciętych wykazało we wszystkich 3 przypadkach zmiany jednakowe. W tkance łącznej podśluzowej widać było silne nacieczenie drobnokomórkowe. Zmiany w nabłonku miały charakter ogniskowy; obok miejsc zupełnie prawidłowych można było zauważyć mniejsze lub większe złuszczenie komórek; w niektórych miejscach złuszczenie ogarnęło nawet najgłębsze warstwy nabłonkowe, co spowodowało zupełne obnażenie brodawek. Gonokoki różnej wielkości pokrywały powierzchnię nabłonka, skąd przenikały włąb, układając się w postaci grudek, lub tworząc szersze lub węższe smugi w przestrzeniach międzykomórkowych. Działanie gonokoków nie ogranicza się jednak na nabłonku, jak to kategorycznie twierdzi BUMM, przeciwnie — MANDL znajdował je i w tkance łącznej podśluzowej, gdzie zawierały się bądź w samych komórkach, bądź też między niemi. W wielu nawet miejscach, a zwłaszcza tam, gdzie nabłonek był złuszczony, można było zauważyć gonokoki na dość znacznej głębokości.

Na zasadzie spostrzeżeń klinicznych i badań drobnowidzowych dochodzi MANDL do wniosków następujących: 1) występujące w przebiegu rzeżączki zapalenie pochwy może być zapaleniem swoistem, wywołanem przez gonokoki NEISSER'a; 2) prawdopodobnie takie swoiste zapalenie pochwy zdarza się u kobiet dotkniętych rzeżączką częściej, niż dotychczas przypuszczano; 3) pasorzyty rzeżączkowe nie ograniczają działania swego na nabłonku pochwowym, a przeciwnie z łatwością wkraczają do tkanki łącznej.

(*Monatschrift f. Geb.u. Gynäk.* 1897. Band. V. Heft. I). Z. Endelman.

ODCINEK.

ZDROWOTNA GIMNASTYKA SZWEDZKA.

Podał D-r ROMAN SKOWROŃSKI.

Zainteresowanie się w ostatnich latach gimnastyką zdrowotną szwedzką z jednej strony, sprzeczność pojęć i zdań wygłaszanych w tym względzie przez myślącą publiczność, a nawet lekarzy z drugiej, skłoniła mię do zabrania głosu w tym przedmiocie i przedstawienia go, ile możliwości, w należytem świetle. Za głó-

wne zadanie stawiam sobie streszczenie głównych zasad gimnastyki szwedzkiej oraz wykazanie różnicy, jaka zachodzi pomiędzy gimnastyką szwedzką LING'a i niemiecką JAHN'a.

Największy wpływ na rozwój gimnastyki w Niemczech, szczególnie między dorosłymi, miał Fryderyk Ludwik JAHN, powszechnie niemal uznany za twórcę „narodowej gimnastyki niemieckiej”. JAHN urodził się w Lanzu w r. 1778, gdzie ojciec jego był pastorem. Od najmłodszych lat odznaczał się wielkiem zamiłowaniem do gimnastyki i zwracał szczególniejszą uwagę na rozwój sił fizycznych, odbywając dalekie wycieczki pieszo, uczył się pływać i jeździć konno. Początkowo kształcił się w gimnazjum w Salzwedenie, następnie w Berlinie w „Graukloster”. W 1796 r. wstąpił do uniwersytetu w Halli, skąd po 4-letnich studiach udał się na rok do uniwersytetu w Greifswaldzie, a następnie studiował językoznawstwo w Getyndze. Przypisując ciągłe klęski Niemców w wojnach napoleońskich zniewieścianości młodego pokolenia, dążył do pobudzenia siły i rzeźkości narodu zapomocą ćwiczeń cielesnych oraz połączenia wszystkich przeciwko wspólnemu nieprzyjacielowi, mając na celu nie tylko wszechstronne wykształcenie ciała, lecz zarazem wyrobienie w młodzieży siły, odwagi, pogardy dla niebezpieczeństwa, przyzwyczajenia się do trudów, znoszenia z obojętnością bólu i niewygód, oraz hartowanie ciała na wszelkie zmiany powietrza. Na boisku, urządzonem do ćwiczeń gimnastycznych w lasku pod Berlinem, miewał on po 2000 i więcej młodzieży, gdzie za pomocą ćwiczeń gimnastycznych, zabaw i śpiewu rozwijał siły fizyczne i patriotyzm. Starał on się obok tego o zbliżanie ludzi między sobą i w tym celu tworzył gimnastyczne kółka i stowarzyszenia. JAHN mniemał, że im trudniejsze i więcej złożone ćwiczenie, tem więcej rozwija siły fizyczne; dla tego też wprowadził wielką ilość przyrządów wielkich rozmiarów. Między innymi nieodzownym przyrządem była belka pozioma i poręcze równoległe, dotąd jeszcze używane u nas po zakładach gimnastycznych i w wojsku. Przy ćwiczeniach na tych przyrządach wymagał zbyt wielkiej zręczności, tak że ćwiczenia te stały się raczej sztukami akrobatycznymi, wskutek czego straciły na swej doniosłości, stopniowaniu i mierze. Prostych ćwiczeń jak biegu, zapasów i innych zaniechał zupełnie. Gimnastyka JAHN'a stała się umiejętnością techniczną, bez żadnej podstawy naukowej, jednostronną i nosiła charakter gimnastyki akrobatycznej i wojskowej.

Przyznać jednak trzeba, że bądź co bądź dopiął JAHN zamierzonego celu, bo kiedy po trzech latach takiego ćwiczenia jego uczniowie wraz z nim, jako ochotnicy pod wodzą LUTZOW'a, poszli na nieprzyjaciela, dokazywali cudów waleczności i męstwa. Rząd, widząc tak świetne wyniki gimnastyki JAHN'a, szczerze się nią zaopiekował, wskutek czego stowarzyszeń gimnastycznych utworzyło się bardzo dużo, szczególnie między burszami niemieckimi. Wkrótce jednak pomiędzy stowarzyszonymi wszczęły się nieporozumienia, a do stowarzyszeń wkradły się nieporządki, tak że rząd pozamykał wszystkie stowarzyszenia gimnastyczne, a samego JAHN'a uwięziono w 1819 r. Dopiero w 1825 r. uwolniono go z więzienia, nie pozwolono mu jednak mieszkać w Berlinie, ani w żadnem mieście posiadającym uniwersytet lub gimnazjum. W roku 1840 po wstąpieniu na tron Fryderyka Wilhelma uwolniono go z pod dozoru policyi i udekorowano orderem krzyża żelaznego. W 1852 roku JAHN zakończył swój czynny żywot, mając lat 74. Poza granicami Prus gimnastyka JAHN'a cieszyła się i nadal wielkiem powodzeniem i rozwijała się znakomicie, ale bez żadnego pożytku, każdy bowiem nauczyciel prowadził ją według swojego widzimisie, wskutek czego powstał wielki chaos i zamieszanie. Gimnastyka stała się sztuką nieodpowiadającą celowi. Wkrótce jednak brak gimnastyki dał się uczuć i w samych Prusiech; dlatego to już w r. 1822 zezwolono na

otworzenie szkoły gimnastycznej w samym Berlinie, w której naukę poruczono Ernestowi Wilhelmowi EISELEN'owi (1793—1846) uczniowi JAHN'a. Nie wchodząc w to, jak gimnastyka JAHN'a oddziaływa na ustrój osobników dorosłych, nie trudno wywnioskować, jak szkodliwie oddziaływa na ustroje młode, dla których jest wprost niedostępną (niemożliwą). To też już w samych Prusach zaczęły się odzywać głosy przeciwko stosowaniu gimnastyki JAHN'a w szkołach. Znalazło się wielu przeciwników szczególnie takich przyrządów jak drążek, trapez poziomy (orczyk) i poręcz równoległa. W tym celu wystąpiła komisja, złożona przeważnie z profesorów uniwersytetu berlińskiego, w której brali udział: LEHNERT, CASPER, JUENGEN, HORN, HOUSSELE, MARTIN, FRERICHS i VIRCHOW. Komisja ta jednak nic nie zdziałała wskutek sprzeczności zdań i przyrządy zostawiła nadal z tem tylko zastrzeżeniem, aby ćwiczenia na przyrządach były niejako dodatkiem do ćwiczeń ruchów wolnych i używane systematyczniej i z większą oględnością; tak np. ćwiczenia na drążku poziomym (Reck) miały stanowić przygotowanie do wspinania się, ćwiczenia na poręczach równoległych—przygotowanie do skoku z przeszkodami. W gruncie rzeczy jednak zostało wszystko po dawnemu. Byli nawet i tacy, jak np. prof. DUBOIS-REYMOND, którzy odrzucając zupełnie naukowe twierdzenia, starali się dowieść pożytku ćwiczeń na poręczach równoległych jedynie na podstawie doświadczenia. „Śmiesznem byłoby — powiada DUBOIS-REYMOND — uciekać się do jakichś tam wyszukanych teorii, jeżeli proste doświadczenie w zupełności doprowadza do celu. Jeżeliby nawet nie było poręczy równoległych, to potrzebaby je wynaleść i dlatego też zawsze się one będą znajdować na boisku przeznaczonem do gimnastyki moich chłopców“.

Wręcz przeciwnego zdania jest prof. LANGENBECK, który usilnie powstaje przeciwko stosowaniu „narodowej gimnastyki niemieckiej“ szczególnie w szkołach. „W gimnastyce JAHN'a — powiada LANGENBECK — stosowano takie ćwiczenia, których dzieci, ze względu na swój słaby rozwój fizyczny, wykonać nie mogły, przyczem zupełnie nie zważano na prawdziwie higieniczny cel tych ćwiczeń. Wskutek tego nie podnosi się w potrzebnej mierze fizycznego rozwoju i zdrowia młodego, jakby należało oczekiwać ze stosowania gimnastyki racjonalnej. Wątpli i źle rozwinięci z natury chłopcy nie są rzeczywiście w możności wykonać żądane ćwiczenia; prędzej i z wielką dla siebie korzyścią mogą odbywać ćwiczenia rzędowe (ruchów wolnych). Często daje się zauważyć, że młodzi ludzie, którzy wykonywają ćwiczenia na przyrządach z pewnym talentem i zręcznością (mit Virtuosität) i odznaczają się, co prawda, silnym rozwojem mięśni rąk, nie zawsze cieszą się takim kwitnącem zdrowiem, jakiegośmy radzi widzieć u młodzieży“.

Prof. LESGAFT nie godzi się również z poglądami DUBOIS-REYMOND'a i dziwi się, jak mógł tej miary fizyolog powiedzieć coś podobnego o poręczach równoległych: „Trudne zaiste do pojęcia — powiada LESGAFT — są takie ogólnikowe zdania profesora-fizyologa, z których wieje zupełne lekceważenie nauki, a to tembardziej, że według jego własnych słów, na tyle tylko wdaje się w roztrząsanie tej sprawy, o ile jego głos jako fizyologa może tutaj zaważyć (Nur soweit meine Stimme als die eines Physiologen hier vielleicht von Gewicht sein könnte, wollte ich mich in diesen Streit mischen) t. I, str. 29. Jeżelibyśmy — mówi dalej prof. LESGAFT — odrzucili nawet anatomię, fizyologię i higienę przy stosowaniu poręczy równoległych, opierając się jedynie na doświadczeniu i to doświadczeniu historycznem, to i w tym razie DUBOIS-REYMOND nie ma racji, gdyż za najodpowiedniejsze ćwiczenia uważano zawsze bieganie, rzucanie (oszczepu, krążka i t. p.), a w tych krajach, gdzie największą uwagę zwracano na rozwój fizyczny, jak Grecja (obecnie Anglia i Szwecja) żadnych przyrządów do gimnastyki nie używano, posługując się jedynie tylko

bieganiem, rzucaniem i zabawami, a pomimo to osiągnano zawsze wyniki dodatnie. Wreszcie, rozpatrując ćwiczenia na przyrządach podobnych z punktu widzenia młodego ustroju i celu, jakim powinno się kierować przy wychowaniu fizycznym, przychodzi do następujących wywodów, na które trudno się nie zgodzić.

1) Kośćciokład młodego ustroju w wieku szkolnym wielce się różni od tegoż w wieku dojrzałym; jest on mniejszy, zawiera więcej składników sprężystych i naczyń, a co zatem idzie, jest słabszy i mniej odporny. Każde ćwiczenie lub ruch nadmierny jest tutaj połączony z wielkim wysiłkiem, co powoduje bardzo szybko znużenie.

2) Działalność kończyn górnych wielce się różni od działalności kończyn dolnych; ruchy pierwszych odznaczają się pewną lekkością, zwinnością, gracyą i różnorodnością, wreszcie budową nadającą się lepiej do zwalczania napotykaných przeszkód, gdy tymczasem kończyny dolne, to tylko mocne podpory (podstawy) o ruchach silniejszych, ale mniej różnorodnych i zgrabnych.

3) Wskutek różnicy w budowie i działalności obu kończyn ćwiczenia wykonywane rękami powinny się różnić od ćwiczeń nóg. Używając rąk jako podpór, przy ćwiczeniach na reku, drążkach równoległych i innych w tym rodzaju przyrządach, rozwijamy wprawdzie ich siłę i opór, ale tracimy za to na zgrabności i różnorodności ruchów. Czynności ręki stają się wtedy mniej delikatne, niema tej precyzji i wdzięku w ruchach. Już sama budowa anatomiczna kończyn wskazuje nam, jakie ruchy dla każdej z nich winniśmy stosować. Ciekawe dane w tym względzie cytuje w swojej anatomii prof. LESGAFT (Anatomia Ogólna tom I, Anatomia narządów ruchu 1885 r). Mięśnie kończyny dolnej łącznie ze ścięgnami mają się tak do kości i więzów jak 1000 : 519,8 a w górnej jak 1000 : 327,73. Z tego widzimy, że w kończynach górnych, przeważają mięśnie, w dolnych kości, które tutaj grają rolę stałej i mocnej podstawy dla ciała. Stosunek wagi mięśni wyprostnych do zginaczy w kończynach dolnych ma się jak 2 : 1 w górnych jak 1 : 1,04 co znowu dowodzi, że nogi czyli podstawy przedstawiają najsilniejszą podporę dla ciała przy ich wyprostowaniu. Dalej waga *mm. rotatoriorum* kończyn dolnych wynosi prawie $\frac{1}{30}$ ogólnej wagi ich mięśni, w górnych — $\frac{1}{6}$. Ponieważ we wszystkich ruchach szybkich i zgrabnych przyjmują udział przeważnie *mm. rotatores*, a w kończynach górnych jest ich 5 razy więcej niż w dolnych, przeto i ruchy ich muszą być daleko zręczniejsze i szybsze, ale za to słabsze. Jednym słowem wszelkie ćwiczenia, w których rąk używamy jako podstawy, są nieodpowiednie i nie racjonalne, bo już sama natura do czego innego je przeznaczyła.

4) Rozwijając nadmiernie siłę i odporność w kończynach górnych naruszamy tym sposobem harmonię całego ustroju, ponieważ przy jednostronnem rozwijaniu rąk i używaniu ich zamiast nóg (ćwiczenia na poręczach równoległych) jako podpór, kończyny dolne nie rozwijają się na równi z górnymi, wskutek czego silnie rozwinięty górny odcinek ciała spoczywa na nieodpowiednio mocnych podporach, a jako na takich nie może wykazać całej swojej siły.

5) Ćwiczenia na poręczach równoległych i drążku poziomym (orczyku) bywają zwykle połączone z nadmiernem natężeniem i wysiłkiem mięśniowym, a co zatem idzie i z wielką emocyą, przez co młody człowiek staje się z czasem apatycznym i mniej wrażliwym na słabsze podniety przy wykonywaniu ćwiczeń prostszych i łatwiejszych.

6) Zadaniem rozwoju fizycznego w wieku szkolnym jest rozumne przyswojenie sobie składników każdej czynności fizycznej i możność (umiejętność) wykonania każdej pracy fizycznej podług opisu lub opowiadania. Zadanie to powinno być wykonane w sposób najprostszy, dla tego też żadne koziołki, lub ćwiczenia nieod-

powiadające budowie młodego ustroju, jak również ćwiczenia zmniejszające jego wrażliwość, zręczność i szybkość wykonania, albo psujące harmonię tej czynności, żadną miarą nie powinny być dozwolone.

7) Ćwiczenia stosowane w gimnastyce niemieckiej, a szczególnie na przyrządach, zebrane najczęściej empirycznie, bez żadnej przewodniej myśli, nie mogą mieć żadnego znaczenia pedagogicznego. Ćwiczenia te, zebrane raczej dla dorosłych, zupełnie nie odpowiadają ani doświadczeniu historycznemu, ani zadaniu szkoły, wymagającemu ścisłego stopniowania i jaknajwiększego stosowania się do osobniczych zdolności gimnastykującego się osobnika.

8) Pomijając inne jeszcze czynniki, szkodliwie oddziaływające na ustrój przy używaniu podobnych przyrządów, zaznaczyć wypada, że na 1000 ćwiczących się na przyrządach bywa 6—7 uszkodzeń mechanicznych: jak ran, kontuzji, zwichnięć, złamań, naderwania ścięgien, rozciągnięcia więzów, przepuklin i t. p., nie mówiąc już o tych chorobach, których przyczyny nie dadzą się dokładnie objaśnić, o czym świadczą dane statystyczne zebrane przez d-ra LION'a, inspektora gimnastyki zachodniego okręgu Saksonii⁴.

Pomimo wszystkich swoich wad, tak w samej treści, jako też i w systemie, którego właściwie nie ma gimnastyka JAHN'a, przedostała się nawet poza granicę Prus; zastosowano ją powszechnie w wojsku. Widzimy tutaj te wszystkie niebotyczne przyrządy, którymi posługiwał się JAHN, jak maszty, konie, płoty, drążki poziome, drabiny pochyłe, poziome, (pas de Jean) kołobieg i nieodzwonne poręcze równoległe. To samo mniej więcej daje się spostrzedz we wszystkich stowarzyszeniach gimnastycznych niemieckich Austrii, Czech i Sokołów galicyjskich, jak również u nas w gimnazjach, szkołach prywatnych i zakładach gimnastycznych, w których używają nawet tak niebezpiecznych przyrządów jak „wciągacze^{*)}”. Nawet w domach prywatnych, jeżeli ojciec rodziny uznaje potrzebę i doniosłość ćwiczeń cielesnych, to przedewszystkiem zawiesza we drzwiach swojego mieszkania trapez w mniemaniu, że już zrobił wszystko, co wzmocni i prawidłowo rozwinie ustrój jego dzieci.

Wszelkie ćwiczenie gimnastyczne może przynieść pożytek dla ustroju tylko wtedy, jeżeli odpowiada siłom ćwiczącego się osobnika i może być wykonane bez czyjejkolwiek pomocy, jeżeli do danego ćwiczenia dochodzi się stopniowo zapomoćą najprostszych ćwiczeń, nie przedstawiających żadnych trudności dla wykonywającego je osobnika, jeżeli jesteśmy moralnie przekonani o nieszkodliwości danego ćwiczenia i możemy stwierdzać wpływ tegoż na młody ustrój, na koniec jeżeli to ćwiczenie prowadzi do jasno z góry określonego celu. Tymczasem większość ćwiczeń JAHN'a wykonywana na przyrządach, nieodpowiada zupełnie dopiero co wymienionym warunkom, a korzyść z podobnego rodzaju ćwiczeń można osiągnąć sposobem daleko prostszym, dostępnym dla każdego, a tembardziej możebnym do zastosowania w szkole. Wogóle metoda JAHN'a nie wytrzymuje krytyki. Nawet sami Niemcy stosują ją więcej z patryotyzmu, aniżeli przekonania. Niema tutaj niezbędnego stopniowania, a ćwiczenia są zazwyczaj przypadkowe, często bezcelowe, stosują się zazwyczaj bez żadnej teorii i przewodniej myśli. Cała uwaga jest zwrócona na przyrządy; kto wyżej skoczy, kto więcej koziołków na reku wywinie, ten uchodzi za lepszego gimnastyka, choćby miał nogi nieodpowiednio rozwinięte do całego tułowia i trzymał się wadliwie.

(C. d. n.).

^{*)} Sznur zakończony pętlą dla umieszczenia głowy przeciągnięty przez blok wysoko umocowany, za pomocą którego gimnastykujący podciąga się do góry.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= **BLUMENTHAL** spostrzegł ujemny wynik próby **WIDAL'a** w jednym zupełnie pewnym przypadku duru brzuszego. Próby robione 12-go i 21-go dnia choroby wypadły ujemnie, próba zaś 29-go dnia, we dwa dni po spadku gorączki czyli już w okresie zdrowienia wypadła dodatnio. (Tow. lek. Berl. Pos. 12. IV. 97).

= **JOHNSTON** podaje następującą próbę w celu stwierdzenia ludzkiego nasienia. Przedmiot podlegający ekspertyzie moczy się przez kilka minut w przekropionej wodzie, następnie puszcza się nań kilka kropli mieszaniny *jodi* 1,65, *kalii jodati* 2,54, *aq. dest.* 30,0; tworzą się wówczas kryształki, nader zbliżone do kryształów **TEICHMANNA**; chemiczny skład ich nie jest dotychczas znany. (Boston med. Nr. 14. 97).

= Ponieważ przyżegania maciczne zapomocą pary podług metody **SNIEGIREW'a** powodują oparzenia pochwy i sromu i samo zresztą przyżeganie jest zbyt silne, zastępuje je **SCHICK** przemywaniem macicy wodą gorącą 80°—85°. Na dzień przed operacją rozszerza S. szyję maciczną odpowiednio do grubości służącego do przemywań zgłębnika, sama operacja wykonana zostaje pod narkozą. Ażeby gorąca woda wyciekająca z macicy nie parzyła pochwy, wprowadza się do pochwy drugi zgłębnik, przez który dochodzi woda lodowata. (Semaine méd. Nr. 30. 97).

= **MIKHALEW** stosuje przy letnich biegunkach u dzieci leczenie kefirowe; szczególnie dobre wyniki otrzymał M. w cholerze i biegunce krwawej; kefir należy podawać w ilości jednej do dwóch butelek Nr. 3 (najmocniejszy) dziennie, lecz wtedy dopiero, gdy ostre objawy choroby znikają. (Sem. méd. Nr. 29. 97).

= U ssawców występują często w następstwie nieżyty jelit, zapalenia płuc i wogóle spraw zakaźnych przykurczenia kończyn górnych. **ZAPPERT** znalazł w dwóch takich przypadkach zmiany chorobowe w przednich rogach rdzenia pacierzowego i objaśnia je nadzwyczajną czułością układu ośrodkowego dzieci na krążące we krwi czynniki szkodliwe. (Wien. med. Club. S. 26. V. 97).

= Ponieważ gonokoki tracą możność rozmnażania się przy ciepłocie 45° C., ciepłota zaś taka nie wywiera szkodli-

wego wpływu na cewkę moczową, **CALORI** radzi leczyć rzeżączkę zastrzykowaniami wody 45°. Przed zastrzyknięciem należy wpuścić do cewki trochę bardzo słabego roztworu kokainy w celu zmniejszenia następującego po zastrzyknięciu przekrwienia. (Bulletin méd. 2. VI. 97).

= **KNOPF** leczy poty nocne suchotników zabiegiem hipotatycznym i z otrzymanych wyników jest bardzo zadowolony. Przed snem nakłada się na piersi i ramiona płócienny okład zmoczony w 15° wodzie i przymocowuje się go bandażem flanelowym. Rano okład się zdejmuje i na sucho wyciera skórę. Chorzy w nocy się nie pocą, okład zaś zupełnie ich nie krępuje. (Chronique méd. 1. VI. 97).

= **PLUMB** spostrzegł miesięczkowanie u 6-tygodniowej dziewczynki; miesięczka trwała 2½ dnia i powtarzała się prawidłowo w odstępach czasu sześciotygodniowych. Narządy płciowe dziecka były rozwinięte jak u 15-letniej dziewczyny. (New. Jork Med. Jour. 5. VI. 97).

= **Enterol**, składający się z krezolów izomerycznych, jest, zdaniem **Foss'a**, już dlatego choćby wybornym środkiem przeciwnieślennym, że zbliża się do wytwarzających się samoistnie w kiszkiach środków przeciwnieślennych. F. daje go w ilości 1—5 gr. w 0,2% roztworze, w kapsułkach lub pigułkach i stwierdza bardzo dobre wyniki stosowania enterolu w cholerze swojskiej, dziecięcej, ostrych i przewlekłych nieżytach kiszki i cukromoczu. Mocz staje się jałowym, nie fermentuje. W biegunkach letnich dziecięcych stosuje 0,1—0,25:100 łyżeczkami co 1—2 godziny. Samozatrucia, zdaniem F., giną; jest to środek silniej działający od β-naftolu. (D. Arch. f. klin. Med. T. 56. Z. 1 i 2).

= **Post** twierdzi, że wyjmowanie zębów podczas ciąży jest zabiegiem zupełnie bezpiecznym, unikać go zaś należy jedynie podczas trzeciego i ostatniego miesiąca ciąży. (Mon. f. Zahnheilkde. Nr. 5. 1897).

= **MURET** stosował owarynę w 21 przypadkach, mianowicie 12 razy w okresie pokwitania, 4 w błednicy, 5 w różnych chorobach kobiecych; wynik leczenia był bardzo dobry, wszelkie dolegliwości u chorych pierwszej i drugiej grupy znikły nader szybko. (Wien. klin. Rundschau. Nr. 4. 97).

= SCHWAB stosuje przy poronieniach w celu wydalenia powstałego w macicy łożyska siarczan chininy w dwóch dawkach po 0,5 co pół godziny. (L'obstétrique 15. V. 97).

= GALLIARD spostrzegał przepuklinę płuca u chorego po pleurotomii, dokonanej wskutek ropnego zapalenia opłucnej; przepuklina wielkości orzecha na miejscu cięcia skórno go znikła po zastosowaniu paska, używanego przy przepuklinach jelit. (Soc. méd. des hôp. S. 5. VII. 97).

= Krwotoki maciczne u kobiet dotkniętych wadą serca występują zazwyczaj, podług DALCHÉ'go, podczas miesiączki. Jako moment przygotowawczy dla nich służy przewlekłe zaparcie, guzy krwawnicowe, choroby wątroby, miażdżyca naczyń i t. d. Krwotoki leczyć należy wyłącznie środkami farmaceutycznymi, a zatem naparstnicą, mawkcem, sporyszem i t. d. (Soc. méd. des hôp. S. II. VI. 97).

= MARAGLIANO stosował w trzech przypadkach nową tuberkulinę KOCH'a, i otrzymał wynik ujemny: gorączka oraz rozpad płuc powiększyły się. Tuberkulina zawierała również domieszkę bakterii. (Soc. de biol. S. 12. VI. 1897).

= STIDA zachwala działanie wewnętrznych kolpeurynterów przy wywoływaniu poronienia lub wczesnego porodu. Przed wprowadzeniem należy dokładnie wycisnąć z jałowego balonu powietrze, aby w razie pęknięcia nie nastąpił zator powietrzny; wprowadzać należy balon pod kontrolą palca zapomocą korncangi poza wewnętrzne usta maciczne; do napełnienia używa S. wody jałowionej. (Mon. f. Geb. u. Gyn. III. 97).

= Wodny lub glicerynowy wyciąg miąższu płucnego posiada własności przeciwnie i jako taki ma pewną wartość leczniczą w gruźlicy płuc. Przy stosowaniu dawki 5,0—10,0 *pro die* zauważył BRUNET zmniejszenie ilości płwociny oraz rozrzedzenie jej, poprawę stanu ogólnego oraz znikanie dolegliwości przedmiotowych. Większe dawki powodują zaburzenia oddechowe. (Gaz. hebdom. de méd. Nr. 26. 97).

= MARIANT spostrzegał u chorych na raka, przymiot, marskości wątroby, leczonych wdychaniami tlenu, zwiększenie ilości utlenionych składników w moczu, zmniejszenie się jadowitości tegoż oraz zasadowy odczyn krwi. Wobec tego ra-

dzi M. stosowanie wziewań tlenu we wszystkich przypadkach, gdzie zachodzą zaburzenia przemiany materii. (Deut. med. Ztg. Nr. 31. 97).

= FORREST potwierdza mniemanie, że dłuższe chodzenie powodować może fizyologiczny białkomocz. Autor badał moczu 142-ch zdrowych zupełnie żołnierzy, którzy przebyli forsowną drogę i u 10% znalazł białko w moczu. Dodać należy, że żaden z badanych osobników nie miał rzeżączki. (Brit. med. Journ. 20. III. 97).

= ICHTALBINA, białkowy związek ichtyolu, nie posiada żadnego zapachu ani też smaku, w działaniu zaś swoim (*per os*) zupełnie nie ustępuje ichtyolowi. Wynaleziona przez VIETH'a, wypróbowana przez SACK'a; dawka dzienna wynosi średnio u dorosłych 1,0—2,0, u dzieci zaś *maximum* 1,0. (Semaine méd. Nr. 27. 1897).

= Ponieważ okłady wilgotne z kwasu karbolowego nawet w roztworze 1% mogą powodować miejscową zgorzel i przypadki tego rodzaju są dosyć często spostrzegane, radzi CZERNY opatrunków tych nie używać, a zastąpić karbol sublimatem, kwasem bornym, octanem glinu lub kwasem salicylowym. (Münch. med. Wochenschr. 20. IV. 97).

= LANNELONGUE przedstawił w Akademii lek. par. szereg chorych operowanych z powodu przepukliny pachwinowej zapomocą wstrzykiwań chlorku cynku. Wyniki operacji są zupełnie zadowalające. (Posiedz. 6. VII. 97).

= REOLUS przedstawił w Tow. chir. paryz. własnego pomysłu kankę do ławatyw gorących; woda wchodzi do kiszki poza okolicą zwieraczy, dzięki czemu chory nie doznaje żadnego bólu. (Pos. 6. VII. 97).

= VINAY stosował surowicę przeciwgronkowcową w 13-tu przypadkach zakażenia połogowego. W dziewięciu przypadkach o lekkim przebiegu nastąpiło wyzdrowienie, w czterech zaś ciężkich surowica nie wywarła działania. (Lyon méd. 16. V. 97).

= FRANTZIUS wykazał, że promienie ROENTGEN'a osłabiają jad wścieklizny. (Centr. f. Bakt. XXI. Nr. 6 i 7).

= GRASSET opisał dwa przypadki przeniesienia szkarlatyny przy pomocy listów i to nawet z odległych okolic. (Ann. d'hyg. pub. T. 34).