

# MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO 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 piśmem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny“. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

**Adres Wydawcy:** Nowo-Zielna Nr. 47.

**Adres Redaktora:** Oboźna Nr. 5.

**TREŚĆ. Prace oryginalne.** Guz mózgu w okolicy bruzdy Roland'a lewej. Padaczka Jacksonowska. Prawostronny bezwład twarzy, ręki i nogi. Trepanacja i wycięcie guza. Wyzdrowienie, przez prof. J. Kosińskiego. (Ciąg dalszy.) — Eter bromowy czy pental stosować należy do usypiań krótkotrwałych, podał Leonard Leszczyński. (Ciąg dalszy.) — **Wykłady kliniczne.** O leczeniu przyszczy. — **Streszczenia i wyciągi.** 9. Przyczynę do niezawodnego leczenia błonicy gardła i płonicy bez surowicy. 10. 48 przypadków porażenia błoniczego. 11. O pewnym znajdowanym w moczu związku białka i o jego wartości rozpoznawczej. 12. O zjawiskach ze strony źrenic przy histeryl. — **Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenie z dnia 7 grudnia r. 7. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

## „Medycyna“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE  
 destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) Prof. J. Kosiński — Tumeur de l'encéphale dans les environs de la fissure de Rolando gauche. Epilepsie Jacksonienne, paralysie de la face et des extrémités du côté droit. Trépanation et extirpation de la tumeur. Sanation. 2) Dr. L. Leszczyński — Faut il donner la préférence au bromure d'éthyl ou au pental pour les narcoses de courte durée?

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Varsovie — Rue Oboźna 5

## „Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT  
 Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) Prof. J. Kosiński — Eine Gehirngeschwulst in der Gegend der linken Rolando'schen Furche. Jackson'sche Epilepsie; rechtsseitige Lähmung des Gesichts und der Extremitäten. Trepanation. Exstirpation der Geschwulst, Heilung. 2) Dr. L. Leszczyński — Soll Bromäthyl oder Pental zu kurzdauernden Narkosen verwendet werden?

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

## Guz mózgu w okolicy bruzdy Roland'a lewej.

Padaczka Jacksonowska. Prawostronny bezwład twarzy, ręki i nogi.

Trepanacja i wycięcie guza. Wyzdrowienie.

przez prof. J. KOSIŃSKIEGO.

(Ciąg dalszy. — Zob. Nr. 2).

### Wykonanie operacji.

D. 21 lutego operacja była wykonana w obecności wspomnianych kolegów, którzy chorego leczyli, asystentów kliniki i licznego audytoryum, składającego się ze studentów oraz lekarzy interesujących się tym przypadkiem. Po starannem ogoleniu głowy i jej obejrzeniu, przyczem nie dostrzeżono żadnych blizn lub jakichkolwiek znaków, świadczących o urazie lub innem jakim cierpieniu miejscowem skóry lub czaszki, chorego zachloroformowa-

no. Oznaczywszy miejsce, gdzie miał być trepan założony, podług wymiarów podanych przez d' ANTONE'a, mając naturalnie na względzie punkt odpowiadający naszemu rozpoznaniu, umiejscawiającemu nowotwór w dolnej części bruzdy ROLAND'a, zrobiłem ponad lewem uchem duże cięcie, równające się  $\frac{2}{3}$  koła, mającego 7 do 8 cm. średnicy. Pozostała  $\frac{1}{3}$  nienacięta owego płatu kolistego stanowiła podstawę płata, znajdowała się po nad uchem i obrócona była ku podstawie czaszki, gdy wierzchołek płata zwrócony był ku jej wierzchołkowi. Oddzieliwszy płat od kości i odwróciwszy go ku dołowi, obnażyłem kość na znacznej przestrzeni. Po starannem zatamowaniu krwawienia z brzegu płata, po przewiązaniu jednych naczyń i uciśnięciu szczypczykami PÉAN'a drugich, gdy zebrałem czysto krew z powierzchni kości, uwagę moją zwróciło zjawisko na pozór niewielkiej wagi i tak mało uwydatnione, że łatwo mogłoby pozostać przeoczone, gdybym nie oczyszczał nader starannie rany, w miarę zagłębiania się w nią. Otóż na powierzchni kości, mającej prawidłową białą cielistą barwę, nie było prawie żadnego krwawienia; pozostawiając jednak ją chwilę obnażoną w przedniej części (bliżej do czoła), można było dostrzedz kilka drobnych naczyń prawie włosowatych, wydzielających krew z warstwy gąbczastej czaszki. Naczynia te stanowiły jakby rzadki z kilku włosów utworzony pędzelek i wszystkie razem zajmowały około półtora cm. przestrzeni na powierzchni kości. Przestrzeń ta odpowiadała przedniemu dolnemu końcowi kości ciemieniowej. Zwróciwszy uwagę na fakt powyższy obecnych przy operacyi kolegów, wypowiedziałem przypuszczenie, azali ów pęczek czy siatka naczyń, która anatomicznie tu być nie powinna, nie oznacza miejsca, gdzie się nowotwór znajduje i czy większe przekrwienie kości w jednym tym punkcie nie jest zależne od bliskiego sąsiedztwa nowotworu. Uczyniwszy tę uwagę, postanowiłem trepanować czaszkę w tem miejscu, chociaż nie odpowiadało ono środkowi obnażonej przezemnie kości, gdzie pierwszą koronę trepanu położyć miałem. Po wytrepanowaniu pierwszego krążka kości przez otwór 2 cm. mający w średnicy nie dostrzegłem okiem żadnych zbyt wybitnych zmian. Kość nie przedstawiała w swojej grubości, ani na swojej głębokiej powierzchni zmian żadnych. Opona twarda była może nieco bardziej przekrwiona i bardziej sina, niż prawidłowo, mniej może przezroczysta, lecz gładka i do kości nieprzyrośnięta. Tętnienie mózgu odpowiadające tętnu i oddechaniu było mniej wyraźne. Przez ten niewielki otwór w czaszce nic więcej nie dało się okiem dostrzedz. Wprowadziłem do otworu koniec palca dla omacania spoistości mózgu i wyczułem nasamprzód znaczne napięcie opony twardej, a następnie wymacałem w przedniej części otworu pod oponą twardą wyraźne stwardnienie w samej istocie mózgowej. Stwardnienie to robiło takie wrażenie, jakby to był brzeg jakiegoś twardego guzowatego ciała, które leży zwrócone ku zrazowi czołowemu mózgu i jest przykryte kością i błoną surowiczą. Objętość tego ciała wydawała się dość znaczna i większa w każdym razie od otworu zrobionego trepanem. Ażeby rozszerzyć pole operacyjne i zrobić owe ciało dostępnem dla dalszego działania, założyłem trepan po raz drugi w kierunku określonego położenia guza t. j. ku przodowi i ku górze od pierwszego otworu i wytrepanowałem drugi krążek kości tak, że dotykał on pierwszego. Wystające kanty pomiędzy dwoma okrągłymi otworami obciąłem poczęści nożycami kostnemi, poczęści dłutem i młotkiem. W ten sposób z dwóch okrągłych otworów zrobiłem jeden podłużno-okrągły, który był przeszło dwa razy wię-

kszy niż każdy z dwóch okrągłych, bo miał 4 cm. w wymiarze podłużnym, a dwa w poprzecznym. I teraz jeszcze przez powiększony otwór nie widzieliśmy zbyt wyraźnych zmian. Jednak stanowczo mogliśmy przyznać, że tętnienie mózgu jest za mało widoczne, a barwa opony twardej jest nieco ciemniejsza. Palcem guz wyczuwał się z większą dokładnością, był on o wiele twardszy niż mózg, miał powierzchnię nierówną, falowaną i wypełniał  $\frac{3}{4}$  całego otworu wytrepanowanego w kości, z którego tylko  $\frac{1}{4}$  półksiężycowa od tyłu i od dołu była wolna i pozwalała wymacać miękką spistość mózgu. Zrobiwszy nacięcie opony twardej na krzyż i oddzieliwszy cztery prostokątne jej płaty od opony miękkiej, dostrzegłem przedewszystkiem, że pomiędzy oponami nie było żadnych zrostów, że opona miękka jest znacznie przekrwiona, barwy szaro czerwonej i zmętniała, z rozszerzonymi i napelnionymi krwią naczyniami przebiegającymi na obwodzie. Palcem można było już wyczuć z całą dokładnością powierzchnię guza mającego budowę zrazowatą a spistość gruczołu chłonnego. Chcąc z oponą miękką postąpić tak samo jak z twardą t. j. naciąć ją i odkryć guz, przekonałem się, że w części guza najbardziej wypukłej była ona przyrośnięta do jego powierzchni, względnie do powierzchni mózgu. Zrost był mocny i rozlany, wyraźnie pochodzenia dawniejszego i, jak wyżej wzmiankowałem, tylko na części wypukłej guza na przestrzeni nie większej od jednego lub półtora cm. kwadratowego. Wypadło go od powierzchni guza odrywać szczypczykami haczykowatymi, a gdy w ten sposób część wypukła guza uwolniona została, u obwodu żadnej trudności w obnażeniu mózgu nie było: opona miękka dała się podnieść jak w mózgu prawidłowym. Podczas oddzielania opony miękkiej dwa krwawiące naczynia wypadło w niej przewiązać, bo chociaż krwawienie nie było zbyt wielkie, lecz dostateczne, aby zalać pole operacyjne i utrudnić wykonanie operacyi.

Po podniesieniu opony miękkiej dostrzegłem znaczne dążenie guza do wypuklenia się przez otwór kostny nazewnątrz. Na powierzchni nowotworu spostrzegliśmy guzowatość, przypominającą budowę zrazikowatą, jaką widzimy w torbielach wielokomorowych lub chrzęstniakach. Jeden z większych zrazików wielkości małego orzecha był w istocie w pół przezroczysty, napelniony płynem bezbarwnym, wodnistym i w jednym punkcie jego znajdowało się ciało szaro-białawe wielkości główki od szpilki, nieprzezroczyste, nadające całej owej małej torbieni wygląd wągra. Pozór był tak zwodniczy, że zrazu myślałem, iż napewno z tym tworem mam do czynienia. Pokazało się jednak inaczej, bo gdy ująłem ścianę tego pęcherzyka szczypczykami, pękł on i stracił cały charakter poprzedni. Była to w istocie torbiel wytworzona przez przyrośnięcie opony miękkiej do nowotworu i wytworzenie małej przestrzeni, w której nagromadził się płyn mózgo-rdzeniowy. Szaro-białawy punkt nieprzezroczysty widziany w tej torbieni był zgrubieniem tkanki łącznej, wytworem ograniczonego zapalenia przewlekłego opony miękkiej.

Przekonawszy się, że guz usadowiony w istocie korowej mózgu nie ma żadnej błony, żadnej torebki oddzielającej go od masy mózgowej i że jest on znacznych rozmiarów, tak że wątpliwość zachodziła, czy się go przez otwór trepanacyjny da wyjąć w całości, postanowiłem jednak przystąpić do tego aktu operacyi. Ostre narzędziami nie było tu co robić, gdyż otaczający mózg był tak miękki, iż najmniejsze dotknięcie już go rozrywało. Guz leżał w mózgu, tak jak leży kartofel w miękkiej ziemi, którego nie można wyjąć

bez tego, by część ziemi nie została na kartoflu, a pozostała na miejscu nie uległa poruszeniu i przemieszczeniu części. Z guzem sprawa była jeszcze gorsza, gdyż, jak wspomniałem, zaraz po rozcięciu i odchyleniu opony miękkiej, dostrzegliśmy pewne wypieranie mózgu przez otwór. Póki guz był częścią zamykającą otwór prawie całkowicie, nie było obawy o przepuklinę mózgu, lecz spodziewać się jej trzeba było po usunięciu guza, a obawa ta okazała się zupełnie usprawiedliwioną. Otóż ponieważ narzędziami ostre nie należało działać, a palcami nie można było wejść wygodnie przez otwór do jamy czaszki i wreszcie niestosowne byłoby tak delikatną operację jak oddzielenie guza od mózgu uskutecznić palcami, za najstosowniejsze więc uważałem użyć w tym celu zwyczajnego tępego podważacza (elewator) i zapomocą niego oddzielać guz od mózgu. Jeżeli użyłem porównania stosunku guza do mózgu jak kartofla do ziemi, to wypada mi zaraz powiedzieć i o różnicy, jaką nasz guz przedstawiał. Różnica ta polegała na bardziej ścisłym związku guza z mózgiem dzięki licznym drobnym naczyniom o bardzo delikatnych, łatwo rozrywających się ścianach i równie delikatnej tkance komórkowatej odchodzącej do guza od opony miękkiej. Stąd związek ten guza z mózgiem był nieco ściślejszy u powierzchni guza niż w jego głębi. Oddzieliwszy odcinek powierzchniowy guza od mózgu i nie wiedząc, jak głęboko sięga jego podstawa, uważałem, że ostrożniej będzie dla pewniejszego i łatwiejszego działania odciąć ten odcinek. Tembardziej zdawało mi się stosowne to zrobić, że, jak wyżej powiedziałem, ciśnienie wewnątrzczaszkowe było tak znaczne, iż oczekiwać można było, że pozostała część guza bardziej się do otworu przybliży. Zrazowata budowa guza i szczupłe unaczynienie ułatwiały tę czynność. A więc mając prawie do połowy oddzielony guz od mózgu, tym samym elewatorem odjąłem część powierzchnią, która jak się pokazało potem, stanowiła tylko kopułę jego, wynoszącą zaledwie czwartą część całej masy nowotworu. Pozostałą część guza, mającą, jak wspomniałem, jeszcze słabszy związek z otoczeniem, wyjąłem zapomocą tępego elewatora i łyżeczki VOLKMANN'a w całości; wypadło tylko nieco go przekręcić, aby krótsza oś guza znalazła się w krótkiej osi otworu kostnego. Po usunięciu guza ukazała się na dnie rany biała masa mózgowa, która znacznem krwawieniem miąższowem oraz nasuwającą się z boków rany istotą szarą szybko się przykryła. Niemniej jednak tak część jej, jak i część istoty szarej, wysuwającej się ze znacznym naporę, wystąpiła wysoko ponad powierzchnię otworu czaszki i nie dała się odprowadzić do jamy czaszkowej. Część mózgu, stanowiąca ścianę rany pozostałej po wyjęciu guza, w postaci nieprawidłowych miękkich strzępów wystawała nad powierzchnię; strzępy te wypadło poobcinać. Krwawienie było znacznie większe, niżby można było się spodziewać, mając na względzie tak słaby związek guza z otoczeniem. Staralem się jedno miejsce bardziej krwawiące ująć w szczypczyki i przewiązać. Głównie jednak zatamowanie krwotoku zostało dokonane przez uciski nieco dłuższe zapomocą tamponów gazy. Doprowadzona do tego punktu operacja została zakończona pokryciem wystającego z otworu czaszkowego mózgu płacami opony twardej i założeniem dwóch szwów węzełkowych z katgut. Wypuklającą się oponę twardą przykryłem dwoma wytrepanowanymi krążkami kości i płatem skórny, który był umocowany zapomocą kilku szwów. W przestrzenie pozostawione pomiędzy szwami wprowadziłem paski gazy jodoformowej i całą ranę w ten sposób przygotowaną

obłożyłem silkiem i ucisnąłem grubą warstwą gazy i waty oraz stosownie założoną na całą głowę opaską (*capistrum*).

Przez cały czas operacji, która trwała nie więcej nad godzinę, chory był doskonale chloroformowany i zachowywał się zupełnie spokojnie. Ani kurcze, ani wymioty nie przerywały operacji, którą spokojnie we wszystkich szczegółach można było wykonać. Po operacji przeniesiono chorego na łóżko, gdzie się dopiero przebudził.

Wyjęty guz ważył 20,4 gramów; złożone dwie oddzielne części guza przedstawiały ciało o powierzchni zrazowatej, prawie kuliste, barwy białoszarawej, wielkości niewielkiego jaja kurzego. Na przecięciu nowotwór miał powierzchnię gładką, białą, z lekkim odcieniem szarawym, budowę ścisłą, jednolitą, właściwą mięsakom; naczyń krwionośnych dostrzegalnych gołym okiem było bardzo mało. Budowę guza drobnowidzową opiszę niżej.

(C. d. n.).

---

## Eter bromowy czy pental

stosować należy do usypiań krótkotrwałych?

Podał **LEONARD LESZCZYŃSKI.**

---

(Ciąg dalszy. — Zob. N. 1).

Dla osiągnięcia oszczędności w materyale i zmniejszenia ułatwienia nazewnątrż daleko właściwiej będzie usypiać przyrządem JUNKER'a, zmienionym o tyle, by wentyl mniej przepuszczał powietrza. Wtedy przy zużyciu 3—5—8 gm. można otrzymać dostateczną narkozę. Zwykle dwa, a czasami i jedno polanie eterem wyżej opisanej maski, szczelnie przylegającej do twarzy, wystarcza do wywołania dobrej narkozy. Chory, zbliżając się w liczeniu do dziesięciu, zaczyna zapominać liczb, poddawane jednak głośno powtarza jeszcze, następnie i powtarzać przestaje. Wtedy pora przystąpić do operacji. Chorego wtenczas znajdujemy w stanie zupełnej nieświadomości i znieczulenia, mięśnie jednak szczęk (*masseter* i *temporalis*), a czasami mięśnie szyi i kręgosłupa są dość silnie naprężone; źrenice prawie bez zmiany, odruch rogówki pozostaje niezniesiony, znika dopiero przy nadmiernem zadaniu eteru, niebezpiecznem dla ustroju. Rozluźnienie naprężonych mięśni rzadko się otrzymuje.

Operację wykonywać należy szybko, gdyż narkoza trwa krótko, 2—3—5 minut. W celu przedłużenia narkozy dajemy nieco większy dostęp powietrza choremu i polewamy maskę co 10—20—30 sekund mniejszą ilością eteru bromowego. W ten sposób postępując, można podtrzymać narkozę przez 15—20 minut, zużywwszy nie więcej nad 60 gm. eteru. Zwykle 8—15—25,0 gm. zupełnie wystarcza dla niewielkiego rękoczynu jak przecięcie i oczyszczenie ropnia, otwarcie niewielkich zatok ropnych, wyjęcie i wyskrobanie martwaków, ziarniny gruzliczej, usunięcie niewielkich nowotworów, wyjęcie 2—3—6 zębów i t. p.

Przebudzenie chorego zwykle bywa dość szybkie, w kilka minut po przerwaniu narkotyzowania. Przebudzenie odbywać się powinno samowolnie, bez pomocy otaczających. Chory budzi się, zostając jeszcze pod wrażeniem snu, jaki miał w czasie całej narkozy, spogląda na otoczenie z wyrażeniem zdziwienia, lecz powraca wkrótce zupełnie do przytomności, opowiadając nieraz, co mu się śniło. Po powrocie do przytomności chory czuje się jeszcze nieco osłabiony; dopływ świeżego powietrza w 5—10 minut powraca mu siły, w kwadrans po operacji chory czuje się zupełnie normalnym i jest w stanie nie tylko o własnych siłach udać się do domu, lecz nawet oddać się zwykłemu swemu zajęciu.

Oto mniej więcej w normalnych zakresach obraz narkozy eterem bromowym.

W poszukiwaniu wskazówki pełnej narkozy zauważyć można przy przeglądaniu odnośnej literatury pewne błąkanie się po manowcach. Jedni chcą mieć też same objawy jak i przy chloroformie: bezwładność kończyn, nieczułość skóry i t. d., drudzy zadawalają się wystąpieniem szczękoscisku; BARĄCZ <sup>4)</sup> oczekuje rozszerzenia źrenic i objawu oczopląsu, HAFFER <sup>5)</sup> żadnych objawów nie żąda, a wprost po 20—30 sekundach usuwa maskę i przystępuje do operacji, HAMMECHER <sup>6)</sup> bada ręką ruchy oddechowe klatki piersiowej i chwilę zjawienia się *apnoe* uważa za wskazówkę pory przystąpienia do operacji. Ja, jak wyżej wskazałem, kieruję się w tym względzie zanikiem świadomości i słuchu chorego przejawiającym się w zaprzestaniu liczenia i powtarzania liczb poddawanych. Objawy te, występujące znacznie wcześniej od rozszerzenia źrenic, oczopląsu i *apnoe*, zupełnie mnie zadawalały jako wskazówki narkozy dostatecznej.

Do nieprzyjemnych przypadłości podczas i po usypianiu należą przede wszystkim dość rzadkie przypadki, w których pomimo znacznych dawek eteru bromowego narkoza występuje bardzo późno lub w niedostatecznym stopniu. Objaw ten zresztą spostrzegamy i przy innych środkach usypiających szczególnie u pijaków i niektórych chorych nerwowych. Tu jednak zależy on często od nieczystości lub zepsucia preparatu jak również i od umiejętności narkotyzowania. Dla tego też niezmiernie ważną jest rzeczą używanie do narkozy tylko pewnych czystych preparatów (MERCK'a), starannie w chłodzie przechowywanych w ciemno-brunatnych niewielkich buteleczkach. Pozostałość płynu w butelce raz otwartej użyta być może do narkozy przy starannem jej przechowywaniu najdalej w ciągu dni pięciu, gdyż później, jak sam spostrzegłem, daje się zauważyć rozkład preparatu. Z tego też powodu firma MERCK'a wypuszcza eter bromowy w butelkach 15—25 gramowych, t. j. w ilości mniej więcej wystarczającej do wywołania narkozy, dostatecznej dla krótkiej operacji.

Ile umiejętność narkotyzowania czy to chloroformem, czy eterem siarczanym wpływa na pomyślny przebieg narkozy, wie o tem dobrze każdy chirurg. Narkozy chloroformowe w rękach tegoż chirurga dzisiaj przebiegają zupełnie inaczej, niżli chociażby przed dziesięciu laty. HOLLENDER, mając za sobą statystykę przeszło 1000 przypadków narkozy brometerowej, sam o sobie mówi, iż w początkach stosowania eteru bromowego, narkotyzując na

<sup>4)</sup> Nowiny Lekarskie. 1891. Nr. 6.

<sup>5)</sup> Correspond. bl. f. Schweitzer Aerzte. 1890.

<sup>6)</sup> Oestr. Ung. Vierteljahrschr. f. Zahnheilkunde. 1892. str. 277, 294, 330.

wzór chloroformu, zużywał go 30—40—50 gm. i więcej i nie doczekał się narkozy, natomiast zawsze otrzymywał okres silnego pobudzenia; w końcu jednak doszedł do tego stopnia doświadczenia, że do potrzebnej mu narkozy przy operacji dentystycznej zużywa 3—6—10, najwyżej 16 gm. eteru bromowego. I ja miałem podobne przejścia w początkach stosowania eteru, a nie mogąc kilka razy otrzymać narkozy dostatecznej, zmuszony byłem przejść bezpośrednio do chloroformu.

Sny są nieodłącznym objawem każdej narkozy eterem bromowym. Rodzaj ich bywa rozmaity; sny spokojne lub burzliwe, o ile na zasadzie własnych spostrzeżeń wnioskować mogę, zależą wiele od usposobienia chorego, jego obawy, od spokoju otoczenia przed a zwłaszcza podczas występowania narkozy. Sny burzliwe, gdzie choremu zagraża niby jakieś niebezpieczeństwo, są często wielką przeszkodą przy operacji; usypiany, broniąc się wtedy od owego niebezpieczeństwa, wykonywa ruchy rękami i całym tułowiem tak gwałtowne, iż o jakimkolwiek rękoczynie mowy być nie może. Najlepiej wtedy przerwać rozpoczętą narkozę, pozwolić przyjść choremu do przytomności i po kilku minutach rozpocząć usypianie na nowo. U jednej ze swoich chorych, panny dwudziestokilkuletniej, podczas usypiania eterem bromowym naraz zjawił się płacz gwałtowny, energiczne ruchy rękami i całym tułowiem oraz krzyk coraz silniejszy w miarę budzenia się chorej: „puśćcie mnie, puśćcie do mojej matki“. Krzyki te i płacze trwały blisko kwadrans. Chora śniła, że jej matka zmarła, trumnę wynoszą, a jej nie chcą puścić na pogrzeb. Pomimo usilnych starań moich i lekarza asystującego nie udało się nam przekonać jej, iż to był tylko sen. Wracła do domu w przekonaniu, że matki żywej nie zastanie. BLUMM <sup>7)</sup> i GILLES <sup>8)</sup> twierdzą, iż sny natury płciowej nie są nawet wielką rzadkością i z tego też powodu radzą usuwać podczas narkozy osoby trzecie.

Skurcz żwaczy, a przez to i dość silny szczękocisk jest stałym i również nieprzyjemnym objawem szczególnie dla operującego w jamie ustnej. By ułatwić szybkie rozwarcie zaciśniętych szczęk zapomocą rozwieracza, pomagam sobie, kładąc choremu przy rozpoczęciu narkozy między boczne zęby dość gruby tamponik na trzymadle. *Opistotonus*, a przy nim i oczopląs występuje częściej, jeśli w pierwszej zaraz chwili obficie zlewamy maskę eterem bromowym. W 40 przypadkach narkozy na ludziach podobnego objawu nie zauważyłem, u królików zaś spostrzegałem to jako stały objaw głębokiej narkozy przy zniesieniu odruchów rogówki i rozszerzeniu źrenic.

Wymioty, zjawiające się bardzo rzadko przy prawidłowej krótkiej narkozie, zdarzają się częściej w przypadku, gdzie narkozę wypadnie powtórzyć lub przedłużyć, albo też jeśli chory bezpośrednio przed usypianiem najadł się, lub podczas operacji w jamie ustnej połknął za wiele krwi. Wymioty w ostatnich dwóch warunkach spostrzegałem w swej praktyce trzy razy. Jako uboczne objawy działania eteru bromowego WITZEL <sup>9)</sup> na 465 swych przypadków podaje 9 razy silne podniecenie, 2 razy sinicę, kilka razy mniej wyraźne objawy zaduszenia, 5 razy silne wymioty, 3 razy mimowolne oddanie moczu, 3 razy silne podniecenie płciowe przy snach odpowiedniej natury.

<sup>7)</sup> Handb. d. Zahnheilkunde T. II, str. 285.

<sup>8)</sup> Berlin. klin. Woch. 1892, Nr. 8—9.

<sup>9)</sup> Deutsch. Monatsh. f. Zahnheilk. 1891, X.

SZUMAN<sup>10)</sup> przytacza swój własny przypadek i cztery innych autorów, w których przy dłuższej narkozie wystąpił nieżyty oskrzeli. Sądzi on jednak, iż nieżyty ten zjawiał się tylko jako obostrzenie już istniejącego. Zgadza się ze zdaniem SZUMANA w sprawie nasilenia nieżyty pod wpływem wdechania eteru bromowego, dodać jednak muszę na zasadzie doświadczeń własnych na królikach, iż stan zapalny dróg oddechowych może wystąpić i zupełnie świeżo w dość ostrej nawet postaci, jeśli do usypiania użyjemy rozkładającego się już płynu, lub narkozy dość długiej dokonywamy przy oświetleniu sztucznym, szczególnie gazowym, przy którym nie tylko eter bromowy lecz i chloroform rozkłada się, drażniąc narządy oddechowe. Drobnowidzowe badania miąższu płucnego królików, narkotyzowanych po kilkanaście razy eterem bromowym, wykazały u wielu nie tylko zmiany nieżytowe błon dróg oddechowych, lecz i *peribronchitidem* i *pneumoniam interstitialem*.

Do niebardzo przyjemnych stron eteru bromowego należy także i zapach czosnku, jaki się czuć daje przy narkotyzowaniu niektórych chorych, a dający im się uczuwać nieraz nawet i przez dwa dni. Przyczyną tego ma być podług COHN'a tworzenie się siarku etylenu ( $C_2H_4S$ ) pod wpływem siarki krwi, czy też siarkowodoru jamy ustnej. Zapach ten przeto powinniśmy spostrzegać najczęściej u osób, u których z jakiegokolwiek powodu (próchnienie zębów, cierpienie żołądka) zjawia się siarkowodor w jamie ustnej. Zapach ten i ja odczuwałem dość często po operacjach zębowych.

W sprawie działania eteru bromowego na ustrój mamy dzisiaj dość liczne już i poważne prace.

LÖHERS<sup>11)</sup> badał wpływ eteru bromowego na oddech i krwiobieg u zwierząt; zauważył on przyspieszenie oddechu i tętna i jest zdania, że eter bromowy jest trucizną sercową w działaniu podobną nieco do naparstnicy.

ESCHERICH<sup>12)</sup> porównywa narkozę eterem bromowym z narkozą chloroformową i przychodzi do wniosku, że eter bromowy nie działa jak chloroform porażająco na cały układ nerwowy ośrodkowy, lecz szczególny wpływ wywiera na ośrodki czuciowe, na korę mózgową, niema więc z tego powodu takiej obawy zapaści jak przy chloroformie.

Do przeciwnych wniosków przyszli inni badacze.

SCHNEIDER<sup>13)</sup> po licznych doświadczeniach na królikach i psach wygłasza zdanie, że przy zwykłych wystarczających do wywołania narkozy dawkach eteru bromowego ciśnienie krwi i tętno bynajmniej się nie zmienia, przy większych dawkach następuje porażenie oddechu, działalność jednak serca długo jeszcze pozostaje zachowaną. Eter bromowy w płucach wchłaniany bywa przez krew i przenoszony do narządów wewnętrznych, działa tam przede wszystkim na ośrodki czuciowe, przy dłuższym zaś, energiczniejszym działaniu wywolywać ma porażenie ośrodków oddechowych. We krwi eter bromowy nie rozkłada się, lecz w całości znowu przez drogi oddechowe z ustroju wydalaný bywa.

W moczu śladów nawet bromu SCHNEIDER nie znajdował z wyjątkiem jednego jedynego przypadku, gdzie bardzo nieznaczne ilości eteru bromowego w moczu wykryto.

<sup>10)</sup> Loco citato.

<sup>11)</sup> Deutsch. Monatsh. f. Zahnheilk. 1889. VIII.

<sup>12)</sup> Deutsch. med. Wochenschr. 1890. str. 497.

<sup>13)</sup> Monatschr. f. Zahnheilk. 1890. str. 359.



REGLI <sup>14)</sup> natomiast utrzymuje, iż pewna część eteru bromowego stale przez nerki wydalana bywa.

HOLLAENDER <sup>15)</sup> pod kierunkiem BERNSTEIN'a dokonał na zwierzętach badań porównawczych nad działaniem eteru bromowego i chloroformu na serce i ciśnienie krwi i przychodzi do wniosku, że eter bromowy stanowczo nie jest trucizną sercową i nie wpływa bynajmniej na zmiany kurczów mięśnia sercowego.

ABONYI <sup>16)</sup> badał również na żabach i królikach oddech i działalność serca pod wpływem eteru bromowego i wygłasza zdanie, że ilość skurczów sercowych nie zmieniała się prawie zupełnie, a ilość oddechów wzrastała w miarę występującej coraz głębszej narkozy; przy budzeniu stopniowo znowu się zmniejszała.

Wszyscy ci badacze wykonywali doświadczenia i spostrzeżenia swe podczas samej narkozy i mało zwracali uwagi na następce działanie eteru bromowego. Tylko DRESER, HENNICKE i COHN wykazują szkodliwe jego działania następce na ustroj. Ich zdanie najzupełniej potwierdza statystyka śmiertelności niżej przytoczona, gdzie na 17 przypadków, które wyszukać mogłem w literaturze, w trzech zaledwie wykazana jest śmierć podczas usypiania eterem bromowym, a za to w 6-iu przypadkach wyraźnie również zaznaczono śmierć w czasie od 21 godzin do 3 dni po narkozie; co do pozostałych 8-iu, nie udało mi się szczegółów odszukać.

Prof. DRESER <sup>17)</sup> na podstawie doświadczeń własnych i HENNICKE'go <sup>18)</sup> utrzymuje, iż eter bromowy zatrzymywany bywa we krwi i wytwarza tam pośrednie wytwory trujące, gdyż białe szczury, używane do doświadczeń, po 20—30 minutach wdechania 2—3%, pary eteru bromowego zdychały zawsze następnego dnia. Wykazał on także obecność eteru bromowego w moczu królików po półgodzinnej narkozie, a u człowieka po krótkiej narkozie nawet następnego dnia wykazał obecność w moczu 0,3397 eteru bromowego. COHN, mieszając krew świeżą z eterem bromowym, otrzymywał po jakimś czasie charakterystyczny zapach siarku etylenu i jest zdania, że przyczyny następczego działania eteru bromowego trzeba szukać w tem, iż rozkład podobny eteru bromowego odbywa się i wewnątrz ustroju.

Dość zgodne z DRESER'em i HENNICKE'm są i wyniki moich doświadczeń porównawczych nad środkami usypiającymi. Króliki po 20—30-minutowej narkozie nie padały wprawdzie następnego dnia, będąc silniejsze od białych szczurów DRESER'a, lecz znosiły znacznie mniejszą ilość usypiań eterem bromowym w porównaniu z innymi środkami, pentalem, eterem siarczanym i chloroformem. Przeciętne liczby doświadczeń wykazują, iż królik znosi narkotyzowanie co 2—3—4 dni po 20 do 30 minut: pentalem 37 razy, eterem siarczanym 34, chloroformem 29, a eterem bromowym tylko 12 razy. Za to przy długotrwałych 2-godzinnych narkozach po eterze bromowym króliki padały we 22—24 godzin, gdy pentalem i eterem siarczanym można było dokonać po siedm dwugodzinnych narkoz przy zupełnie zadawalającym stanie ogólnym królików. Wyraźnie tu występuje następce szkodliwe oddziały-

<sup>14)</sup> Dissertation Bern, 1892.

<sup>15)</sup> Internation Kongress. Abt. XIV. str. 90.

<sup>16)</sup> Wiener Klinik. 1891. Z. I.

<sup>17)</sup> Zur Pharmacologie des Bromäthyls. Arch. f. Experim. Patol. T. 21. Z. 34.

<sup>18)</sup> Vergleichende Untersuchungen über die Gefährlichkeit der gebräuchlichen Inhalationsanaesthetika HENNICKE, 1895. Dissertation, Bonn.

wanie eteru bromowego, być może, drogą rozkładu, wskazaną przez DRESER'a i COHN'a.

Jako przykład dłuższego następczego oddziaływania eteru bromowego możnaby przytoczyć jeszcze przypadki, podane przez SINELL'a i JENDRITZ'a <sup>19)</sup>. Pierwszy usypiał 17-letnią dziewczynę w celu wyjęcia zęba; po zażyciu 6,0 gm. eteru bromowego znalazł ją nagle nieprzytomną, z twarzą zaczerwienioną, tętnem przyspieszonym, oddechem z objawem CHEYNE-STOKES'a i silnym oczopląsem. Objawy te na drugi dzień pomimo dobrego snu powtórzyły się i następnie przez cały tydzień chora odczuwała osłabienie, drżenie w nogach, sny niespokojne i brak łaknienia. W przypadku JENDRITZ'a uboczne objawy wystąpiły na drugi dzień po narkozie u 18-letniej dziewczyny w postaci zupełnej nieprzytomności, porażenia mowy i szczękoscisku; po 1½-godzinnych zimnych okładach na głowę chora powróciła do przytomności i odzyskała mowę. Sądzę jednak, że w obu tych przypadkach nie małą rolę odgrywała histerya.

O następczem szkodliwym działaniu chloroformu na ustrój zabierali już poważne głosy: KAST i MASTER <sup>20)</sup>, STRASSMANN <sup>21)</sup>, UNGAR <sup>22)</sup>, SCHELLMANN <sup>23)</sup>, FRENKEL <sup>24)</sup>, RINDSKOPF <sup>25)</sup>, LUTHER <sup>26)</sup>, BABBAEI i BEBI <sup>27)</sup>, A. AJELLO <sup>28)</sup>, W. BANDLER <sup>29)</sup>, G. MARTHEN <sup>30)</sup>, STEINTHAL <sup>31)</sup>; ZOEGE v. MANTEUFFEL tylko 5 przypadków późnej śmierci po chloroformie podaje <sup>32)</sup>.

Spotykamy także w literaturze sporo przypadków stosowania kombinacji eteru bromowego z chloroformem, gdzie rozpoczyna się usypianie eterem bromowym, a podtrzymuje chloroformem. Niemieccy dentyści i chirurdzy jak ASCH <sup>33)</sup>, HAMECHER <sup>34)</sup>, FESSLER <sup>35)</sup>, HAFTER <sup>36)</sup>, PENTZOLD <sup>37)</sup> i inni oraz SZUMAN <sup>38)</sup> stosowali kombinację tę z konieczności, to jest w tych przypadkach, gdzie eter bromowy nie wywoływał narkozy lub bardzo niedostateczną, oraz tam, gdzie operację niespodziewanie wypadło przedłużyć. Narkoza taka przy umiejętnym stosowaniu eteru bromowego i chloroformu przebiega bez podniecenia; chorzy po przebudzeniu mniej znacznie miewają objawów ubocznych, jak zawrotów głowy, nudności, osłabienia. Wymioty także bywają rzadkie. Trzy przypadki takiej narkozy sporstrzegane w mej praktyce, zdaje się, potwierdzają powyższe zdania.

Szereg chirurgów francuskich nie z konieczności, lecz dla dodatnich stron tej kombinacji hołduje temu rodzajowi usypiania. Poniżej przytoczę w streszczeniu głosy niektórych o tej narkozie. POITOU-DUPLESSY <sup>39)</sup> stosował bar-

<sup>19)</sup> Therapeutische Monatshefte. 1892 i 1893.

<sup>20)</sup> Zeitschr. f. klin. med. T. 18. Z. 5 u. 6.

<sup>21)</sup> Virch. Arch. T. 115. H. 1.

<sup>22)</sup> Vierteljahrschr. f. Gerich. Medic. Nr. I. T. 47.

<sup>23)</sup> Dissertation. Berlin.

<sup>24)</sup> Virch. Arch. T. 127. Z. 3. T. 189. Z. 2.

<sup>25)</sup> Deutsch. med. Woch. 1893. Nr. 40.

<sup>26)</sup> Münch. med. Woch. 1893. Nr. 1.

<sup>27)</sup> Il Polliclinico. 1896. Fac. 5.

<sup>28)</sup> (Clinica Chir. Palermo. 1896. Nr. 8).

<sup>29)</sup> Mitchell, a. d. Grenzgeb der Med. und d. Chir. T. I.

<sup>30)</sup> Berl. Kl. Wochsch. 1896. Nr. 10.

<sup>31)</sup> Corresp. Bl. der Württemberg. Aerzt. Landesvers. 1896.

<sup>32)</sup> Münch. med. Wochenschr. 1896. Nr. 12.

<sup>33)</sup> Therapeut. Monatsh. 1887. S. 57.

<sup>34)</sup> Oestr. Ungar. Vierteljahr. f. Zahnheilkunde. 1893. S. 277, 294, 300.

<sup>35)</sup> Münch. med. Wochenschr. 1890. Nr. 2.

<sup>36)</sup> Korrespbl. f. Schweiz. Aerzte. 1890.

<sup>37)</sup> Lehrbuch der klin. Arzneibehandlung. Jena. 1892. S. 97.

<sup>38)</sup> Therapeutische Monatsh. 1888. S. 156.

dzo często powyższą kombinację i przy zużyciu 30,0 eteru bromowego i 70,0 chloroformu podtrzymywał narkozę przez 2 1/2 godziny, przyczem ani podniecenia, ani wymiotów nie spostrzegał; przebudzenie było spokojne. Utrzymuje on, że przy kombinacji tej używał przeciętnie 1 gm. chloroformu na 2 minuty. H. HARTMAN i M. BOURBON <sup>40)</sup> podają 200 przypadków narkozy brometerowej i 411 kombinowanej z chloroformem. Przyszli oni do wniosku, że eter bromowy jest najdogodniejszym, najszybciej działającym środkiem. Żadnych następnych przykrych objawów nie spostrzegali. Ponieważ narkoza ta dość szybko przemija, nadaje się przeto do operacji niedługo trwających. Do operacji więcej wymagających czasu bardzo dogodna jest kombinacja brometeru z chloroformem. Tak prowadzona narkoza występuje szybko, nie ochrania jednakże od możliwej zapaści. TERRIER <sup>41)</sup> na 95, a SÉGOND <sup>42)</sup> na 443 przypadki czystej i kombinowanej narkozy nie zauważyli również niepomysłnych objawów, jednakże VILLENEUVE <sup>43)</sup>, podając 70 przypadków narkozy kombinowanej, uskarża się na cały szereg objawów burzliwych w czasie usypiania oraz na nieprzyjemne następstwa. Wprawdzie jego sposób wdychania eteru bromowego był bardzo wadliwy, wylewał bowiem na okład szczelnie do ust i nosa przystający odrazu 7 gm. płynu bez odpowiedniego dostępu powietrza; otrzymywał on silne podniecenia i narkoza jego występowała we 4—5 minut, gdy u innych w jedną minutę.

DUBROWSKI <sup>44)</sup> podaje 28 przypadków czystej narkozy brometerowej i 117 kombinowanej z chloroformem i zestawia porównawczo czas wystąpienia jej i ilość zużytych środków.

Z zestawienia tego wynika, że narkoza przy kombinacji eteru bromowego z chloroformem występuje 2 razy prędzej, a prawie odpowiednio do czasu ilość zużytego chloroformu jest nieco mniejsza. Skoro jednak weźmiemy pod uwagę postęp dzisiejszy techniki chloroformowania, to tam, gdzie okoliczności wymagają narkozy dłuższej nad 5 minut, racjonalniej stosować czysty chloroform, nie narażając chorego na obawę zanieczyszczenia lub zepsucia eteru bromowego i następczego jego działania ubocznego, wygrana bowiem na czasie dzisiaj nie wielka. Obecnie, lejąc chloroform kroplami na maskę szczelnie przystającą do twarzy, przy zachowaniu zupełnej prawie ciszy otoczenia, otrzymuję zapomocą 5—7 cm. sz. chloroformu pełną narkozę w 7 do 8 minut, zupełnie dostateczną do usunięcia 3—5—10 zepsutych zębów. Objawy podniecenia i wymiotów należą do rzadkości.

Do wad eteru bromowego zaliczyć więc musimy przedewszystkiem: 1) wielką jego skłonność do rozkładu, a stąd niepewność czystości preparatu; 2) następcze działanie uboczne, występujące tu stosunkowo energiczniej, jak doświadczenia moje wykazały, niżli przy chloroformie, dalej 3) brak rozluźnienia mięśni nawet przy większych, dość niebezpiecznych dla ustroju dawkach i 4) krótkotrwałość narkozy, nie pozwalającą bez obawy przekroczenia granic bezpieczeństwa na dokonywanie operacji dłuższych. (C. d. n.).

<sup>39)</sup> Archiv. de med. nav. 1889. II. Bulletins de la société Obstétr et Gynecol. de Paris. 1892. IV L'Union médical. 1893. s. 136.

<sup>40)</sup> Revue de Chlr. 1893. Nr. 4.

<sup>41)</sup> Bul. de Chlr. 1894. Mal. 9.

<sup>42)</sup> Bul. de Chlr. 1894. Mal. 9.

<sup>43)</sup> Bul. de Chlr. 1894. Mal. 9.

<sup>44)</sup> Chlr. Wies. 1894. str. 749.

## WYKŁADY KLINICZNE.

Prof. JANOVSÝ.

### O LECZENIU PRYSZCZYCY.

Chcąc skutecznie leczyć pryszczycę, należy zawsze pamiętać o tem, że pochodzi ona może od przyczyn wewnętrznych, zewnętrznych, lub ich połączenia. Nawet przy pryszczycy, wywołanej przez bodźce zewnętrzne, trzeba mieć na uwadze przyczyny wewnętrzne, które współdziałać mogły pojawieniu się wysypki, a także i anatomiczne cechy skóry, które mogły stać się gruntem sprzyjającym. HEBRA i jego szkoła nie odrzucali zupełnie wpływów wewnętrznych, chociaż za mało je cenili, jak znowu szkoła francuska i angielska zawiele je przeceniają. Chociaż obecnie nikt już, jak BAZIN i HARDY, nie uznaje usposobienia pryszczycowego, to jednak nie ulega żadnej wątpliwości, że przy uwzględnieniu stanu narządów wewnętrznych daleko gruntowniejszą i skuteczniejszą pomoc chorym na pryszczycę podać możemy.

Należy więc w każdym przypadku pryszczycy zbadać dokładnie narządy wewnętrzne, mocz na białko i cukier, wyłączyć choroby ustrojowe i możliwość zachorowania drogą odruchową. Dalej zwrócić należy uwagę na stan układu nerwowego, ośrodkowego i obwodowego, należy uregulować dyetę i usunąć zaburzenia wszelkie w trawieniu. To nam objaśnia skuteczność Karlsbadu, Marienbadu i innych wód przy leczeniu pryszczycy.

Trzeba odróżniać pryszczycę u ludzi podeszłych, wyniszczonych lub dotkniętych chorobami ustrojowymi, od pryszczycy u ludzi względnie zdrowych lub dotkniętych chorobą miejscową, w którym to przypadku pryszczycza powstaje w sposób odruchowy.

Do pierwszego działu zaliczyć należy przypadki pryszczycy u chorych na moczówkę cukrową, które wymagają odpowiedniej dyety. Dalej odniesiemy tutaj pryszczycę powstałą u osób niedokrwistych, u kobiet blednicą dotkniętych; w takich razach potrzebne jest wzmożone odżywianie, którego naodwrot wystrzegamy się przy pryszczycy u osób silnych i względnie zdrowych.

Nawet u osób względnie zdrowych, choćby najstaranniejsze badanie nie wykazało żadnych zmian w narządach wewnętrznych, należy ograniczyć spożycie trunków i zalecić strawę mieszaną, która jest tu lepsza od wyłącznie mięsnej. Potrzeba także regulować wypróżnienia środkami łagodnymi; ludziom otyłym dobrze robi woda marienbadzka.

Co do leczenia farmaceutycznego, to empirycznie w niektórych przypadkach dobrze działa: *natr. salicyl.* 10,0, *puls. rad. rhei*, 2,0 *eleosach. cort. aurant.* 5,0; rano i wieczór na koniec noża. Ichtyol dobrze działa przy uniarkowanych objawach niestrawności. Osobom nerwowym zwłaszcza neurastenikom autor podaje: *kal. bromati* 10,0, *ammon. bromati* lub *natr. bromati* 5,0 na 15 części, 1—6 proszków dziennie. Przy objawach w obrębie naczynioruchowym dobrze skutkuje przez LEWIN'a zalecana ergotyna: 2,0—na 20—30 pigułek, po 3 dziennie.

Co się tyczy leczenia miejscowego, to inaczej leczyć należy pryszczycę ostrą, inaczej przewlekłą. W ostrej należy odróżniać okres pryszczycy moknącej od okresu podostrego, kiedy pryszczycza ostra ustępuje lub przechodzi w stan przewlekły.

Przy ostrej, moknącej pryszczycy należy zabronić chorym wszelkiego mycia. Każde zewnętrzne użycie wody prowadzi za sobą rozpułchnienie warstwy rogowej, przekrwienie i podrażnienie warstwy brodawkowej. W tym stanie poprzestajemy zazwyczaj na obojętnych pudrach, do czego używamy talku, niaczki: *talc. venet.*, *amyl. tritici* lub *oryzae aa.* 25,0 *boli alb.* 10—15,0. Dodanie *zinci oxydati* nie ma znaczenia, kwas salicylowy zaś wprost szkodzi ze względu na swój keratolityczny, mniej lub więcej drażniący wpływ.

W przypadkach pryszczycy ostrej, głównie w okresie moknięcia przy znacznym przekrwieniu i surowiczem nasięku skóry, gdy pudry nie dają dobrych wyników, dobrze działa rezorcyna w 1% roztworze w postaci okładów, zmienianych co 2—4 godziny. Przypadki uporczywe, gdzie i rezorcyna nie skutkuje, leczyc można podług LEWIN'a  $\frac{1}{2}$ —1% roztworem azotanu srebra. Pamiętać przytem należy, że azotan srebra plami bieliznę; prócz tego, przy stosowaniu na obszernej przestrzeni należy mieć na względzie możliwość wessania. Wogóle w tym okresie pryszczycy unikać należy maści, których praktycy zazwyczaj jeszcze używają.

Inaczej rzecz się ma, gdy pryszczycza z okresu moknięcia przechodzi w okres podostry (ostrawy), który przy mniej lub więcej moknącym spodzie cechuje się tworzeniem strupów. Tutaj tłuszczów używać można, zwłaszcza w postaci pasty LASSAR'a (*zinc. oxyd.*, *amyl. tritic. aa.* 10,0, *vaselin. alb.* 20,0) w każdym razie bez dodatku kwasu salicylowego.

Raz lub dwa razy dziennie nakładamy pastę, poczem posypujemy pudrem, pokrywając cienką warstwą waty. W tym okresie dobrze także działa stara maść WILSON'a: *flor. zinc.* 25,0, *flor. benzoës* 5,0, *ung. simpl.* lub *lanolini* 200,0 —na noc smarować, rano posypać pudrem. Jeżeli zjawia się podrażnienie, czerwoność skóry, moknienie, wtedy tłuszcze odkładamy i powracamy do pudrów lub rezorcyny, jeżeli zaś skóra nie reaguje, przekrwienie ustępuje, warstwa rogowa zaczyna się złuszczać, można użyć środków energiczniejszych jako to: przetworów ichtyolu, siarki, lub maści rezorcynowej. Ichtyol zwłaszcza odpowiedni jest w ostrawych postaciach z umiarkowanym przekrwieniem ze względu na swe działanie na powierzchowne naczynia skóry i ze względu na uspakajanie swędzenia. Wodne roztwory ichtyolu lub tyolu podług autora w tym czasie przynoszą więcej szkody niż korzyści. Ichtyol stosuje się bądź w postaci stałego opatrunku muslinem cynkowo-ichtyolowym podług przepisu UNNA'y lub w postaci maści: *ichtyol. puri* 4—5,0 *zinc. oxyd. amyl. tritici aa.* 3,0, *lanolini* 40,0, *ol. olivar.* 3—4,0; raz lub dwa razy dziennie smarować, pokrywając watą, resztki maści ścierać suchą, wyjałowioną watą, nie zmywając wodą.

Połączenie cynku i siarki zaleca się głównie w pryszczycy twarzy z umiarkowanym łojotokiem (*seborrhoea*). Stosujemy odpowiednią gazę lub maść podług przepisu: *flor. sulfur.* 2,0, *zinc. oxyd.*, *amyl. tritic. aa.* 5,0, *lanolini* 40,0, *ol. olivar.* 3,0. Związki siarki bardziej i snadniej drażnią, aniżeli związki ichtyolowe; przy najmniejszym podrażnieniu wrócić należy do pudrów lub okładów z rezorcyny. Tę ostatnią w postaci maści zalecić można przy przejściu w stan przewlekły, gdy przekrwienie znika, a na pierwszy plan występuje nadmierne łuszczenie i przewlekłe nacieczenie skóry (*hyperkeratosis*): *resorcini* 1—2,0 *lanolini* lub *ung. Hebrae* 40,0. Dobrze także w takich razach działa sama maść HEBRA'y lub jej odmiany podług KAPOSI'ego (*empl. diachyl. simpl.*, *vaselin. flavi aa. liquef. leni calore. ut f. ung.*) lub TAYLOR'a (*empl. diachyl. simpl.*, *ol. amygdal. aa. etc.*).

Przy leczeniu pryszczycy przewlekłej spotykamy się z zupełnie innemi wskazaniemmi zależnie od przebiegu i anatomicznej podstawy sprawy.

Pryszczycza przewlekła odznacza się bujaniem warstwy rogowej-- złuszczeniem się nabłonka i przerostowym zapaleniem skóry, sięgającym do tkanki podskórnej. Są więc wskazania do użycia zabiegów lekko drażniących, jakich zabrania się w pryszczycy ostrej. Użycie wody głównie w postaci kąpeli wannowej niekiedy zalecić należy. Jeżeli mamy do czynienia z przypadkiem przewlekłym, mającym skłonność do częstych obostrzeń, to wystrzegamy się użycia wody, jeżeli zaś widzimy postać bardzo odrętwiałą t. zw. *eczema squamosum*, to można używać kąpeli 26°R. Taka kąpiel zwłaszcza przy pryszczycy ogólnej lub w okolicach płciowych bardzo uspakaja silne uczucie swędzenia. W takich razach niekiedy dobrze skutkują zimne kąpiele (20 stopniowe) lub kąpiele rzeczne.

Co się tyczy leczenia wewnętrznego, to jeszcze pilniejszą uwagę zwrócić należy na odszukanie przyczyny choroby. Zbadanie moczu na cukier, białko i mocznik, uwzględnienie zaburzeń trawienia, uregulowanie diety, wstrzemięźliwość w użyciu alkoholu, niekiedy dieta mleczna, pokarm mieszany i uregulowanie wypróżnień—to nader ważne rzeczy przy leczeniu pryszczycy przewlekłej. Chorym otyłym przy zaburzeniach trawienia zalecać należy wodę karlsbadzką.

Arsen nie jest środkiem swoistym przeciw pryszczycy, jak to widzimy przy liszaju lub łuszczycy. Dobre wyniki, otrzymywane niekiedy przy leczeniu pryszczycy arsenem, tłumaczyć należy polepszeniem odżywiania ustroju, a w szczególności skóry. Przy pryszczycy przewlekłej na tle błędnicy lub niedokrwistości dobre wyniki daje żelazo. Można połączyć oba te środki na przykład: Rp. *ferri carbon. sacchar.* 5,0, *ac. arsenic.* 0,05 *extr. et pulv. gentian. q. s. ut f. pill.* Nr. 50, 2—3 pigułki dziennie albo *sol. Fowleri* 5,0, *T-rae martis pomat.*, *T-rae rhei Darel. aa.* 20,0 *aq. menthae* 140,0 s 1—2 łyżki dziennie; dobre są wody Levico, Roncegno i Guber. Dzieciom żółzowatym dajemy tran rybi. Przy leczeniu zewnętrznym niekiedy idzie przede wszystkim o usunięcie zmartwiałej warstwy rogowej. Jeżeli skóra nie jest nadto czuła, zalecić można kwas salicylowy w postaci maści: *ac. salicyl. crist.* 1,5 *lanolin, ung. simpl.* lub *ung. Hebrae* 40—50,0. Doskonale działa także kwas salicylowy podług PICK'a z *emplastr. saponat.* Przypisujemy stosownie do wskazań słabszy lub silniejszy plaster: *empl. saponat.* 100,0 *liquef. leni calore et adde ac. salicyl. crist.* 5—15,0. Jeżeli następuje obostrzenie, usuwamy kwas salicylowy, przechodząc do maści WILSON'a lub opatrunku cynkoichtyolowego; po przejściu podrażnienia znowu wracamy do plastru salicylowo-mydlanego. Jestto jedno z najcenniejszych wzbogaceń dermatoterapii ostatnich lat dwudziestu.

Gdy przewlekła pryszczycza łączy się ze znaczniejszym przekrwieniem, stosujemy: *empl. saponat.* 100,0 *liquef. leni calore et adde ichtyoli puri* 5—7,0, *ac. salicyl. crist.* 5—10,0, *s. extende supra lintum.*

Przy pryszczycy uwłosionej części głowy zalecamy: *mercur. praecip. albi* 1—2,0, *ung. simpl.* lub *lanolini* 40—50,0.

Gdy objawy przerostu skóry i hyperkeratozy zaczęły ustępować, z dobrym skutkiem można stosować maści ichtyolowe w połączeniu z siarką i mączką.

Przy silnem swędzeniu ważną rolę gra dziegieć, tylko że niekiedy drażni skórę, wskutek czego wystrzegać się go należy w przypadkach, odznaczających się skłonnością do obostrzeń. *T-ra rusci* do leczenia nie nadaje się, bo alkohol skórę zanadto drażni; lepiej jest stosować dziegieć w postaci maści lub żelatyny: *picis nigr. liq.* 5—10,0 *ung. simpl.* lub *lanolini* 40—50,0, albo *picis nigr. liq.* 5,0 *zinc. oxyd., amyl. tritici aa.* 4,0, *lanolini* lub *ung. simpl.* 40—50,0 (środek łagodniejszy), wreszcie *picis nigr. liq.* 10—20,0 *gelatin. alb.* 40,0 *aq. font.* 80. Należy nie używać dziegciu na dużej powierzchni i unikać miejscowych powikłań w postaci trądzika i zapalenia

skóry dziegciowego. Niedawno SACK podał dobry przepis preparatu dziegciowego z węgla kamiennego; środek ten dobrze przylega i prędko wysycha: *picis lithantracis* 10,0, *benzoli* 20,0, *acetoni* 77,0.

Przy swędzących pryszczycach zwłaszcza rzy ci i części płciowych (*ecz. ani, genital.*) dobrze skutkuje wprowadzony do dermatoterapii przez KAPSI'ego  $\beta$ -naftol: *naphtholi*  $\beta$  0,5—1,0—2,0 *ung. Hebrae* lub *lanolini* 40—50,0.

Stosownie do umiejscowienia sprawy powyższe ogólne wskazówki mogą być zastosowane w sposób następujący: przy ostrej pryszczycy głowy (*eczema capillitii*), ponieważ zasypywanie pudrem nie prowadzi do celu, należy przedewszystkiem włosy ostrzyż. U kobiet należy być ostrożnym ze stryżeniem włosów, ponieważ często odrastają w innej barwie. Najlepszy lek stanowią okłady rezorcynowe.

W okresie moknięcia dobra jest maść WILSON'a, pasta zaś LASSAR'a nie jest odpowiednia, gdyż zlepia włosy i sprzyja zbieraniu się wydzieliny. Jeśli maść WILSON'a nie pomaga, zastosujemy cynk z siarką, biały precypitat lub słabą maść ichtiolową.

Przy *eczema impetiginosum* należy strupy usunąć czystą oliwą. Jeśli podejrzewamy pasorzytnicze pochodzenie, używamy oliwy z 1% kwasu karbolowego,  $\beta$ -naftolu lub kwasu salicylowego. Zmywania *spirit. saponato - kalino* używać należy wyjątkowo w przypadkach odrętwiałych; wogóle należy go użyć naprzód na niewielkiej powierzchni, by uniknąć znaczniejszego podrażnienia.

Przewlekłą pryszczycę uwłosionej części głowy leczymy najlepiej maścią rtęciową białą.

Uporczywą pryszczycę za uchem w ostrym okresie leczyć należy okładami rezorcynowymi a przypadki szczególnie uparte azotanem srebra podług LEWIN'a. Później stosujemy plaster salicylowo - mydlany 5%, maść z białego precypitatu i ichtiolową.

W ostrym okresie pryszczycy twarzy po usunięciu strupów oliwą lub wazeliną białą stosujemy okłady rezorcynowe lub azotan srebra, później maść WILSON'a, ichtiolową, maski cynko-ichtiolowe lub cynko-siarkowe. Postaci przewlekłe ustępują przy stosowaniu maski salicylowo-mydlanej (na 1—3 dni), maści dziegciowej lub *liq. picis lithantracis*. Przy *eczema impetiginosum* na twarzy u dzieci najlepiej działa maść WILSON'a, HEBRA'y lub pasta LASSAR'a.

Uporczywą pryszczycę powiek połączoną głównie u dzieci żółzowatych z zapaleniem gruczołów brzegu powiekowego leczyć należy wodą Roncegnio, Levico, tranem rybim, maścią rtęciową i w przypadkach bardziej uporczywych słabą maścią rtęciową czerwoną *mercurii praecipit. rubri* 0,1 *lanolini* 20,0.

Pryszczycę otworów nosowych (idzie tu zwykle o przewlekły niezbyt nosa u dzieci żółzowatych) leczymy tak: nos przemywany 3% kwasem bornym lub 1:300 roztworem sozjodolanu cynku, skórę osuszamy i smarujemy maścią borną 2:20 lub rtęciową białą. Przy zapaleniu skrzydeł nosa u dorosłych niekiedy uciec się trzeba do epilacji.

Przy pryszczycy ucha zewnętrznego należy przewód watą dobrze osuszyć i dopiero stosować maść borną, WILSON'a, w przypadkach przewlekłych maść HEBRA'y. W ostatnich czasach zalecają maść dermatolową: *dermatoli* 1,0 *lanolini* lub *ung. simpl.* 20,0.

Bardzo uporczywa i połączona ze znacznym podrażnieniem ust bywa pryszczycza w arg. Po każdym picu lub jedzeniu chory powinien dokładnie osuszyć chore miejsce. Zaleca się maść: *Zinci benzoici* 1,0 *amyli tritici* 2,0 *lanolini* lub *ung.*

*simpl.* 20,0; przy bolesności dodajemy 0,15—0,3 kokainy. Z dobrym także skutkiem stosować można maść ichtyolową lub czerwoną rtęciową.

Pryszczycę s z y i leczyć należy podług przepisów ogólnych; unikać należy tarcia ubrania i bielizny krochmalonej. Na tułowi uwagę większą należy poświęcić pryszczycy brodawek sutkowych ze względu na łatwość przyłączania się zapalenia sutki. Zaleca się: czystość, okłady rezorcynowe, maść ichtyolową lub rezorcynową. Pęknięcia pędzujemy azotanem srebra 1 : 1 lub smarujemy maścią dermatolową.

Pryszczyca dołu pachowego, pochodząca najczęściej z obfitego pocenia się, wymaga leczenia pudrami.

Pryszczycę zgłębień stawowych w ostrym okresie leczymy okładami rezorcynowymi, później gazą cynko-ichtyolową lub cynko-siarkową.

Przy ostrej pryszczycy rąk rządźmy się zasadami ogólnymi, przy przewlekłej z dobrym skutkiem stosujemy plaster salicylowo mydlany. O ile powstaje podrażnienie, wracamy do pudru lub muslinu cynko-ichtyolowego. Uporczywsze przypadki wymagają użycia dziegciu, lub przy t. zw. *eczema tyloiticum* plastra salicylowego mocniejszego lub 20% salicylowego muslinu UNNA'Y. W ostatecznych razach dobrze działa 1% roztwór wodanu potasu, w którym chory moczy ręce przez krótką chwilę. Maceracja skóry zapomocą kauczukowych rękawiczek jest zupełnie zbyteczna. Wogóle pilną uwagę zwrócić należy na czynniki przyczynowe, częstokroć znajdujące się w związku z zajęciem chorego,

Pryszczyca ostra narządów płciowych wymaga okładów rezorcynowych, swędzenie zaś przy pryszczycy przewlekłej najlepiej usuwa się maścią naftolową. Jeżeli sprawa przechodzi na r z y ć (*anus*) i powstaje podrażnienie odbytnicy, to z powodzeniem stosujemy czopki dermatolowe z makowcem: *dermatoli* 3,0, *extr. opii aquos.* 0,4, *but. cacao q. s. ut. f. supp.* Nr. 10. Przy silnem swędzeniu zamiast makowca bierzemy 0,4 kokainy.

Przy leczeniu pryszczycy na goleniach nie należy zapominać o opatrunku uciskającym, szczególnie przy rozszerzeniu żył. W przypadkach przewlekłych zaleca się plaster salicylowo-mydlany. Klej cynkowy UNNA'Y lub żelatyna cynkowa działają nie tak dobrze. Żelatyny z powodzeniem użyć można jedynie w przypadkach przewlekłych bez obostrzeń: *zinci oxyd.* 5,0, *gelatin. alb.* 50,0, *aq. destill.* 100,0. Dobrze działa dziegieć, a zwłaszcza *liquor lithantracis*.

Wogóle trudno ustanowić obowiązujące niezawodne dla każdego przypadku przepisy postępowania i leczenia; należy zawsze uwzględniać warunki osobnicze i bacznie spostrzegać działanie środków ze względu na mniejszą lub większą drażliwość skóry.

(Časopis lékařů českých № 11--13 r. 97.).

S. Kossobudzki.

## STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

9. LUEDDECKENS. **Przyczynę do niezawodnego leczenia błonicy gardła i płonicy bez surowicy.** Stosowanie surowicy nie daje się usprawiedliwić ani teoretycznie, ani praktycznie. Obezwładnia ona wszakże tylko laseczники KLEBS-LOEFFLER'a i czyni nieszkodliwymi tylko wytwory ich działalności życiowej, gdy w rzeczywistości zaledwo wyjątkowo spostrzedz możemy błonicę czysto LOEFFLER'owską, laboratoryjną, w przeważnej zaś większości przypadków mamy obok laseczników błoniczych inne drobnoustroje, niemniej od nich szkodliwe. Następnie nie



należy zamykać oczu na niewątpliwe działanie uboczne surowicy, szkodliwe dla ustroju. MONTI np. wykazał, iż 48% przypadków, zapomocą surowicy przezeń leczonych, wikała się rozmaitemi postaciami porażeń i niedowładów. Często też spostrzega się podniesienie ciepłoty ciała i upośledzenie czynności mięśnia sercowego. MONTI wspomina o wysypce, podobnej do pokrzywki, odry i płonicy, rozprzestrzeniającej się z niejsca ukłócia na całe ciało. MOZART i PERREGAUX w 15% przypadków spostrzegali rumień, pojawiający się między 6 a 10-ym dniem, połączony z gorączką i bólami w stawach. THIBURGE widział nawet wymioty i zapasć.

Najczęściej stosunkowo spostrzegano objawy upośledzenia działalności nerek. SOLTSMANN np. wspomina o 72%. ADAE u 24-ch na 25 leczonych surowicą przeciwbłoniczą spostrzegał zapalenie nerek. Zafrasowany takim wynikiem sam sobie zastrzyknął surowicę i przypłacił to doświadczenie trzytygodniową chorobą, miał gorączkę i białkomocz. Wyniki leczenia surowicą przeciwbłoniczą nie są bynajmniej zachęcające. Uprzednie 20% śmiertelności spadły zaledwie do 16%—18%; MONTI np. podaje 18,4% z 8888 przypadków, DREWS—16,2% z 6819.

Dla powyższych powodów należy zdaniem autora znacznie ograniczyć stosowanie surowicy przeciwbłoniczej, a gdzie można, zaniechać go zupełnie.

Zamiast surowicy poleca autor -cyanek rtęci (*hydrargyrum cyanatum*) i chlornik żelaza (*liq. ferri sesquichlorati*). Jakie jest działanie cyanku rtęci, autor nie wie. Przypuszcza on, iż wpływa on dodatnio na nalot,— dlatego też radzi pić go zwolna, lub przelknąć po przeplókanu gardła,—w żołądku zaś odkaża treść jego, w której nie brak laseczników, błon i toksyn przelkniętych, z drugiej zaś strony, wywołując biegunkę, usuwa zakażoną zawartość kiszki. Stosując cyanek rtęci w 81 przypadkach błonicy i 30 płonicy, ani razu autor nie spostrzegał powikłań ze strony ucha środkowego, wzroku, nerek lub układu nerwowego.

Chlornik żelaza działa, zdaniem autora, zabójczo na laseczники błonicy i na niemniej szkodliwe a współcześnie istniejące bakterye gnilne. Z jednej strony wywołuje on energiczny odczyn zapalny dokoła nalotu, z drugiej— tworzy zakrzepy, utrudniające wstęp lasecznikom i ich wytworom życiowym do naczyń krwionośnych. Nie bez znaczenia też jest odkażająca własność tego środka.

Po kilkakroć dziennie należy usuwać obumarły nalot i natychmiast zlekka tuszować *liq. ferr. sesquichl.* obnażoną, zlekka krwawiącą powierzchnię błony śluzowej. Wyniki takiego leczenia są iście zdumiewające. Na 81 przypadków błonicy (szkoda, iż bakteriologicznie niestwierdzonej. Spraw.) zmarł jeden i to wskutek jednoczesnej biegunki długotrwałej i wyczerpującej, a z pomiędzy 30 przypadków płonicy również jeden tylko skończył się niepomyślnie.

W końcu, jako sprawozdawca artykułu LUEDDECKENS'a, pozwolę sobie przytoczyć kilka uwag.

Istotnie nie ulega zaprzeczeniu, że przy bakteriologicznem badaniu błonicy obok charakterystycznych laseczników LOEFFLER'a znajdujemy rozmaite inne drobnoustroje, jak np. gronkowce, rzadziej paciorkowce, dwuziarniaki i t. p. Jaki jest związek pomiędzy tymi tworami a natężeniem i rozległością błonicy, nie wiadomo, nie ma więc tu podstawy do sądzenia o szkodliwym działaniu surowicy przeciwbłoniczej.

Co się tyczy szkodliwych następstw, jakoby od zastrzyknięcia surowicy zależnych, zauważyć należy, iż, jakkolwiek MONTI spostrzegał porażenia następcze w 48%, BOKAY spostrzegał je tylko w 9,7%, przyczem dodaje, iż nie widywał już tak

<sup>1)</sup> W czasach przedsurowicznych było porażeń pól onicznych podług BAGINSKY'ego 6,8%, podług ROGER'a 16%, podług SANNE'go 11%, teraz zaś BAGINSKY spostrzega je w 5%, SOLTSMANN w 10%, HEUBNER w 12%. Różnica więc niewydatna. (Przyp. ref.).

ciężkich porażień, jak w czasach przedsurowicznych<sup>1)</sup>. A więc i przed surowicą były porażenia i niedowłady i do tego poważniejsze. Wysypki rozmaite już HENOCH w swej pracy z czasów przedsurowicznych opisuje, trudno je przeto bez naciągania powiązać z surowicą. Co się tyczy wpływu surowicy na stan nerek, to istotnej różnicy na niekorzyść obecnych czasów nie widać. Przed stosowaniem surowicy BAGINSKY na 993 przypadki błonicy 417 razy notował białkomocz, co stanowi 42%, istotne zaś zapalenie nerek 256 razy, czyli około 27%, po stosowaniu zaś surowicy na 526 było 215 przypadków białkomoczu, a więc 41%, a zapalenia nerek 66, czyli 12,5%. Wreszcie LOEHR stosował surowicę podczas zapalenia nerek w przebiegu płonicy lub odry i nie spostrzegał ani razu pogorszenia. BÓKAY nie widzi zależności między stopniem i trwaniem białkomoczu, a ilością zastosowanej surowicy.

Najmniej przekonywająca jest przytoczona w broszurze liczba śmiertelności przed i po stosowaniu surowicy. W czasach przedsurowicznych nie wynosiła ona bynajmniej 20%, jak chce autor, lecz od 40 do 50%. W szpitalu na Śliskiej np. notowano 47,5%, gdy obecnie liczba ta spadła do 18,9%, wliczając w to przypadki operowane (Medycyna w r. z. str. 434—praca KORALA). WELCH zebrał 4294 przypadki leczone surowicą, z nich zmarło 18,3%, z nieoperowanych zaś 3127 tylko 11,2%. Jestto różnica zbyt widoczna na korzyść surowicy.

*Ein Beitrag zu einer sicheren Behandlung von Rachen-Diphtherie und Scharlach ohne Serum.* Leipzig. 1897.

Maksymilian Kraushar.

10. René PETIT. **48 przypadków porażenia błoniczego.** Z 302 chorych na błonicę, u których rozpoznanie kliniczne poparte było badaniem bakteriologicznem i którzy spostrzegani byli przez kilka tygodni po wyzdrowieniu, dotkniętych zostało porażeniem 48, co wynosi 15,6%. Porażenia błonice podzielić można na wczesne i późne. Porażeń wczesnych zanotowano 13. Z wyjątkiem dwóch wystąpiły one w przypadkach bardzo ciężkich i to tylko przy zapaleniach gardzieli; przy dławcu ani razu porażenia wczesnego nie spostrzegano. We wszystkich tych przypadkach dotknięte było tylko podniebienie miękkie. Porażenie występowało 5—11-go dnia od przybycia chorego do szpitala (*resp.* zastrzyknięcia surowicy). Chorzy przybywali 4, 5, a nawet 8 dnia choroby w stanie bardzo ciężkim z groźnymi objawami osłabienia działalności serca. Z 12 takich chorych zmarło 4 przed upływem tygodnia od dnia wystąpienia porażenia. W przypadkach, które zakończyły się wyzdrowieniem, porażenie wczesne trwało od miesiąca do sześciu tygodni, a więc dłużej, niż porażenia późne. Te ostatnie, w liczbie 35, wszystkie zakończyły się wyzdrowieniem, chociaż u dwóch chorych spostrzegano niepokojące objawy ze strony serca. Porażenie późne występowało przeciętnie około dwudziestego dnia od chwili przybycia dziecka do szpitala. Najczęściej spostrzegano porażenie podniebienia, nieco rzadziej kończyn dolnych, jeszcze rzadziej akomodacji. Najprędzej ustępowało porażenie akomodacji, najpóźniej porażenie kończyn dolnych. Porażenia skombinowane kilku narządów miały zazwyczaj przebieg dłuższy, zwłaszcza wtedy, gdy w pojedynczych narządach występowały nie jednocześnie. Wogóle zauważono, iż porażenia występowały tem częściej, im później zastrzykiwano surowicę. Chorzy, którzy byli leczeni surowicą zaraz od początku choroby, prawie wszyscy uniknęli porażień. Toż samo powiedzieć można i o innych powikłaniach błonicy.

Prawdopodobnie zmiany w nerwach obwodowych, powstałe pod wpływem jadu błoniczego, są już daleko posunięte w chwili, gdy zastrzykujemy surowicę. Ta ostatnia może jedynie zobojętnić jad, jest zaś zupełnie bezsilna wobec zmian

jakie już w komórkach nerwowych zaszły (a zatem leczenie surowicą późnych porażień błoniczych nie da się uzasadnić). Zdawałoby się na pie rwszy rzut oka, iż porażenia są obecnie częstsze, niż dawniej. Nie należy jednak zapominać, iż dzięki surowicy pozostaje przy życiu znaczna ilość chorych, którzy dawniej ginęli. Liczni więc wyleczeni chorzy dotknięci zostają porażeniem, jeżeli surowica została zbyt późno zastrzyknięta. W powyższym opisie pominięto kilku chorych, którzy jeszcze w czasie choroby zwracali płyny przez nos. Przejściowy ten niedowład mięśni podniebienia, będący skutkiem podrażnienia błony śluzowej, znikał po upływie 2—3 dni.

(*Rev. mens. des maladies de l'enfance*, 1897. Nr. 2).

F. Sachs.

11 H. ROSIN. **O pewnym znajdowanym w moczu związku białka i o jego wartości rozpoznawczej.** Badaniom КУЕННЕ'go zawdzięczamy znajomość pewnych ciał, które powstają podczas trawienia białka. Są to wytwory uwodnienia białka i tworzą się, zanim nastąpi ostateczny wytwór trawienia białka — pepton. Ciała te nazywano propeptonami albo albumozami. Dają one z kwasem azotnym, solą kuchenną i kwasem octowym i t. d. odczyny chemiczne takie same, jak białko, lecz przy następczem gotowaniu nie ścinają się, lecz rozpuszczają, a po wystygnięciu znowu opadają. Te ich własności jak również odczyn biuretowy, czerwone zabarwienie z ługiem potasowym i słabym roztworem siarczanu miedzi zbliżają je do peptonów. Dawniej już znajdowano je w moczu przy rozmaitych cierpieniach aczkolwiek w nader małych ilościach. Autor spostrzegał przypadek, w którym mocz przez czas dłuższy zawierał duże ilości albumozy. Pierwotne rozpoznanie *nephritis* nie sprawdziło się; podczas badania pośmiertnego znaleziono zwyrodnienie mączkowe i tłuszczowe, a także powiększenie nerek. Natomiast w jamie piersiowej znajdowały się na wielu żebrach guzy nowotworowe. Na podstawie badania drobnovidzowego rozpoznano *sarcoma myelogenes multiplex*. Nowotwór wychodził ze szpiku żeber.

W celu przekonania się, czy znaczna ilość albumozy w moczu nie znajduje się w związku z obecnością mięsaka części piersiowej kośćca, autor przejrzał odnośną literaturę. W istocie zebrał ogółem 17 przypadków, w których zanotowano obecność *sarcomatis medullaris multiplicis* umiejscowionego na żebrach i kręgosłupie. We wszystkich przypadkach znajdowano w moczu albumozę, pomimo że nerki były zupełnie zdrowe. Zasługuje na uwagę, że przy mięsaku kończyn albumoza nie zjawiała się w moczu.

Na zasadzie powyższego autor nie chce twierdzić, że obecność albumozy we krwi stanowi czynnik rozpoznawczy przy rozpoznawaniu *sarcomatis medullaris* części piersiowej kośćca, radzi jednak liczyć się z tem zjawiskiem. W każdym razie byłoby niezmiernie ważne rozstrzygnięcie dwóch pytań: 1) czy albumozy powstają w samych guzach nowotworu i następnie wydzielają się z moczem i 2) jeżeli nie, to może znajdują się one we krwi, co w warunkach zwykłych nigdy nie ma miejsca.

(*Berlin. klin. Wochschr.*, Nr. 48. 1897).

K. Zaleski.

12. A. WESTPHAL. **O zjawiskach ze strony źrenic przy histeryi.** Autor podaje dwa spostrzeżenia dotyczące histeryczek, u których objawy ze strony źrenic były niezwykle i dosyć zmienne.

W jednym z podanych przypadków u chorej 21-letniej prócz trwającego od urodzenia drżenia gałek ocznych była nierówność źrenic. Odczyn na światło przy pierwszym badaniu podczas napadu zachowany, po kilku tygodniach zaś zauważono, że źrenice są niezmiernie wąskie (wielkości łebka od szpilki) i nie oddziałują na

światło nawet przy użyciu światła ześrodkowanego zapomocą soczewki. Czasami jednak źrenice rozszerzały się i wtedy odruch na światło otrzymywano łatwo. Objaw ten W. objaśnia znacznym skurczem mięśnia zwieracza tęczówki, zależnym od czynników psychicznych.

W drugim przypadku znaleziono ograniczenie ruchów gałek ocznych, szczególnie lewej nazewnątrz, zez zbieżny, podwójne widzenie w jednym oku, silne zwężenie źrenic, brak odruchu źrenicowego, na koniec *reactio pupillarum paradoxa*, która polegała na tem, że źrenice przy słabem oświetleniu były wąskie, a przy silnem rozszerzały się nadmiernie i nie ulegały zwężeniu.

Zmiany powyższe autor stara się objaśnić zapomocą przypuszczenia istnienia przykurczeń odpowiednich mięśni, ponieważ istniały podobne stany innych mięśni. Co się zaś tyczy odczynu ze strony źrenic, nie może wytłomaczyć jego przyczyny.

Następujące dwa spostrzeżenia zasługują na uwagę z tego względu, że zauważono tu szczególne zachowanie się źrenic podczas napadu. W obydwu przypadkach cierpienie przedstawiało typowy obraz histeryi. W przerwach między napadami oddziaływanie źrenic na światło i akkomodację było wyraźne. Za to podczas napadu występowała zupełna niewrażliwość źrenic na światło do tego stopnia, że nadmiernie rozszerzone źrenice znajdowały się pod wpływem ześrodkowanego światła w przeciągu kilku minut. Ostatnie dwa spostrzeżenia potwierdzają zdanie, ogłoszone przez KARLUS'a, że przy rozpoznawaniu różniczkowem pomiędzy napadami padaczkowymi i histerycznymi nie należy przypisywać wielkiego znaczenia brakowi odruchu świetlnego ze strony źrenic.

Wyniki swych spostrzeżeń W. streszcza w sposób następujący. Zdarzają się przypadki histeryi, w których brak odruchu źrenicowego towarzyszy napadom, w innych zaś zjawisko powyższe albo przyłącza się do napadu, albo też nie znajduje się z nim w żadnym związku.

Stałego istnienia niewrażliwości źrenic nie udało się stwierdzić. Źrenice niewrażliwe (nieruchome) są albo rozszerzone, albo zwężone, lecz rzadko średniej szerokości. Rozszerzenie źrenic towarzyszyło przeważnie napadom wielkim, aczkolwiek zauważono je i przy małych napadach. Przeciwnie, zwężenie źrenic występuje, zdaje się, niezależnie od napadów, albo też przyłącza się do napadu i trwa w ciągu kilku dni, lub zjawia się podczas bardzo słabego początkowego. Raz spostrzegano *reactio pupillarum paradoxa*.

Odrętwienie źrenic w histeryi zależy prawdopodobnie od pewnych stanów podrażnienia ośrodków kory mózgowej, istota zaś zjawiska jest nam zarówno mało znana, jak i warunki, wśród których spostrzegamy ten objaw.

(*Berlin. klin. Woch. Nr. 47 i 48. 1897.*)

K. Zaleski.

## Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 7 grudnia r. z.

TREŚĆ. 1) SIERPIŃSKI — Przedstawienie dziecka z niezwykle wielkiem wodogłowiem. 2) Prof. KOSIŃSKI — Przedstawienie trzew brzusznych pochodzących od kobiety operowanej dwukrotnie z powodu raka odźwiernika. 3) REICHMAN — O objawie znamionującym niezbyt zanikowy żołądek (*gastritis atrophicans*).

1) Kol. SIERPIŃSKI przedstawił dziecko z niezwykle wielkiem wodogłowiem.

2) Chora prof. KOSIŃSKIEGO, dotknięta rakiem odźwiernika, była z powodu zupełnej niedrożności operowana dwukrotnie w celu usunięcia choć na czas pewien

śmierci głodowej. Pierwszej operacji, gastroenterostomii dokonano w styczniu r. z.; chora, która przedtem wszystko wymiotowała i schudła tak, że waga ciała ze 170 funtów spadła do 100, wypisała się po miesiącu, doznawszy znakomitej poprawy. W ostatnich jednak miesiącach wymioty znów się pojawiły, a zarazem waga ciała zaczęła ponownie spadać. W miesiąc po drugiej operacji chora zmarła. Badanie zwłok wykazało zupełne zarośnięcie odźwiernika zarówno jak otworu operacyjnego pomiędzy żołądkiem i kiszka.

3) Treść odczytu kol. REICHMAN'a jest następująca. Spotyka się chorych skarżących się na trzy jednocześnie objawy: uczucie szczygółne w brzuchu, określone wyrazami: „jakby się coś w brzuchu pokręciło“, umiejscowione nad pępkiem, nudności niezbyt silne, ustępujące po wymiotach i wymioty płynem wodnistym w ilości 50—60, rzadziej 100 cm. sz. Płyn posiada smak słonawej wody, jest bez zapachu, mętawy, o odczynie zasadowym, mętnieje po dodaniu kwasu octowego na zimno, nie zawiera Ptyaliny, ani pepsyny, nie trawi ani krochmalu, ani białka, zawiera niekiedy białko surowicze i, zdaje się, stale śluz. Nie jest to więc ani ślina, ani zubożony sok żołądkowy. Zbiór tych objawów występuje napadami co kilka dni, niekiedy rzadziej, niekiedy częściej, nigdy po przyjęciu pokarmu, lecz przed nim, lub w kilka godzin po nim. Chorzy tego rodzaju zupełnie nie wydzielają soku żołądkowego; jeśli się on nawet zjawia, niknie z biegiem czasu. Zniesienie wydzielania soku żołądkowego, zależy: 1) od raka żołądka, lub charłactwa rakowego bez względu na umiejscowienie nowotworu; 2) od zaniku błony śluzowej żołądka i 3) od nerwicy wydzielniczej, jednego z objawów neurastenii ogólnej. Ponieważ cierpienie trwa długo (1—9 lat), dotknięci są nim ludzie starsi (34—63 lat), zniesienie wydzielania soku jest stałe, nie są to neurastenicy, a długotrwałe spostrzeganie wyłącza obecność nowotworów złośliwych, przychodzi kol. R. do wniosku, że chorzy omawiani dotknięci są zanikiem błony śluzowej żołądka, a ponieważ powyższego zbioru objawów nie spotyka się w żadnej innej chorobie, przeto ten ostatni uważać należy za objaw patognomiczny nieżyty zanikowego. Zbiór powyższy spotyka się nie w każdym przypadku tak, że brak jego nieżyty zanikowego nie wyłącza, lecz obecność winna być rozstrzygająca. Obecność tego zbioru objawów może zastąpić badanie zgłębnikiem i pozwoli bez badania zawartości żołądkowej wyłączyć rak żołądka.

Na pytanie prof. KOSIŃSKIEGO, w jaki sposób badanie zgłębnikiem może przyczynić się do rozpoznawania raka, odpowiada kol. R., że badanie zawartości ułatwia nam rozpoznanie, w razie bowiem raka, brak będzie kwasu solnego, a mikroskop wykryje długie łasieczniki, według kol. R. dla raka patognomiczne.

Kol. JANOWSKI dołącza do przyczyn hamujących wydziela nie kwasu solnego jeszcze ciężką niedokrwistość, gruźlicę wrzodziejącą błony śluzowej żołądka i wyniszczenie ogólne wskutek gruźlicy innych narządów. W szpitalu przypadki takie do rzadkości, wcale nie należą, choć nie są częste w praktyce prywatnej. Mówca spostrzegł dwa przypadki ciężkiej niedokrwistości, cztery przypadki gruźlicy żołądka, gdzie za życia wyłączenie raka napotykało na znaczne trudności i dwa przypadki gruźlicy ogólnej, raz z zajęciem gruczołów oskrzelowych, drugi raz krezkowych.

Kol. REICHMAN odpowiada, że w swym odczycie uwzględnił tylko te przypadki, w których brak kwasu solnego zdarza się najczęściej. We wszystkich innych przypadkach bywa to o wiele rzadziej.

Prof. BARANOWSKI wyraża przekonanie, że spostrzeżenie prelegenta mieć będzie bardzo ważne znaczenie w rozpoznawaniu nieżyty zanikowego, o ile rzeczy-

wiecie spotyka się ten zbiór objawów wyłącznie przy zaniku zwyczajnym. Choć ostatni możemy rozpoznać i przy pomocy sposobów dotychczasowych, nigdy jednak niema pewności, czy zaniku nie powoduje rak żołądka.

Kol. REICHMAN odpowiada, że u dotkniętych rakiem żołądka nigdy nie bywa powyższego zbioru objawów, dotknięci zaś ostatnim nigdy nie mają raka.

Kol. GAJKIEWICZ zwraca uwagę, że jeśli chorych tego rodzaju spostrzegać czas dłuższy, to łatwo wykazać, iż wydzielanie kwasu solnego zanika stopniowo w miarę stopniowego rozwoju obrazu klinicznego.

### Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= HEIDENHEIM na węgry (*comedones*) i powstający z nich trądzik zaleca na podstawie własnego doświadczenia okłady ze słabego rozczyну lizolu w ilości łyżeczki od herbaty na pół do jednego litra wody, które stosuje w ten sposób, iż poleca trzymać je pokryte papierem gumowym, zmieniając po 2 do 3 razy na dobę. Leczenie to trwa od 2 do 6 dni.

= VALENTIN opisuje przypadek wrzecznej ciąży. Młoda kobieta, porzucona przez męża, mając kochanka, była w ciągłej obawie zajścia w ciążę. Wkrótce też jakoby zaszła. Zwróciła się więc z zapytaniem do lekarza, który znalazł wszystkie oznaki ciąży: brak miesiączki, twarde brzuch, powiększone piersi, wymioty i t. d., lecz badanie przedmiotowe nie potwierdziło zupełnie rozpoznania. Lekarzowi udało się przekonać ową histeryczną chorą, że nie jest ona w ciąży; tegoż samego dnia chora dostała miesiączki i wszystkie inne objawy znikły. Drugi podobny przypadek dotyczył młodej dziewczyny. (Centralbl. f. Gynäk. Nr. 40).

= A. GOENNER ogłosił wyniki badań w celu sprawdzenia dowodzeń SELIGSON'a co do płci płodu. (SELIGSON twierdzi, że z jajek lewego jajnika powstają zarodki żeńskie, z jajek prawego — męskie). GOENNER w protokołach oględzin pośmiertnych w Instytucie anatomo-patologicznym w Bazylei wykrył, że z liczby 34-ch kobiet zmarłych w okresie połogowym u 12-tu, które urodziły dziewczynki, ciało żółte prawdziwe znaleziono w lewym 8 razy, a w prawym jajniku 4 razy, u 22-ch zaś, które urodziły chłopców, ciało żółte znaleziono 11 razy w lewym i 11 razy w prawym. Również doświadczenia na zwierzętach wykazały błędność teorii SELIGSON'a. (Annali di Ostetricia e Ginecologia. Nr. 8. 1897).

= J. CAMPBELL operował *per laparotomiam* guz u 7-miesięcznej dziewczynki. Guz znajdował się za otrzewną w okolicy lewej nerki; guz torbielowaty zawierał kawałki chrząstki i kości, ważył 1360 gm. J. MORGAN opisuje przypadek guza operowanego u 8-miesięcznej dziewczynki; guz ten zauważono już wkrótce po urodzeniu w prawej pachwinie. Ponieważ guz powiększał się, skóra zaczerwieniła się, dziecko miało silne bóle, przystąpiono do operacji i znaleziono jajnik, znajdujący się w niezarośniętym przewodzie NUCK'a; szypuła była skręcona  $2\frac{1}{2}$  raza; przewiązano ją; dziewczynka wyzdrowiała. (Centralbl. f. Gynäk. Nr. 39).

= MEREDITH, podając odsetkę śmiertelności przy wycięciu jajników (7 przypadków na 250 operowanych na 2,8%), poleca na podstawie własnego doświadczenia przepłókiwania jamy otrzewny po operacji ciepłą wodą bez następnego usuwania resztek płynu. Z liczby 66-iu przypadków tak traktowanych w 16-tu nie było podwyższenia ciepłoty, w 38 iu nieznaczne, w 12-tu lekka gorączka (w jednym tylko przypadku 39,5°). M. sądzi, że pozostawianie wody w jamie brzusznej: 1) wstrzymuje krwawienie żyłne, 2) wpływa na nerki, które się wypłukują, 3) wpływa dodatnio na zmianę gwałtowną w ciśnieniu wewnątrzbrzusznem i 4) zapobiega tworzeniu się zrostów. (Centralbl. f. Gynäk. Nr. 39).

J. M.

= Bracia LABBÉ zbadali chemiczne zmiany soku żołądkowego u ssawców przy krzywicy i nieżycie jelit i doszli do wniosków następujących: 1) prawidłowy sok żołądkowy u dzieci poniżej lat dwóch nie zawiera podczas trawienia wolnego kwasu solnego; 2) kwas związany oraz ogólna kwasność szybko się zwiększają w pierwszych

miesiącach życia, dochodzą do *maximum* w końcu pierwszego roku, później zaś się zmniejszają; 2) skład soku żołądkowego u chorych na krzywicę zmienia się o tyle, że zwiększa się ilość nieorganicznie związanego chloru, a zmniejsza związanego organicznie, ogólna kwasność zwiększa się z powodu zjawienia się kwasów fermentacyjnych; wcześniej się zjawia kwas solny wolny. Sok żołądkowy chorych na biegunkę jest bardzo zmienny, najczęściej znajduje się zmniejszenie chloru organicznie związanego i ogólnej kwasności oraz przedwczesne zjawienie się kwasu solnego wolnego. (Revue de malad. de l'enfance IX. 97).

— GEILL spostrzegł przypadek przewlekłego otrucia trionalem, zażywany w dawce 1,0 na noc. Po miesiącu wystąpiło zaparcie stolca i wymioty, w tydzień później niepokój, napad padaczki (chora w młodości miewała napady), poczem biegunka, bezład kończyn i porażenie jednostronne nerwu twarzowego; w dalszym ciągu niedowład ogólny, wzmoczenie odruchów, znieczulenie ogólne i śmierć wskutek zapalenia płuc. Mocz początkowo ciemno-czerwony zawierał hematoporfirynę, a przez ostatnie trzy dni wystąpił silny białkomocz. Autor sądzi, że otrucie przypisać należy zbiorowemu

działaniu trionalu, którego wydalanie było ograniczone wskutek istniejącego zaparcia stolca. (Therap. Mon. 7. 97).

— RAE zachwala stosowanie pilokarpiny w eklampsji połogowej. Stosując ten środek od lat dwunastu, R., zawsze otrzymywał wyzdrowienie. Dawka jednorazowa wynosi 0,02 *pilocarp. nitrici* podskórnie i zazwyczaj jest wystarczająca, w przeciwnym razie można ją po dwóch godzinach powtórzyć. (Brit. med. Journ. 18. IX. 47).

— Doświadczenia na trupach przekonały BROSCHA, że przy sztucznym oddychaniu zawartość żołądkowa oraz ciała obce z jamy ustnej mogą łatwo być wciągnięte dooskrzeli, powodując śmierć wskutek uduszenia, lub też śmiertelne zapalenie płuc. Wobec tego radzi B. przed sztucznym oddychaniem wprowadzić do żołądka zgłębnik elastyczny, który jednocześnie ułatwiałby oddychanie, zapobiegając zapadaniu w tył języka. (Semaine méd. Nr. 44. 97).

— RENZI stosuje w gruźlicy płuc jodoform w dawce 0,1—0,2 *pro die* z taniiną lub naftaliną, zależnie od tego, czy chory ma skłonność do biegunki, czy zaparcia. Środek ten zmniejsza kaszel i wykrztuszanie i uspakaja nerwową pobudliwość chorych. (Semaine méd. Nr. 45. 97).

M. B.

## ODEZWA.

Mocą uchwały Komitetu przygotowującego VIII Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w dniach 12, 13 i 14 lipca roku bieżącego, urządzona będzie podczas Zjazdu wystawa przyrodniczo-lekarska. Wystawa będzie miała następujące oddziały: I. Literatura przyrodnicza i lekarska z ostatnich lat dziesięciu. II. Higiena: 1) Ogrzewanie. 2) Oświetlenie. 3) Wentylacja. 4) Wodociągi i kanalizacja. 5) Łazienki. 6) Dezynfekcja. 7) Gimnastyka lecznicza i t. d. 8) Odzienie. III. Nauka lekarska. 1) Anatomia. 2) Fiziologia. 3) Psycho-fiziologia. 4) Patologia a) ogólna, b) szczegółowa. 5) Środki farmaceutyczne. 6) Seroterapia i serodyagnostyka, organoterapia. 7) Narzędzia chirurgiczne (ginekologia, okulistyka, laryngologia, dentystyka etc.). 8) Elektroterapia i elektrodyagnoza (Roentgen). IV. Środki spożywcze i odżywcze: 1) Przetwory mięsne. 2) Przetwory mleczne. 3) Przetwory mączne. 4) Konserwy. 5) Napoje alkoholowe. 6) Napoje bez alkoholu. V. Balneologia: 1) Wody mineralne. 2) Sole, ługi, borowiny i zioła kąpielowe. VI. Bakteryologia: 1) Lekarska. 2) Rolniczo-przemysłowa. VII. Nauki przyrodnicze: 1) Botanika. 2) Zoologia i paleontologia. 3) Mineralogia i geologia. 4) Fizyka. 5) Chemia. VIII. Antropologia i etnografia. Uprasza się wobec tego wszystkich interesowanych, ażeby jak najliczniej i najobficiej wystawę obesłać ra-

czyli, a tem samem przyczynili się do uświetnienia dzieła pożytecznego dla nauki i społeczeństwa. Zgłoszenia osobiste lub piśmienne uprasza się przesłać najpóźniej do dnia 1 maja roku bieżącego na ręce p. dr. DROBNIKA, Poznań, św. Marcin nr. 79. W imieniu sekcji wystawowej: D-r Tomasz DROBNIK. Witold ZAKRZEWSKI, (inżynier). Uprasza się wszystkie inne pisma polskie o powtórzenie powyższej odezwy.

## Wiadomości bieżące.

— Kol. Adam WIZEL został świeżo mianowany ordynatorem etatowym oddziału psychiatrycznego szpitala starozakonnych w Warszawie. Oddział rzeczony lada dzień zostanie przeniesiony z obecnego gmachu szpitalnego do nowego, wybudowanego za rogatkami Wolskimi koło lasku Czyste. W nowo urządzonym oddziale ilość łóżek została w dwójnasób zwiększona i sięga niemal liczby stu (84 łóżek w oddziale ogólnym i 12 w pensjonarskim). Nowy oddział okazał się przedstawia i posiada bardzo wiele zalet.

— „Przegląd dentystyczny“, miesięcznik poświęcony chorobom zębów i jamy ustnej, wydawany i redagowany przez kolegę B. DZIERŻAWSKIEGO, opuścił prasę (Nr. 1-szy) i zawiera szereg artykułów powyższej specjalności poświęconych. Dentystyka w czasach obecnych już się tak silnie z pośród innych operacyjnych części chirurgii wyodrębniła i posiada tak licznych przedstawicieli, że stworzenie organu, mającego na celu jej rozwój i szybkie przyswojenie najnowszych zdobyczy w jej zakresie wchodzących, jest całkowicie uzasadnione i żadnąmiarą za nadprodukcję w piśmiennictwie lekarskiem uznane być nie może. Z tych względów wydawanie podobnego miesięcznika uważamy za objaw dobrze zrozumianych potrzeb, a wydawcy i redaktorowi onego szczerze życzymy powodzenia i wytrwałości w tem pożytecznem przedsięwzięciu.

— Nowe pismo. Z końcem roku zeszłego zaczęło wychodzić w Paryżu pismo miesięczne poświęcone psychologii klinicznej i terapeutycznej p. t. „Revue de psychologie clinique et therapeutique“, redagowane przez d-rów HARTENBERG'a i VALENTIN'a. Redakcja i administracja: 174 Boulevard Saint-Germain. W programie, stanowiącym rodzaj wstępu do tego wydawnictwa, redaktorowie starają się bliżej scharakteryzować rolę psychoterapii i jej wielką doniosłość, obiecując sobie w przyszłości bardzo wiele z tak zwanego „polipsychizmu“. Pierwszy artykuł poświęcony jest w tym okazowym numerze uwagom nad poddawaniem leczniczem, czyli sugestją terapeutyczną, pióra znanego na tem polu p. A. A. LIÉBEAULT'a z Nancy. Drugi, napisany przez A. DUMONFALLIER'a, ma za przedmiot sugestję i hipnotyzm, a w którym to artykule autor dotyka doktryny BERNHEIM'a polegającej na twierdzeniu, iż hipnotyzm nie istnieje, lecz tylko suggestya, że zatem nie należy więcej mówić o hipnotyzmie. Trzeci artykuł napisali redaktorowie o znaczeniu wzruszeń w powstawaniu i leczeniu abulii (braku woli); potem następuje dość bogaty przegląd nowości z zakresu psychopatologii, oraz kazuistyka. Wogóle próbny ten zeszyt przedstawia się interesująco. Cena zeszytu 60 centymów.

**Sprostowanie.** W Nr. 2 „Medycyny“ na str. 37 w wierszu 16 od dołu zamiast J. SAWIŃSKI winno być J. PAWIŃSKI. Na str. 26 w wierszu 3 od dołu zamiast gm. powinno być gr.; na tejże str. wiersz 14 od dołu zamiast przez powinno być przed; na str. 30 wiersz 13 od dołu zamiast znalezieniu... niedodmy płuc, powinno być znalezionej... niedodmle płuc; na tejże str. wiersz 17 od dołu zamiast TRAUB'a, powinno być ТРЕУВ'a, na tejże str. w wierszu 12 od dołu zamiast napewno powinno być zapewne; na str. 31 w wierszu 3 od góry zamiast śleci, powinno być śleć; na tejże str. w wierszu 7 od góry zamiast łączy się, powinno być łączy się; na tejże stronie w wierszu 8 od góry zamiast TRUMBULL powinno być TRUMBULL.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. H. Dobrzycki.

Доводено Цензурою. Варшава, 2 Января 1898 г.

Druk K. Kowalewskiego. Warszawa, Mazowiecka 8