

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie, rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Z przesyłką pocztową, 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 38.

Adres Wydawcy: Złota Nr. 14.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. Prace oryginalne. O szerzeniu się dżumy, jej zapobieganiu oraz leczeniu. Podał Jan Danysz. — Opis ważniejszych przypadków operowanych w oddziale ginekologicznym szpitala Starozakonnych w Warszawie w 1896 — 1897 r. oraz ogólny zarys działalności tegoż oddziału. Podał D-r Jakób Rosenthal. (Dokończenie). — Streszczenia i wyciągi. 195. O rzeżączce u dzieci płci męskiej. 196. W sprawie bakterjologii błonicy i o zakażeniu mleszanem. 197. Przewlekłe zapalenie otrzewny surowicze (Peritonitis serosa chronica). 198. Pleśniak ki w pęcherzu moczowym. — **Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenie z dnia 22 listopada r. b. — XII zjazd chirurgów francuskich. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
 destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r J. Danysz — Sur l'étendue de la peste, sa prophylaxie et son traitement. 2) D-r J. Rosenthal — Compte rendu des opérations pratiquées dans le service gynécologique de l'hôpital juif à Varsovie pendant 1896 — 1897. Aperçu général des travaux du service.

Redaction: Dr. M. Sadowski, Varsovie — Rue Kr. k. Przedm. 7.

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
 Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r J. Danysz — Ueber die Verbreitung der Pest, ihre Vorbeugung und Behandlung. 2) D-r J. Rosenthal — Beschreibung der wichtigeren in der gynäkologischen Abtheilung des jüdischen Krankenhauses zu Warschau in den Jahren 1896 — 1897 operirten Fälle. Allgemeines über die Thätigkeit dieser Abtheilung.

Redaction: Dr. M. Sadowski, Warschau — str. Krak.-Przedm. 7.

O SZERZENIU SIĘ DŻUMY,
 jej zapobieganiu oraz leczeniu.

Podał

JAN DANYSZ.

Europę całą żywo poruszyły ostatnie wypadki wiedeńskie: w pracowni pojawia się przypadek dżumy, a następnie kilka osób, które pierwszego chorego pielęgnowały, ulegają najwyraźniejszej zarazie. Wobec tego, sądzimy, iż nie będzie pozbawionem interesu, jeżeli streścimy wszystkie dane — bardzo już liczne do tej pory i ciekawe — zebrane przez wyprawy bakterjologów europejskich podczas epidemii dżumy, jaka grasuje od lat 4-ech w Chinach i Indyach, dane, dotyczące sposobu szerzenia się tej zarazy oraz wypływających z tego środków do powstrzymania jej rozwoju i jej zwalczania.

Jeden fakt przedewszystkiem uderzył już pierwszych bakteriologów, którzy prowadzili badania nad epidemią w Chinach a następnie stwierdzony został przez badaczy podczas epidemii w Indjach oraz w pracowniach europejskich przy doświadczeniach ze zwierzętami. A mianowicie, dżuma, którą uważają za jedną z chorób najbardziej niebezpiecznych i najbardziej zaraźliwych, nie przedstawia żadnego niebezpieczeństwa i nie wymaga przy jej badaniu specjalnych środków ostrożności. Epidemia w Indjach jest nadzwyczaj silna; we wszystkich prawie jej ogniskach znajdują się szpitale dla zadżumionych oraz małe pracownie, przeznaczone do studyów nad dżumą. Mimo to przypadki zarażenia wśród personelu lekarskiego należą do niezmiernie rzadkich. Przypadek d. ra MÜLLERA jest chyba pierwszy, gdzie lekarz został zarażony przez chorego. Dr. STICKER — z komisji niemieckiej, który zakłul się w rękę podczas oględzin pośmiertnych jednego z zadżumionych w Bombaju, dostał tylko bardzo lekkiej dżumy i prędko do zdrowia powrócił. Mała epidemia miejscowa cholery, tyfusu lub błonicy pochłonie więcej ofiar w ciągu jednego roku z pomiędzy lekarzy, niż obecna epidemia dżumy pochłoneła od początku swego istnienia.

ZABOŁOTNY — członek komisji rosyjskiej — opowiadał nam w przejeździe swoim przez Paryż, iż podczas oględzin pośmiertnych zmarłych na dżumę w Bombaju poprostu opędzić się nie można było przed rojami much i innych owadów, które, nasyciwszy się krwią i ropą trupów, siadają następnie na wszystkich osobach i przedmiotach, znajdujących się w sali sekcyjnej, i że mimo to nigdy wskutek tego żaden przypadek dżumy nie nastąpił.

Lekarze i wogóle Europejczycy, znajdujący się w Indjach, przyszli dzięki temu do wniosku, iż są odpornymi na dżumę azjatycką. Trzeba było aż ostatnich przypadków wiedeńskich, aby ich z tego błędu wyprowadzić.

W pracowniach obchodzono się z hodowlami zarazków dżumy i ze zwierzętami, którym je zaszczepiano, z taką obojętnością, jak gdyby chodziło o doświadczenia nad zarazkami najbardziej banalnymi lub przynajmniej nieszkodliwymi dla człowieka. I nigdy — aż do przypadków wiedeńskich — wypadku zarażenia nie było. Więcej dodam: wszystkie próby, do ostatnich czasów dokonywane w celu wywołania dżumy u zwierząt zdrowych przez zetknięcie dłuższe ze zwierzętami chorem, żadnych wyników nie dawały. Myszom i szczurom (t. j. zwierzętom najbardziej na dżumę wrażliwym) dawano do jedzenia ogromne ilości hodowli dżumy, jak również trupy zwierząt, zdechłych na dżumę, trzymano razem zwierzęta zdrowe z chorem i zdechłymi na dżumę — i nigdy nie można było stwierdzić ani jednego przypadku rzeczywistego zarażenia. W niektórych tylko, bardzo rzadkich zresztą przypadkach, gdy umieszczono razem w jednym słoju dużą ilość myszy zdrowych i chorych, zdarzało się, iż jedna mysz na 10 dostawała dżumy i zdychała; epidemia jednakże nie stawała się ogólną zarazą we właściwym tego słowa znaczeniu.

Można więc prawie za pewne uważać, że dżuma nie udziela się ani przez proste zetknięcie (jak odra, szkarlatyna, i t. d.), ani przez spożycie (ingestję) zarazków dżumy (jak np. tyfus brzuszny).

Dalej, dżuma również nie udziela się ani przez wdychanie pyłu lub kurzu, zawierającego złośliwe nawet zarazki, ani przez zadrażnienia lub inne rany

na skórze, jak to świeżo wykazał d-r SIMOND w pracy bardzo ciekawej i wyczerpującej¹⁾.

Tak, d-r SIMOND, dając do wdychania małpom — zwierzętom na równi z człowiekiem wrażliwym na dżumę — krochmal w proszku zmieszany z wysuszonymi hodowlami dżumy, nie zdołał wywołać u nich zjawisk chorobowych, gdy też sama mieszanina w wodzie, zastrzyknięta pod skórę, zabijała za każdym razem zwierzęta. Aby się przekonać, czy dżuma może się udzielić przez zadrasnięcia skóry na nogach, jak to przyjęli WYSOKOWICZ i ZABOŁOTNY (członkowie komisji rosyjskiej w Bombaju), SIMOND przykładał na nacięcia skórne na nogach u małp kataplazmy, robione z mieszaniny płwocin chorych, dotkniętych zapaleniem płuc dżumowem (*pneumonie pesteuse*), i ziemi. Kataplazmy takie zostawiał on małpom przez kilka godzin i stale otrzymywał wyniki ujemne. A zatem, jeżeli można przyjąć nawet, że dżuma może czasami udzielać się drogą uszkodzeń skórnych, to nie jest to sposób, w jaki ona się rozszerza, aby stać się epidemią rzeczywiście niebezpieczną.

Jak więc widzimy, zagadnienie, tyżące szerzenia się dżumy, znacznie bardziej jest zawiślane i trudniejsze do rozwiązania, niż by się to mogło wydawać *a priori*, ze względu na wielką zaraźliwość tej choroby. A jednak, ze względu na środki ochronne, jakie przedsięwziąć należy w celu wstrzymania rozwoju epidemii, niezmiernie ważną jest rzeczą usunąć przedewszystkiem za pomocą badań ścisłych wszystkie te dane ujemne i wskazać rzeczywiste przyczyny zarażania się. W takim tylko razie możnaby było skutecznie zwalczać epidemię.

Najwięcej dokładnych wiadomości w tym przedmiocie znajdujemy we wzmiankowanej wyżej pracy SIMOND'a.

Naprzód, autor ten spostrzegł fakt bardzo ważny, że okres wylęgania (*incubatio*) dżumy stale trwa względnie krótko. Ilekroć dało się tylko dokładnie sprawdzić początek i chwilę zarażenia, osoby, które mu podległy, zapadały w 1 do 3 dni później²⁾. Z temi danemi mógł on z większą dokładnością zbadać warunki, które zwykle towarzyszą pojawianiu się dżumy w nowych, nietkniętych dotąd przez nią, miejscowościach.

Potwierdza on fakt, oddawna już spostrzegany, że epidemie ludzkie stale bywają poprzedzane przez epidemie wśród szczurów. Tak, np. osoba jakaś przybyła z ogniska epidemii, osiedla się w pewnej miejscowości, jeszcze przez zarazę niedokniętej. W jeden lub dwa dni po swem przybyciu osoba ta zachorowuje i umiera na dżumę. Najczęściej zaraza nie rozszerza się zaraz. Zwykle po tym pierwszym przypadku zapadają na dżumę tylko te osoby, które mieszkały w jednym pokoju z chorym, albo które z nim były w bezpośrednich stosunkach. Następnie nie spostrzega się żadnego przypadku dżumy przez jakieś 3 lub 4 tygodnie, a czasem nawet i dłużej. Wtedy dopiero, gdy ludność już się zaczyna uspokajać, gdy się wydaje, że niebezpieczeństwo całkowicie minęło, wtedy raptownie wybucha epidemia dżumy wśród szczurów, a za nią wkrótce szerzyć się zaczyna gwałtowna epidemia pośród mieszkańców.

Zarażanie się ludzi od szczurów zostało sprawdzone w sposób rzeczywistie uderzający.

¹⁾ Annales de l'Institut Pasteur, T. XII, Nr. 10.

²⁾ Dotąd uważano okres ten za nieco dłużej trwający. YERSIN oblicza go 4—6 dni.

„We wsi Chack-Kalal zauważono początek epidemii wśród szczurów. Przez przeczność rozkazano mieszkańcom opuścić wieś zupełnie i umieszczono ich obozem na odległości kilku kilometrów od wsi. W tydzień potem pozwolono 2 kobietom wrócić do swych domów po zapomniane przedmioty. Znalazły one kilka zdechłych szczurów pośrodku pokoju. Wzięły je, aby wyrzucić, a powróciwszy do obozu w dwa dni później zachorowały“.

„W Bombaju, w willi, stojącej na uboczu i zamieszkałej przez pewną rodzinę angielską wraz z liczną służbą, złożoną z indusów, woźnica znalazł raz szczura, zdechłego na dżumę, przed stajnią. Wziął on tego szczura i wyrzucił na ulicę. W dwa dni potem zachorował i zmarł na dżumę w kilka dni później. Dom ów został starannie zdezynfekowany, i żaden inny przypadek dżumy tam się nie powtórzył“.

Za najbardziej typowy przykład, wykazujący w sposób, nie podlegający dyskusji, zarażenie człowieka przez zdechłego szczura, uważać można przypadek dżumy na parostatku Shanon, kursującym pomiędzy Bombajem a Adenem. Statek ten, opuszczając Bombaj, gdzie grasowała zaraza, podległ wszystkim środkom zabezpieczającym, przez konferencję wenecką przepisanych. Przybył on do Adenu z zupełnie zdrową załogą. Podróż trwała około 10 dni, a w Adenie do tego czasu nie było ani jednego przypadku dżumy. W Adenie wsiadł na statek urzędnik pocztowy. Podczas przejazdu powrotnego z Adenu do Bombaju urzędnik ów znalazł kilka zdechłych szczurów w swem biurze i wkrótce potem zapadł na dżumę.

Przykłady te i wiele innych, podanych przez SIMOND'a, a których niepodobna wszystkich przytaczać, tembardziej, iż wszystkie bardzo są do siebie podobne, wykazują, że nawet nie jest niezbędne dotykać się szczura zdechłego na dżumę, aby się zarazić: może wystarczyć do tego zbliżenie się do jego trupa, albo tylko przejście przez pokój, gdzie są lub nawet gdzie były zdechłe szczury.

Otóż i znajdujemy się wobec jawnej sprzeczności: z jednej strony w pracowniach od lat kilku ma się ciągle do czynienia ze szczurami i innymi zwierzętami choremi na dżumę, robi się ich sekcyje, i nigdy się nie zdarzają przypadki zarażenia; z drugiej zaś strony, wystarcza wejść do pokoju, gdzie były zwierzęta zdechłe na dżumę, aby się zarazić.

SIMOND wyjaśnia nam tę sprzeczność, wykazując, iż w Indjach dżuma przenosi się ze szczura chorego na inne szczury i na człowieka za pośrednictwem pcheł.

Mógł on się bowiem, w rzeczy samej, o następujących faktach przekonać:

- 1) pchły, wzięte ze szczura zdechłego na dżumę, zmiażdżone i zaszczepione zdrowemu szczurowi, stale wywoływały dżumę u tego ostatniego;
- 2) szczur chory, zapchlony, umieszczony w klatce razem ze szczurami zdrowymi, ale w ten sposób, iż oddzielony był od tych ostatnich kratą, by nie mógł ich bezpośrednio dotykać, zaraża ich dżumą; jeżeli umieścić razem wiele szczurów, i zdrowych i chorych, ale oczyszczonych z pcheł, nie znajdujemy przypadków zarażenia;

- 3) wreszcie, jako pierwszą oznakę dżumy, znajdował on na skórze chorych małe pryszczki (*phlyctenes*), zawierające zarazki dżumy, a które mogły być wywołane jedynie przez ukąszenia pcheł.

Fakt, oddawna spostrzegany, że ze wszystkich przedmiotów, z którymi zadżumiony miał styczność, bielizna jego i pościel, na której spoczywał, są najbardziej niebezpiecznymi i najłatwiej zarazę przenoszą, potwierdza hipote-

ze SIMOND'a, że pchły, a może także i inne owady pasorzytnicze, odgrywają najważniejszą rolę w szerzeniu się dżumy. Przynajmniej rzecz tak się ma w Indiach, gdzie pchła szczura może zakłuć i zarazić całowicką. W Europie pchły, które grasują na myszach, na szczurach i innych zwierzętach laboratoryjnych, nigdy nie napastują człowieka, i wskutek tego dotąd nie były czynnikami w przenoszeniu zarazy.

Sposób ten szerzenia się dżumy przez szczury z początku, a przez ich pchły następnie nie objaśnia wszakże wszystkich przypadków dżumy u ludzi, a zwłaszcza jej postaci płucnej (*pneumonie pesteuse*).

W przypadkach tej ostatniej, najstraszniejszej ze wszystkich postaci dżumy, bo prawie zawsze śmiertelnej, nie ma ani pryszczycy, ani bubonów. W tych razach zaraza dostaje się przez błonę śluzową nosa, jak to wykazał BAZAROW, prowadzący obecnie badania nad dżumą w instytucie PASTEUR'a w Paryżu pod kierunkiem Roux'a. Dowiódł on, mianowicie, iż jeżeli dotknąć się pędzelkiem, umaczanym w świeżej hodowli zarazków dżumy, jam nosowych świnki morskiej lub szczura, wywołuje się zawsze postać płucną dżumy (*pneumonie pesteuse*).

Brzydkie przyzwyczajenie wkładania palców do nosa może stać się fatalnem podczas epidemii dżumy. Być może, że to właśnie przyzwyczajenie opłacili swem życiem BARICH i d-r MÜLLER.

Streszczając teraz wszystkie spostrzeżenia, poczynione aż dotąd nad dżumą, możemy następujące wnioski wyciągnąć:

Dżuma stanowi chorobę samoistną (*spontanée*) szczurów (*mus decumanus*) i zdaje się, iż panuje ona endemicznie stale w okolicach, które prawdopodobnie są właśnie ojczyzną tegoż gatunku szczurów, t. j. w Azji Środkowej, w Tybecie i w Afryce Środkowej, w kraju Uganda koło jeziora Victoria. To ostatnie ognisko dżumy zostało niedawno odkryte przez KOCH'a. Gdy z endemicznej choroba staje się epidemiczną, szczury masowo emigrują i rozszerzają epidemię we wszystkich kierunkach³⁾. Pchły ze szczurów przenoszą dżumę na ludzi, którzy znów zarażają się jedni od drugich wzajemnie, czy to za pośrednictwem owadów pasorzytniczych w postaci dżumy z bubonami, czy to przez płwociny w przypadkach dżumy płucnej (*pneumonie pesteuse*).

Przypuszczenie, że można powstrzymać szerzenie się dżumy za pomocą kwarantanny czy innych środków, przez konferencję wenecką przepisanych, jest absolutnem złudzeniem. Zniszczenie szczurów i owadów pasorzytniczych jedynie mogłoby spowodować wyniki pożądanego.

Co do leczenia dżumy za pomocą surowicy przeciwdżumowej, to wyniki dotychczasowe są mało zadawalające. Otrzymanie bowiem surowicy dostatecznie czynnej i w dostatecznej ilości napotyka ogromne trudności. Jeżeli, w samej rzeczy, wystarcza parę miesięcy, aby otrzymać z konia surowicę przeciwbłoniczą bardzo czynną, to wytworzenie surowicy przeciwdżumowej, dostatecznie czynnej, aby leczyć przypadki dżumy z bubonami, wymaga 2 do 3 lat. Przytem surowica ta będzie bezsilna wobec postaci płucnej dżumy. Płuca w dżumie stanowią niejako *locus minoris resistentiae*. Przypadki wyleczenia w postaci płucnej dżumy są względnie daleko bardziej rzadkie, niż w postaci dżumy z bubonami.

³⁾ Od czasu, gdy zaczęto próbować niszczyć szczury za pomocą sztucznie wytworzonych wśród nich epidemii, a wywołanych przez mikroby specjalnie chorobotwórcze dla szczurów, fakt emigracji szczurów chorych niejednokrotnie był spostrzegany.

Opis ważniejszych przypadków

operowanych w oddziale ginekologicznym szpitala Starozakonných w Warszawie w 1896—1897 r.

oraz

ogólny zarys działalności tegoż oddziału.

Podał

D-r JAKÓB ROSENTHAL

Ordynator oddziału.

(Dokończenie.—Zob. N. 50)

e) Całkowite wycięcie macicy przez pochwę (*Exstirpatio uteri totalis vaginalis*).

Dokonane było 9 razy a mianowicie: a) z powodu włókniaka macicy śródmiaższowego u kobiety 47-letniej (N. K. G. 1107 z r. 1896). Wskazaniem do operacji przez pochwę, a nie przez cięcie brzuszne były niewielkie rozmiary włókniaka, jakoteż znaczne wyniszczenie chorej, spowodowane ciągłymi obfitymi krwotokami; b) z powodu wypadnięcia macicy i znacznego owrzodzenia części pochwowej w jednym przypadku podejrzanej natury u dwóch kobiet: jednej 46-letniej (N. K. G. 2661 r. 1896) i drugiej 56-letniej (N. K. G. 4856 r. 1897). Trzy te chore w 3—4 tygodnie po operacji zdrowe szpital opuściły. c) z powodu raka części pochwowej lub szyi, a także z powodu złośliwego gruczolaka ciała macicy u sześciu kobiet: u jednej 51-letniej (N. K. G. 3036 z r. 1896), która w 10 miesięcy po operacji zmarła skutkiem odrodzenia się raka; u drugiej 36-letniej (N. 3416 r. 1896); u trzeciej 56-letniej (N. K. G. 516 r. 1897); u czwartej 47-letniej, (N. K. G. 688 r. 1897) u której gdzieindziej zrobiono wyskrobanie i przypalenie części pochwowej rakowato zwyrodniałej; u chorej tej już w dwa tygodnie po operacji stwierdziłem odrodzenie raka, który w dalszym ciągu wywołał przerzuty do różnych narządów; chora ta zmarła w 5 miesięcy po operacji na oddziale; u piątej 42-letniej (N. K. G. 1723 r. 1897) i u szóstej 60-letniej (N. K. G. 3986 z r. 1897) z powodu gruczolaka złośliwego ciała macicy. Dalsze losy tych chorych nie są mi znane, oprócz chorej 36-letniej, która dotychczas w 2½ r. po operacji jest zupełnie zdrowa.

Przy operacji tej wprowadziłem niektóre zmiany w technice, a mianowicie po wyskrobaniu i wypaleniu części pochwowej rakowato zwyrodniałej, dokonywam przedniego cięcia pochwowego Dührsenowskiego i przez otwór w sklepieniu przedniem wydobywam macicę na zewnątrz. Następnie podwiązuję, poczynając z góry i idąc ku dołowi, więz szeroki (zwykle lewy) z jednej strony, który w miarę podwiązania przecinam. Po zupełnem przecięciu więzu szerokiego, macica wisi jakby polip na drugostronnym więzie, który z łatwością daje się podwiązać i przeciąć. Załatwiwszy się w ten sposób z więzami, wyciągam w zupełności na zewnątrz macicę, która wisi tylko na otrzewnie dołu DOUGLAS'a i na tylnej ścianie pochwy. Takowe wprost przecinam nożem lub nożyczkami. Podwiązki na więzach szerokich krótko obcinam i łączę szwami katgutowemi fałdy przednią i tylną otrzewny z sobą, jakoteż zszywam

z sobą przednią i tylną ścianę pochwy. Niekiedy przez kąty rany pochwowej wprowadzam po pasku gazy jodoformowej do przestrzeni między otrzewną a pochwą. Sposób ten operowania posiada dwie ważne zalety: 1) więzy szerokie nie podwiązuje się na ślepo, po ciemku, niema więc możliwości ujęcia w podwiązkę i przecięcia moczowodów; 2) unika się przy nim prawdopodobieństwa zarażenia, ewentualnie przeszczepienia nowotworu na ranę ziejącą, albowiem sklepienie tylne, do którego część pochwowa rakowato zwyrodniała przylega podczas podwiązywania więzów szerokich, nie jest otwarte.

f) **Cięcie brzuszne badawcze (Coeliotomia probatoria).**

Trzy przypadki tej operacji miały miejsce w ciągu dwóch lat. Pierwsze dwa dokonane rzeczywiście były celem rozpoznania i oba zakończyły się śmiercią. W jednym z nich znaleziono *sarcoma omenti*, w drugim zaś *sarcolipoma omenti*. W trzecim przypadku cięcie brzuszne dokonane było celem zrobienia wycięcia macicy z powodu włókniaka tejże, lecz operacji zaniechać musiano, jako nieprowadzącej do celu. Przypadek ten, nader ciekawy pod względem rozpoznawczym, jest następujący:

Papierny Fajga (N. K. G. 3338) z Białegostoku, lat 42, zamężna, miesiączkuje od 16 roku życia co 4 tygodnie, po 4—5 dni; rodziła trzy razy. W ostatnich latach miesiączkę miała co 3 tygodnie, obfitszą, przez 5—6 dni; przed 4 miesiącami zauważyła powiększenie brzucha, a 3 miesiące temu nastąpił krwotok trwający 3 tygodnie. Chora skarży się na znaczne bóle w brzuchu. Wstąpiła do oddziału 21. VII. 97. Osobnik o wyglądzie zdrowym; podkład tkanki tłuszczowej znaczny, szczególnie na brzuchu. Przy badaniu znaleziono w jamie brzusznej dwa guzy; jeden wielkości głowy dziecka rocznego, stanowiący powiększoną macicę (*Fibroma uteri interstitiale*), i drugi na prawo poniżej pierwszego, wielkości dużej pomarańczy, twardy, ściśle od przodu z macicą połączony. Ten ostatni guz przyjęliśmy za *fibroma subserosum*. Badanie przez pochwę stwierdziło w zupełności powyższe badanie zewnętrzne. D. 25. VII. 97. *Coeliotomia*. Po przecięciu ścian brzusznych, z jamy otrzewny wylał się w dość znacznej ilości jasny płyn ascytyczny; guz wielkości głowy dziecka wydobyto na zewnątrz i przekonano się, że miano do czynienia z włókniakiem śródmiąższowym macicy. Cała otrzewna i sieć mocno zgrubiałe, usiane mniejszymi i większymi guzikami twardemi; pojedyncze guziki, szczególnie sieci, wielkości orzecha włoskiego są torbielowato zwyrodniałe. Guz zaś z prawej strony macicy, który przy badaniu zdawał się wychodzić z szyi macicy i uważany był za włókniak podsurowirzy, jest pęcherzem moczowym, o ścianach grubych, pokrytych w zupełności nowotworem, charakteru powyżej opisanych guzików. W tym stanie rzeczy, rozważywszy, że nowotwór należy do złośliwych, że nie jesteśmy w możności, z powodu rozsiania jego, w zupełności go usunąć, a wycięcie macicy samej, włókniakowato przerodzonej nie byłoby w tym przypadku usprawiedliwione, poprzestaliśmy na wycięciu części sieci z dwoma torbielowato zwyrodnionymi guzikami, celem zbadania drobnowidzowego, i ranę brzuszną zeszyliśmy. Badanie drobnowidzowe, z powodów od nas niezależnych, dokonane nie zostało. Okres zdrowienia, skutkiem ropienia w szwach brzusznych, przeciągnął się, i chora dopiero w dniu 18. IX. 97 r. t. j. w siedm tygodni po operacji oddział opuściła.

W ciągu 1896 i 1897 r. leczonych było w oddziale chorych 487 (270 + 217), z których wyzdrowiało 328 (166 + 162); wyszło z polepszeniem 50 (30 + 20), bez polepszenia 70 (44 + 26), zmarło 28 (16 + 12), pozostało na rok 1898 — 11. Znaczna liczba chorych, wypisanych ze szpitala bez polepszenia (70); tłumaczy się niemożliwością lub niechęcią tychże poddania się operacyi, jako jedyne go u nich środka leczniczego; tu zaliczają się chore z wypadnięciem macicy i pochwy (11), z włókniakami macicy (8), z rakiem macicy (7), z torbielami i guzami jajników (7), ciążą zewnątrzmaciczną (3), *pyosalpinx* (5), guzami charakteru złośliwego w jamie brzusznej (7).

Zejsście śmiertelne miało miejsce u 28 osób (16 + 12), co wynosi średnio 5,7% (6,2 + 5,4%). Przyczyną tej dość znacznej śmiertelności jest okoliczność, iż z jednej strony do oddziału przyjmowane są chore po porodzie z chorobami zakaźnymi (39 z których zmarło 9 = 23,3%), z drugiej zaś strony, iż wiele chorych, szczególnie zamiejscowych, przybywa do oddziału w stanie takiego zaniedbania choroby i wyniszczenia, że o jakimkolwiek działaniu leczniczem lub operacyjnem mowy być nie może. Chore te stanowią kontyngens, powiększający śmiertelność w oddziale.

Dołączona tablica uwidacznia ruch chorych za powyższe dwa lata w oddziale:

	1896						1897							
	Pozostało z r. 1895	Przybyło	Wyzdrowiało	Wyszło z po- lepszeniem	Wyszło bez polepszenia	Zmarło	Pozostaje	Pozostało z r. 1896	Przybyło	Wyzdrowiało	Wyszło z po- lepszeniem	Wyszło bez polepszenia	Zmarło	Pozostaje
I. Choroby sromu.														
a) Vulvitis et Barthollinitis	—	2	2	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—
b) Ruptura perinei	1	4	6	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—
c) Haematoma vulvae	1	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2. Choroby pęcherza i cewki moczowej.														
a) Cystitis catarrhalis et purulenta	—	9	5	2	—	1	1	1	4	4	1	—	—	—
b) Fistula vesicovaginalis	1	5	—	1	4	1	—	—	6	3	—	3	—	—
c) Calculus vesicae urinariae	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—
d) Urethritis gonorrhoeica	—	3	—	—	2	—	1	1	—	1	—	—	—	—
e) Papilloma urethrae	—	2	2	—	—	—	—	—	2	2	—	—	—	—
3. Choroby pochwy.														
a) Colpitis (catarrhal. et gonorrhoeica)	—	1	1	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—
b) Cystis vaginae	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
c) Neoplasmata (carcinoma) vaginae	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1
d) Stenosis vaginae, vaginismus	—	1	1	—	—	—	—	—	4	4	—	—	—	—
e) Ruptura vaginae	1	1	2	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—
f) Haematocolpos ex atresia hym. s. vag.	—	4	4	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—
4. Choroby macicy.														
a) Defectus uteri	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
b) Stenosis canalis port. vag.	—	1	1	—	—	—	—	—	4	4	—	—	—	—
c) Hypertrophia port. vaginalis	—	1	1	—	—	—	—	—	5	5	—	—	—	—
d) Metrorrhoea	—	—	—	—	—	—	—	—	4	3	—	—	—	1
e) Metritis acuta	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
f) Metritis chronica et infarctus uteri	—	7	6	1	—	—	—	—	4	3	1	—	—	—
g) Endometritis chronica	—	6	6	—	—	—	—	—	10	9	1	—	—	—
h) Endometritis haemorrhag. et polyposa	1	21	21	—	—	—	1	1	9	9	—	—	—	1
i) Catarrhus et erosiones cervicis uteri	—	2	2	—	—	—	—	—	2	2	—	—	—	—
k) Retroversio et retroflexio uteri	—	9	—	8	—	—	1	1	6	1	6	—	—	—
l) Prolapsus uteri et vaginae	1	19	13	1	6	—	—	—	13	7	1	5	—	—
m) Polypi uteri	—	3	3	—	—	—	—	—	4	4	—	—	—	—
n) Myomata et Fibromata uteri	1	13	5	—	5	2	2	2	13	8	—	6	1	—
Do przeniesienia	7	118	84	13	18	4	6	6	97	74	10	14	2	3

	1896						1897							
	Pozostało z r. 1895	Przybyło	Wyzdrowiało	Wyszło z po- lepszeniem	Wyszło bez polepszenia	Zmarło	Pozostaje	Pozostało z r. 1896	Przybyło	Wyzdrowiało	Wyszło z po- lepszeniem	Wyszło bez polepszenia	Zmarło	Pozostaje
Z przeniesienia	7	118	84	13	18	4	6	6	97	74	10	14	2	3
a) Sarcoma uteri	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—
p) Carcinoma uteri	—	9	2	—	7	—	—	—	5	3	—	—	2	—
r) Adenoma uteri malignum	—	3	—	3	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—
5. Choroby jajowodów i jajników.														
a) Oophoritis et Salpingitis	—	8	6	1	—	—	1	1	5	4	2	—	—	—
b) Cystes et neoplasma ovarii	—	11	3	—	2	4	2	2	12	8	—	5	—	1
c) Graviditas extrauterina tubaria	1	4	2	—	3	—	—	—	8	5	—	—	1	2
d) Pyosalpinx	—	1	—	1	—	—	—	—	7	1	1	5	—	—
e) Tuberculosis tubae, ovarii et peritonei	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—
6. Choroby otrzewny miedniczej, tkan- ki łącznej przymacicznej i więzów szerokich.														
a) Para et perimetritis acuta et chronica	—	35	28	6	—	—	1	1	23	17	3	—	1	3
b) Perioophoritis et perisalpingitis	—	2	2	—	—	—	—	—	2	2	—	—	—	—
c) Haematocoele retrouterina	—	4	3	1	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—
d) Neoplasma subser. pelvic. et liga- mentilati	—	2	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—
7. Choroby ciążarnych.														
a) Metrorrhoea	—	4	3	—	—	—	1	1	1	2	—	—	—	—
b) Antelexio fixata uteri gravidi	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1
c) Retroflexio uteri gravidi	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—
d) Tumor in abdomine apud gravidam	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
8. Choroby położnic.														
a) Infectiones (febris) puerperales	—	22	15	—	—	5	2	2	17	15	—	—	4	—
b) Eclampsia puerperalis	—	4	3	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
c) Ruptura cervicis uteri et parametrij	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1
d) Subinvolutio uteri et metrorrhagia	—	3	3	—	—	—	—	—	2	2	—	—	—	—
e) Residua post abortum	—	14	12	—	1	—	1	1	24	24	1	—	—	—
9. Maciennictwo.	—	5	—	3	2	—	—	—	2	—	2	—	—	—
10. Różne (Diversa).														
a) Sterilitas	—	1	—	—	1	—	—	—	1	—	—	1	—	—
b) Tumor uteri	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
c) Tumores maligni in abdomine	—	7	—	—	6	1	—	—	1	—	—	1	—	—
d) Lipoma omenti	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
e) Sarcoma vesicae urinae et peritonei fibromyoma uteri	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—
f) Hernia lineae albae post coeliotom.	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—
g) Obstipatio alvi	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—
h) Nephropylitis et haematuria	—	2	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Razem	8	262	166	30	44	16	14	14	217	162	20	26	12	11

Operacyi u powyższych chorych uskuteczniło 207 (93 + 114), czyli że 42,5% wszystkich chorych, znajdujących się w oddziale było operowanych. Między operacyami było dokonanych: przez otworzenie jamy otrzewny cięciem brzuszem (*coeliotomia abdominalis*) 35 (11 + 24), przez otworzenie tejże cięciem pochwowem (*elythrocoeliotomia*) 14 (6 + 8); *colporrhaphii* przy wypadnięciu macicy i pochwy (wraz z dodatkowymi rękoczynami jak *amput. port. vagin. excochleatio uteri*) 20 (12 + 8), wyluszczenia włókniaków podśluzowych macicy 9 (4 + 5), operacyi krwisteku pochwowego, spowodowanego zarośnięciem pochwy lub błony dziewiczej 10 (5 + 5); operacyi przetok pęcherzo-wo-pochwowych 4, amputacyi części pochwowej macicy 5 (1 + 4), operacyi przepukliny smugi białej po *coeliotomii* 1, cięcie pochwowo-pęcherzowe (*colpocystotomia*) celem wydobywania kamienia z pęcherza moczowego 1; reszta ope-

racyi przypada na rękoczyni mniejsze jak: zeszybie zastarzałego pęknięcia krocza (5), wycięcia narośli brodawkowatych cewki moczowej (6), wyluszczenie torbieli pochwy (1), przecięcie ropni przy i okółomacicznych (6), wyłuszczenie macicy 78 (39 + 39) i t. d.

Operacyi, zakończonych zejściem śmiertelnem, było 11 (5 + 6) co daje procent ogólny z operacyi 5,3% (5,3% + 5,2%). Przypadki śmierci były następujące: w r. 1896, 1) *Coeliohysterectomy partialis uteri cum excisione cystidis dermoidalis sinistri et tubae et ovarii dextri*; 2) *Tumor malignus abdominis (Sarcoma omenti)*; 3) *Sarcolipoma omenti* (w obu ostatnich przypadkach *Coeliotomia probatoria*); 4) *Enucleatio fibromatis subserosi uteri methodo MARTINI*; 5) *Enucleatio fibromatis submucosi per vaginam*; w r. 1897: 1) i 2) *Exstirpatio uteri totalis vaginalis* z powodu raka macicy; 3) *Tuberculosis (degener. adenoides) tubae, cystis dermoidalis ovarii sinistri. Exstirpatio tubae et ovariorum* (N. K. G. 4659 wyżej opisany); 4) *Fibromyomata multiplicia uteri et sarcoma flexurae sigmoideae*; 5) *Graviditas extrauterina tubaria*; 6) *Enucleatio fibromyomatis subserosi cervicis methodo MARTINI* (w 3 tygodnie po operacyi)

Kończąc ten krótki zarys dwuletniej działalności oddziału, którym zaświaduję, mniemam, iż ogólne wyniki jej sprawiają wrażenie dodatnie, pomimo jaknajgorszych warunków, w jakich oddział pod względem pomieszczenia i sali operacyjnej pozostawał. Zawdzięczam je ściśle przestrzeganej anty- i aseptyce, a także staranności i gorliwości w spełnianiu przyjętych na się, aczkolwiek bezpłatnie obowiązków asystentów oddziału kol. FINKELKRAUTA i BOKSERA, za co im, przy tej sposobności, serdecznie dziękuję.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

195. IMERWOL. **O rzeźączce u dzieci płci męskiej.** Dzięki licznym pracom POTT'a, CRERI'ego, ISRAEL'a, WIDMARK'a, SPAETH'a, EPSTEIN'a i innych, powszechnie wiadomem się stało, że u dziewczynek istnieje *koeliovaginitis gonorrhoeica*, której przyczyną są gonokoki NEISSER'a, i że choroba ta przenosi się z osoby na osobę za pośrednictwem palców, ręczników, gąbek, ciepłomierzy, wspólnego sypiania w łóżku i t. p. U chłopców natomiast uważano do niedawna cierpienie cewki moczowej za kataralne, przypisując powstawanie ich rozmaitym podrażnieniom mechanicznej i chemicznej natury, jakoto: obcym ciałom, solom kwasu moczowego ropy, wypływającej z nerek lub z pęcherza, samogwałtowi, a nawet ząbkowaniu i robakom (w dawniejszych podręcznikach). Nie przypuszczano natomiast możliwości rzeźączki u małych chłopców. Dopiero w ostatnim dziesięcioleciu niektórzy autorzy (van ARSDALE, KAMER, RÓŻA, KOPLIK, MONCORVO, VIGER i MAC MUNN) opisali kilkadziesiąt (30 załedwie) przypadków wyraźnej rzeźączki u małych chłopców, zależnej od gonokoków NEISSER'a. Tak nieznaczna ilość przypadków pozwalałaby mniemac, że cierpienie to jest rzadkością u dzieci płci męskiej, czemu jednak IMERWOL przeczy, w ciągu bowiem niespełna dwóch lat spostrzegac on w poliklinice szpitala Caritatea w Jassach 10 przypadków tego rodzaju, które szczegółowo opisuje i na tej podstawie opisuje historię danego cierpienia. Wiek chorych wynosił od 1½ do 11 lat, a pięć z opisanych dziesięciu przypadków doty-

czyło chłopców, nie mających jeszcze pięciu lat. U wszystkich tych chorych (z wyjątkiem jednego, którego raz tylko widziano) badanie drobnowidzowe wykazało obecność gonokoków, wielkości 1 μ , złączonych z ciałkami ropnemi, kształtu bułek, barwiących się sinkiem metylenowym, fuksyną karbolową i odbarwiających się wedle metody GRAM'a. W jednym tylko przypadku postarano się o czyste hodowle bakterii — z wynikiem dodatnim.

8 małych chorych cierpiało na ostrą, dwóch na przewlekłą rzeżączkę; w sześciu przypadkach ostrego przebiegu zajęta była tylko część przednia cewki, w dwóch zaś cała cewka, nadto w jednym przypadku zdarzyło się powikłanie przez zapalenie przyjądrza (*epididymitis*). W 8 przypadkach zakażenie nastąpiło od innej osoby chorej, bądź przy usiłowaniu stosunku płciowego z zarażoną dziewczynką, lub dojrzalą służącą, bądź od innych chłopców lub mężczyzn dorosłych, z którymi chorzy sypiali i niekiedy „bawili się“, dotykając części płciowych. W 2 przypadkach niepodobna było zbadać przyczyny choroby. Jeden z chorych (półtoraroczny) zaraził się od własnej matki, z którą sypiał, inny od siostry, cierpiącej na *vulvo-vaginitis*.

Przebieg choroby tej u chłopców podobny jest do przebiegu u mężczyzn dorosłych. Zwiastuny i okres kielkowania nie są wiadome, rodzice bowiem zwracają uwagę dopiero wtedy, gdy dziecko płakać zaczyna przy oddawaniu moczu, lub gdy zauważą wydzielanie się ropy z cewki moczowej. U chłopców z nietkniętym napletkiem sprawa chorobowa zaczyna się zazwyczaj od *balanitis*, przyczem napletek obrzmiewa, z otworu napletkowego wydziela się ropa, a oddawanie moczu sprawia znaczne cierpienia. U żydowskich chłopców z obciętych napletkiem choroba rozpoczyna się, jak u dorosłych: bólami przy oddawaniu moczu i wydzieliną ropną z cewki. Przy długim i wąskim napletku choroba rozpoczyna się prawdopodobnie od błony śluzowej napletka, poczem dopiero przechodzi na żołądź, a ztąd na błonę śluzową cewki moczowej. Wobec *balanitis* ważnem jest przeto — dla celów rozpoznawczych — zbadać za pomocą lekkiego nacisku na dolną powierzchnię cewki, czy z niej nie wydziela się ropa.

Bóle w ostrym okresie są bardzo znaczne, lecz występują tylko przy oddawaniu moczu. Erekcji bolesnych autor nie spostrzegał. Częstość natomiast zjawiskiem bywa nocne mimowolne oddawanie moczu (w 6 przypadkach), chociaż przed chorobą objawu tego nie było. Wypływ z cewki jest zawsze ropny.

Odróżnianie rzeżączki od kataralnego cierpienia jest bardzo łatwe, a polega na badaniu drobnowidzowem, t. j. na znalezieniu gonokoków. Cierpienia kataralne są o wiele łżejsze, ustępują po 2—3 dniach pod wpływem zastrzykiwań jakichkolwiek ściągających środków leczniczych, gdy rzeżączka trwa u chłopców 2—3 tygodnie, przechodzi niekiedy (2 razy w 10 przypadkach) w postać przewlekłą i wymaga specjalnego leczenia.

Z powikłań wymienić należy: *balanoposthitis* (6 razy na 10 przypadków; raz tylko u dziecka z oberzniętym napletkiem, a pięć razy u posiadających nietknięty); *lymphangoitis* i *phimosis inflammatoria* (4 razy); *epididymitis* i *vaginalitis* (2 razy) — u bardzo małych dzieci, mających 1½ i 2½ roku.

Zapalenia gruczołu krokowego, pęcherza — nie spostrzegał autor jako powikłania w swych przypadkach.

Choroba ta trwa od 2—4 tygodni, przy stosownem leczeniu; rokowanie przeto jest dobre i zupełny powrót do zdrowia, zwykłym bywa wynikiem. Zdarza się jednak przypadki przebiegu przewlekłego, kończące się zwięzieniami (*stricturae*). W swoich przypadkach autor, co prawda, nie miał z tego rodzaju powikła-

niami do czynienia, lecz opisali je KRAMER (4 zwężenia w cewce 3-letniego chłopca), MAC-MUNN i RÓŻA.

Leczenie jest takie same, jak u dorosłych. Przedewszystkiem spokój, t. j. leżenie w łóżku w okresie zapalnym, potem zaś — noszenie suspensorium. Dyeta lekka, ostre potrawy i napoje zabronione. *Balanitis*, poprzedzającą rzeżączkę, leczy się okładami z sublimatu (0,1 na 300) lub z 4% roztworu kwasu bornego. Przeciw bólom zalecamy: ciepłe kąpiele siedzeniowe, *decoctum seminis lini*, herbatę z *fol. urvae ursi*, napoje alkaliczne, bromek sodu. Po ustąpieniu bólów podajemy środki balsamiczne: *oleum santali* i *balsamum copaivae* (2—3 razy dziennie po 5—10 kropel) aż do końca choroby, jeżeli nie występują dolegliwości żołądkowe. Kopaiwę można podawać w mieszaninie następującej: Rp. *Bals. Copaivae*, syr. *tolu aa* 15,0, *Aq. naphae*, *Aq. menthae aa* 30,0, *Gummi arabici q. s. ad emulsionem*. DS. 3—7 łyżeczek na dzień. Po ustąpieniu objawów zapalnych (po tygodniu zazwyczaj) przystępujemy do wstrzykiwań; przez pierwsze dwa dni wstrzykujemy do cewki roztwór sublimatu (0,01 : 70,0), następnie *kali hypermangan.* w coraz silniejszym roztworze (0,1 : 300 aż do 0,3 : 300). Przestrzykiwania robi się dwa razy dziennie, poczem obmywa się także napletek, a na otwór cewki nakłada się kawałek czystej waty, co zabezpiecza ręce chorego od stykania się z ropą (należy zawsze mieć w pamięci możliwość przeniesienia rzeżączki na łącznicę). Wstrzykiwania są zazwyczaj bardzo bolesne, wobec czego wypada przedtem znieczulić błonę śluzową cewki 1% roztworem kokainy. Przestrzykiwania robimy póty, póki ropa nie przestanie się wydzielać i nie znikną nitki z moczu, a także gonokoki i komórki ropne.

W niektórych przypadkach używał autor do wstrzykiwań emulsji z airołu i gliceryny (Rp. *airoli* 20, *glycerini* 15,0, *aq. destillatae* 5,0, *cocaini muriat.* 0,2).

W razie przedostania się rzeżączki do tylnej części cewki należy do wstrzykiwań używać większej strzykawki i wstrzykiwać z większą siłą, aby przezwyciężyć opór *compressoris urethrae*. Płyn wstrzykiwany dostaje się do pęcherza, opłukując jednocześnie tylną część cewki. W razie powikłania przez zapalenie przyądrza, należy przerwać wstrzykiwania, a zastosować okłady lodowe, wcierania szaruchy, lub 10% maści ichtyolowej, lub 2% maści gwajakolo-wazelinowej.

Przewlekłą rzeżączkę leczymy u chłopców, jak u dorosłych (wstrzykiwania *lavages, bougies*, instylacje azotanu srebra 1 : 50 — 1 : 20).

W celu zapobiegawczym nie należy pozwalać na sypianie chłopców z dziewczynkami (tak często cierpiącymi na *vulvo-vaginitis*) w jednym łóżku, jak również ze służącymi lub wogóle z osobami, cierpiącymi na wypływy z narządów płciowych. Podobnież zgubne może być wspólne używanie bielizny (ręczników, gąbek, prześcieradeł), nadto osoby chore (na wypływy z narządów płciowych), powinny w jaknajwiększej czystości utrzymywać swe ręce i poddać się leczeniu.

(Arch. f. Kinderheilk. 1898. T. 25, str. 377—394). L. Wolberg.

196. PREISICH. W sprawie bakteriologii błonicy i o zakażeniu mieszanem. Autor zastanawia się a) nad różnicą pomiędzy lasecznikiem LOEFFLER'a prawdziwym a rzekomym i b) nad wartością zakażenia mieszanego.

a) Już LOEFFLER, HUETER, ZARNICO, EMMERICH, BECO, MARTIN i inni zauważyli, iż błony w błonicy mogą zawdzięczać swe powstanie najrozmaitszym drobnoustrojom—przeważnie paciorkowcom,— nic wspólnego nie mającym z istotnym lasecznikiem błonicy. Gdy jedni (ROUX i YERSIN, BERNHEIM, ESCHERICH, KLEIN, NEISSER i in.) utrzymują, że nader łatwo odróżnić można istotny lasecznik LOEFFLER'a od rzekomego na zasadzie wyglądu hodowli albo doświadczeń na zwierzętach, inni natomiast (FRAENKEL, GERBER i PODACK, SCHANZ i in.) mniemają, iż rzekomy

jest tylko osłabionym prawdziwym lasecznikiem, który utracić zdołał swą jadowitość. Zdania przeto jednych i drugich schodzą się w przypuszczeniu rozmaitej żywotności u lasecznika prawdziwego a rzekomego. Jedynie RITTER przeczy, by wyniki doświadczeń co do jadowitości laseczników na zwierzętach były bezwarunkowo pewne.

Na zasadzie swoich doświadczeń dochodzi autor do wniosku, iż prawdziwy lasecznik błonicy jest istotnie zdolny do zatracenia swojej jadowitości lub do osłabienie jej, by znowu ją odzyskać przy sprzyjających— bądź znanych, bądź nieznanach—okolicznościach. Przekonał się on też, że szczepienie hodowli lasecznika prawdziwego daje tylko wyjątkowo wynik ujemny, gdy szczepienie zwierzętom hodowli lasecznika rzekomego nigdy im szkody żadnej nie wyrządza. W hodowli barwieniu i morfologii obu rodzajów lasecznika dają się spostrzegać tak wyraźne różnice, iż dają możliwość łatwego odróżnienia prawdziwego od rzekomego lasecznika, mianowicie: długość lasecznika prawdziwego równa się conajmniej długości lasecznika grucliczego; długość i średnica jego zwiększają się w zależności od tego, jak długo hodowla jest przechowywana, od jakości podłoża, od ilości przeszczepiań. Konfiguracja jego jest nierównomierna. Lasecznik rzekomy jest krótszy, grubszy, z jednego końca ścięczony. Ani czas przechowywania hodowli, ani przeszczepianie nie wpływa na jego postać i wielkość.

Na surowicy LOEFFLER'owskiej rozwijają się obydwaj rodzaje laseczników równie chyżo; hodowla prawdziwego jest więcej żółta. Na agar-agarze rozwija się rzekomy nieco bujniej, zresztą obydwaj dają jednakowy obraz. Bulion szybciej mętnieje i nie kwasi się od lasecznika rzekomego. Dla łatwiejszego zorientowania się w wynikach lepiej prowadzić równoległe doświadczenia.

Obydwaj laseczniki dobrze barwi błękit metylenowy LOEFFLER'a. Końce prawdziwego są ściśle odgraniczone, po pewnym czasie mają jednolite, ciemniejsze sino-czerwone zabarwienie, środek natomiast jest znacznie mniej zabarwiony. Podobnie zachowują się laseczniki rzekome: końce ich są silniej zabarwione, niż części środkowe, w ogólności jednakże mniej intensywnie przyjmują barwę.

Na zasadzie powyższych spostrzeżeń dochodzi autor do wniosku, iż lasecznik rzekomy stanowi odrębny, samodzielny rodzaj drobnoustroju; pomimo, iż pod wieloma względami podobny jest do prawdziwego, może być z łatwością i z wszelką pewnością odeń odróżniony. Jako prawdziwy powinien być uważany wszelki lasecznik, który podobnie jak on zachowuje się pod względem morfologicznym, hodowli i zabarwienia, bez względu na to, czy ma on zdolność zakażenia, czy nie.

b). Autor miał sposobność zbadać pod względem bakteryologicznym kilkaset przypadków błonicy i ani razu nie znalazł czystej hodowli lasecznika LOEFFLER'a. Zawsze miał do czynienia z mniejszą lub większą ilością paciorkowców wraz z gronkowcami lub bez nich, czasami paciorkowce przeważały. Za klinicznie czystą należałoby uznać taką błonicę, w której, pomimo obfitego wysięku rzekomobłoniastego, niema ani znacniejszego zapalenia miejscowego, ani zajęcia wyraźniejszego gruczołów,—owych objawów istnienia innych drobnoustrojów chorobotwórczych, przeważnie paciorkowców. Badania bakteryologiczne przeczą istnieniu czystej postaci błonicy, w ciężkich przypadkach bowiem przeważa zazwyczaj ilość paciorkowców, w lżejszych ilość laseczników LOEFFLER'a, jakkolwiek nie zawsze tak bywa. Związku stałego pomiędzy obrazem klinicznym a badaniem bakteryologicznym wykazać niepodobna. Klinicysta jest w stanie orzec o stopniu i sile zakażenia mieszanego na zasadzie silniejszego odczynu zapalnego, znacznieszego obrzmienia gruczołów, woni, wydzielającej się z ust chorego. Jednakże GENER-SICH wykazał, iż pojęcia o błonicy klinicznie septycznej a bakteryologicznie se-

ptycznej niezupełnie są jednakowe, albowiem znajdowano paciorkowce we krwi takich chorych, u których rozpoznano błonicę wcale nie septyczną, z drugiej zaś strony nie znajdowano ich zgoła we krwi zmarłych wskutek błonicy septycznej. Z tego możnaby było wnosić, iż lasecznik błonicy może sam przez się wywołać objawy septyczne, co jest w rozdziewięku z faktem, że nie udało się dotąd wywołać tej postaci błonicy ani stosowaniem jadu błoniczego, ani też dużych dawek hodowli laseczniaka tego. Widocznie przeto wytwory paciorkowców zostały wessane w takiej ilości, iż zdolne były wywołać objawy septyczne, pomimo iż same bakterie do krwi się nie przedostały.

Współzależność paciorkowców i laseczniaków błonicy i ich wpływ wzajemny były już wielokrotnie omawiane i rozmaicie tłumaczone. ROUX i YERSIN, BERNHEIM i FUNK i inni przypuszczają, iż jadowitość i żywotność laseczniaka błonicy wzmagają się w obecności paciorkowca, TANGEL przypisuje temu ostatniemu przeważne znaczenie, albowiem sam przez się zdolny jest do wywołania zgorzeli i objawów septycznych, zdaniem zaś ESCHERICH'a utwór staje się skłonniejszym do przyjęcia zakażenia błoniczego dzięki obecności paciorkowca, a podług DUNGERN'a paciorkowiec osłabia siłę odporną ustroju, jednocześnie zaś lasecznik błonicy ułatwia paciorkowcowi wniknięcie do ustroju.

Oprócz paciorkowców spotyka się często gronkowca białego i złocistego, małego dwuziarniaka, laseczniaki FRIEDLAENDER'a i t. p. Prawdopodobnie i ich obecność wpływa na zmianę obrazu klinicznego choroby:

Wnioski ogólne, do których autor dochodzi, są następujące:

- 1) Charakter sprawy chorobowej nie może być określony na zasadzie badania bakteriologicznego.
- 2) Klinikista jest w stanie ocenić, czy paciorkowiec przyjmuje udział czynny w chorobie.
- 3) W postaci septycznej przyczyną śmierci jest zazwyczaj jad błoniczy.
- 4) Kliniczne objawy uprawniają do rozpoznania postaci septycznej pomimo, iż we krwi nie uda się wykazać obecności paciorkowców.

(*Jahrb. f. Kind. XLVIII. Zeszyt 2—3*).

197. FILATOFF. **Przewlekłe zapalenie otrzewny surowicze** (*Peritonitis serosa chronica*). Pod nazwą „przewlekłego, surowiczego zapalenia otrzewny” pojmuje autor cierpienie pierwotne, zupełnie samodzielne, niezależne ani od gruźlicy otrzewny, ani też od nowotworów złośliwych narządów brzusznych, przebiegające już z samego początku przewlekłe. W pracy swej stara się autor rozstrzygnąć 3 zagadnienia: 1) czy surowicze zapalenie otrzewny przewlekłe istnieje jako choroba samodzielna, niezależna od gruźlicy; 2) jeśli istnieje, to czy można je odróżnić od zapalenia otrzewny gruźliczego i 3) jak je leczyć.

Że surowicze zapalenie otrzewny przewlekłe istnieje jako choroba samoistna, od gruźlicy niezależna, świadczą opisy pośmiertnego badania zwłok, dokonane przez HENOCH'a, VIERORDT'a i HIRSCHBERG'a, wreszcie przypadek HENOCH'a, w którym zrobione była laparotomia: część otrzewny, usiana gruzełkami rzekomymi, okazała się po zbadaniu drobnowidzowem od gruźlicy zupełnie wolną.

Co się tyczy drugiego zagadnienia, to obok objawów wspólnych (jako to: cierpienia obydwu rozwijają się niepostrzeżenie, tak że trudno określić początek ich; pojawieniu puchliny wodnej (*ascites*) towarzyszy nieznaczne podniesienie ciepłoty ciała i czynność nieprawidłowa przewodu pokarmowego, brak silnych bólów i wymiotów) dają się spostrzegać pewne różnice: zapalenie otrzewny gruźlicze powstaje zwykle u dzieci chorych, pochodzących z rodziny, obarczonej gruźlicą, albo też udzieli z gruźlicą kości lub narządów wewnętrznych; zapalenie zaś otrze-

wny surowicze przewlekłe zjawia się zazwyczaj u dzieci wolnych od gruźlicy dziedzicznej lub od cierpienia natury gruźliczej.

Stan ogólny o wiele mniej podupada przy ostatniej, niż przy pierwszej sprawie chorobowej, po upływie 2-3 miesięcy stopniowego powiększania się brzucha chory jest wprawdzie błydy i wychudzony, jednakże podkład tłuszczowy mało przytem ucierpiał. Skóra nie zwisa w fałdy na wewnętrznej powierzchni uda, ani twarz nie ma tego charakterystycznego piętna bladoci i przezroczystoci, co w zapaleniu otrzewny gruźliczem. Stanowczych danych rozpoznawczych udzielają oględziny i macanie brzucha. W gruźliczem zapaleniu otrzewny ściana brzuszna bywa silnie napięta, brzuch ma charakterystyczną formę owalną, namacać w nim można pojedyncze miejsca bolesne, gdzie indziej —przeważnie pomiędzy dolkiem a pępkiem—wyczuwa się pewne stwardnienia; z biegiem czasu wyczuwa się pewne chęłbotanie — niewątpliwy objaw nagromadzenia się w brzuchu płynu, mało zresztą ruchomego przy zmianie położenia chorego, wskutek zrostów pomiędzy kiskkami z jednej strony, a kiskkami i otrzewną— z drugiej.

W przewlekłym zapaleniu otrzewny surowiczem nie mamy ani napiętego brzucha, ani bolesności, ani stwardnień, ani zrostów. Jedynym stałym objawem jest znaczne nagromadzenie się płynów w jamie brzusznej. Wskutek braku zrostów płyn jest ruchomy, granice tępości zmieniają się zależnie od położenia chorego. Chory nie traci łaknienia, ma prawidłowe wypróżnienia, nie gorączkuje, miesiące całe chodzi, słowem choroba ta jest raczej podobna do puchliny wodnej zastoinowej, nie zaś do zapalenia otrzewny gruźliczego.

W przebiegu różnią się obie choroby tem, że ostatnia prowadzi do postępującego wyczerpania sił i — pozostawiona samej sobie — kończy się śmiertelnie po upływie 6—12 miesięcy, gdy pierwsza kończy się zwykle wyzdrowieniem po upływie 2—3 miesięcy.

Wobec tego, co się rzekło, rozpoznanie różniczkowe nie przedstawia żadnych zgoła trudności.

Co się tyczy leczenia zapalenia otrzewny przewlekłego surowiczego, to tacy doświadczeni lekarze, jak HENOCH, VIERORDT, GALVAGNI i inni, utrzymują jednogodnie, iż kończy się ono w większości przypadków pomyślnie bez potrzeby użycia jakichkolwiek środków leczniczych. Spokój, leżenie w łóżku i dyeta pożywna w zupełności wystarczają. BAGINSKY radzi dbać o czynność prawidłową kiszek. Wielu uważa za pożyteczne okłady, smarowanie brzucha jodyną, wcieranie mydła szarego i t. p. Przy obfitem nagromadzeniu płynów radzi HENOCH wypuścić wysięk zapomocą trójgrańca, a w razie ponownego zebrania się wykonać laparotomię i jamę brzuszną opróżnić.

(Arch. f. Kindh. T. 25. Z. 1 i 2. 1898).

M. Kraushar.

198. FRISCH. **Pleśniawki w pęcherzu moczowym.** Dotychczas w piśmiennictwie nieznane było podobne cierpienie pęcherza moczowego. Autor pierwszy stwierdza, że i na śluzówce tego narządu rozwijać się mogą pleśniawki. Przypadek dotyczył 64-letniej, lichy odżywianej kobiety, z objawami ostrego zapalenia pęcherza. Poprzednio nigdy nie cierpiała na pęcherz, cewnik do pęcherza nigdy nie był wprowadzany, wydzieliny z pochwy, swędzenia lub palenia ani w pochwie ani na zewnętrznych narządach płciowych nie było i nie ma obecnie. Mocz jest błydy, mętny, zawiera dużą ilość okrągłych białych tworów ziarnistych, wielkości ziarna konopnego. Podczas wypuszczania moczu zapomocą cewnika, zauważono obfitą ilość wydzielających się z pęcherza gazów. Badanie pęcherza za pomocą wziernika wykazuje jeszcze obecność tych tworów, pomimo dokładnego wypłukania pęcherza: śluzówka zaróżowiona na całej swej rozciągłości; gdzie indziej,

zwłaszcza w okolicy ujścia moczowodów, widać białe masy, wielkości ziarna konopnego. Chemiczne badanie moczu wykazuje odczyn mocno-kwaśny, ciężar właściwy 1026, ślady białka, 4% cukru. Pod drobnowidzem wyżej wspomniane twory ziarniste przedstawiają gęste splety rozgałęzionych nici grzybkowych (*Pilzmycelien*); obok nich w osadzie moczu znajduje się obfita ilość komórek drożdżowych, bakterye, ciała ropne i komórki nabłonkowe. Badając uważnie twory te w spokojnie stojącym moczu, autor widział ich ruchy: unoszą się one powoli z dna naczynia na powierzchnię moczu, czas jakiś tam pozostają, by znów opuścić się na dno. Jako przyczynę ruchu tego, już gołem okiem można dojrzeć przyczepione do ziaren pęcherzyki gazów, które unoszą je ku górze, tam uwalniają się, poczem ziarna znów opadają na dno. Objawy te autor spostrzegał przez dwa dni, poczem pozostało tylko zmętnienie moczu, jeszcze więcej charakterystyczne dla bakteryuryi; przy dłuższem staniu moczu tworzyła się na jego powierzchni warstwa pleśni; dość obfity osad stanowiły tylko komórki drożdżowe, nitki grzybkowych już nie znaleziono; mocz pozostał mocno kwaśnym i zawierał 3—4% cukru. Od 8-go dnia choroby w moczu wystąpiły twory inwolucyjne. Za przyczynę pneumaturyi autor uważa owe ziarna grzybkowe. Spostrzegane w początku cierpienia dwie różne postaci wegetacyjne—komórki drożdżowe i nitki rozgałęzione—dają powód autorowi do przypuszczenia, że miał w danym przypadku pierwotną sprawę pleśniawkową pęcherza moczowego. Hodowle grzybków (komórek drożdżowych i nitek) na różnych odżywkach i szczepienie zwierzętom, dokonane przez *PALTANF'a*, różnią się od grzybków zwykłych i pleśniawek tem, że badana postać nie rozpuszcza odżywek, zaś dla królików jest obojętna.

(*Wiener klinische Wochenschrift*. Nr. 39. 1898).

Stan. Stanisławski.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z d. 22 listopada r. b.

TREŚĆ: 1) *CIECHOMSKI* — przedstawienie przypadku guza migdałka. 2) *GEPNER* — (syn) przedstawienie przypadku wagra w oku, 3) *SOLMAN* — Przyczynek do kazulistyki i chirurgii niedrożności jellit. 4) *HEIMAN* — O chorobie *MÉNÈRE'a*.

1) Kol. *CIECHOMSKI* przedstawił chorego, u którego w ciągu trzech miesięcy rozwinął się guz migdałka, utrudniający łykanie i mowę i wywołujący strzykanie bolesne w okolicy ucha i pod żuchwą. Badanie wykazało znaczne powiększenie lewego migdałka tak, że przekraczał on nawet linię środkową, wypuklając łuk i odchylając języczek, sięgał do podniebienia twardego i chował się za podstawę języka. Guz był twardy jak chrząstka, a na powierzchni wewnętrznej wyczuwało się owrzodzenie kraterowate. Kol. C. miał zamiar poddać chorego operacji, mając jednak na względzie przypadki, acz rzadkie, przymiotu, w których niepotrzebnie wykonano operacje, zastosował leczenie przeciwprzymiotowe, pomimo iż chory stanowczo oświadczył, że nigdy przymiotu nie przechodził. Jodek potasu i zastrzykiwania sublimatowe usunęły zupełnie cierpienie. Dowodzi to, jak należy być ostrożnym w rozpoznawaniu nowotworów pierwotnych migdałka.

2) Kol. *GEPNER* (syn) przedstawił chorą 22-letnią, u której wystąpiło od dwóch tygodni osłabienie wzroku w oku lewym. Wykryto w ciele szklistem wagra niewielkiego, który wykonywa ruchy amebowe. Widać także dwa zmienione miej-

sca w naczyniówce, stanowiące poprzednie siedlisko pasorzyta. Zmętnienia ciała szklistego jeszcze niema; ostrość widzenia jest zachowana.

3) Kol. SOLMAN wygłosił odczyt, który niebawem ukaże się w „Medycynie“.

W dyskusyi kol. STANKIEWICZ zwrócił uwagę, że wzmożony ruch robaczkowy może istnieć i w zwężeniach przewlekłych, czego dowodem był przypadek gruźlicy w okolicy zastawki BAUHIN'a, w którym przez kilka miesięcy spostrzegał wzmożony ruch robaczkowy jelita cienkiego. Co do opisanego przypadku, to kol. S. usunąłby wyrostek robaczkowy, by nie narażać chorej na możliwy nawrót.

Kol. BRONOWSKI opowiedział przypadek, w którym wystąpiło wskutek biegunki krwawej znaczne zwężenie odbytnicy, tak że nie można było przez nie przeprowadzić palca. W przypadku tym po każdym jedzeniu występował gwałtowny ruch robaczkowy jelita cienkiego, trwało to 5—6 godzin, poczem ruch zniknął po oddaniu płynnego kału.

Kol. SOLMANOWI chodziło o wydatnienie wzmożonego ruchu robaczkowego jako objawu w niedrożności ostrej, gdy kiszka gruba jest pusta. Wyrostka dlatego nie usunął, że obawiał się przedłużyć operację, którą wykonywano u chorej, chłoroformowanej w stanie zapaści.

4) Kol. HEIMAN zaznaczył w swym odczycie różnicę między prawdziwą chorobą MÉNIÈRE'a, a t. zw. zbiorem objawów MÉNIÈRE'owskich. W tym celu opowiedział w krótkości o historii chorób, z których wynika, że: 1) objawy MÉNIÈRE'owskie, polegające na zawrocie głowy, wymiotach, nudności, szumie w uszach, zaburzeniu w równowadze ciała i większej lub mniejszej utracie słuchu, zależą nietylko od cierpienia błędnika, lecz także od cierpień ucha zewnętrznego, środkowego, a także od cierpień nerwu słuchowego w jamie czaszkowej, a 2) obraz kliniczny ma podstawę anatomiczną bardzo różnorodną. Następnie przeszedł mówca do opisu prawdziwej choroby MÉNIÈRE'a. Do objawów tej choroby należy, prócz objawów opisanych, choć nie zawsze, chwilowa utrata przytomności, obfity pot i bledność twarzy. Choroba występuje zwykle pod postacią udaru lub przekrwienia mózgowego; bywa też aura w postaci silnych świstów. Napad trwa od kilku minut do 3 dni. Stopniowo znikają wymioty, zawroty i chód niepewny; szumy pozostają dłużej i mogą nie zniknąć nawet po utracie słuchu, która jest nieuleczalna. Napady mogą się powtarzać; jeśli pierwszy nie zniszczył słuchu całkowicie, niszczy go napad następny. Słuch można stracić bądź w jednym uchu, bądź w obu. Siedliskiem choroby są przewody łukowe. Przyczynę choroby upatrywać należy w wiałdzie rdzenia, białaczkę, przymiocie, dnie, bezwładzie postępującym, urazach, przeziębieniach i nadużyciu kwasu salicylowego. Najłatwiej chorobę rozpoznać zaraz po napadzie po wyłączeniu cierpień w innych częściach ucha i jamie czaszkowej. W czasie napadu rozpoznanie często jest niemożliwe. Uwzględnić należy udar, padaczkę, histeryę, neurastenię, nowotwory. Rokowanie dla słuchu jest niepomyślne, dla innych objawów lepsze. Stosować należy spokój bezwzględny, lód, pijawki i środki czyszczące. W dalszym przebiegu przynosi znaczną korzyść chinina w małych dawkach i jodek potasu. Stosowano również prawie bez wyniku strychninę, salol, kwas salicylowy i elektryczność. Na stan ogólny dobrze wpływa leczenie przyczynowe. Wogóle jednak wyniki leczenia są prawie żadne.

XII zjazd chirurgów francuskich.

Podajemy tu w streszczeniu bardziej zasługujące na uwagę przemówienia, wypowiedziane na owym zjeździe. Rozpoczął go mową prof. Le DENTU, w której między innemi zwrócił uwagę na nowy wynalazek w dziedzinie leczenia — na zapobiegawcze wstrzykiwania surowicy przeciwężcowej. Wprawdzie wstrzykiwania podskórne surowicy tej w przypadkach już rozwiniętego tęcza dotychczas pozostawały bez skutku, znajduje to jednak wystarczające objaśnienie w doświadczeniach WASSERMANN'a i TAKAKI, sprawdzonych następnie przez ROUX i BOREL'a—które to doświadczenia wykryły niezwykle powinowactwo, zachodzące pomiędzy toksyną tęcową a komórkami nerwowymi. Rozcierali oni na miazgę mózgowie świnki morskiej i dodawali doń toksyny tęcowej. Gdy po pewnym czasie poddawano mieszaninę tę działaniu centryfugi, rozdzielała się ona na górną warstwę płynną i dolną—stałą. Warstwa płynna była prawie zupełnie wolna od toksyny tęcowej, zaś warstwa stała składała się z połączenia toksyny z substancją mózgową, o tyle trwałego, nierozzerwalnego, że wstrzyknięcie nawet znacznych ilości tegoż połączenia zwierzęciu pod skórę nie pociągało za sobą żadnego niebezpieczeństwa dla tegoż. Jeszcze bardziej tak mocne obu tych substancji powinowactwo potwierdzają doświadczenia, zapoczątkowane przez MORAX'a, powtarzane przez ROUX i BOREL'a. Robiono zwierzęciu otwór w czaszce i za pomocą cienkiej igielki wstrzykiwano do mózgu lub mózdzku drobne ilości wyżej wspomnianej toksyny. Otrzymywano w ten sposób tęzec mózgowy lub mózdzkowy o własnościach bardzo swoistych, objawów ze strony mleczu brakowało tu zupełnie. W ustroju ludzkim toksyna tęcowa szerzy się z miejsca zakażonego za pomocą naczyń krwionośnych oraz za pośrednictwem pni nerwowych, poczynających się w miejscu uległemu urazowi. Wstępując wzdłuż tych ostatnich, dochodzi jad do komórek mleczu i tworzy tu owo nierozzerwalne połączenie. Antytoksyna, wprowadzona pod skórę, może zobojętnić toksynę, pozostającą jeszcze wolną w naczyniach krwionośnych, lecz na toksynę, tak nierozzerwalnie połączoną z elementami nerwowymi, zgoła żadnego wpływu wyrzucić nie jest w stanie. Inaczej rzecz ma się jeżeli choremu, u którego, dzięki warunkom powstania uszkodzenia, jest prawdopodobne zjawienie się zakażenia tęcowego, wstrzykujemy antytoksynę w chwili, gdy ten ostatni nie dał jeszcze jakichkolwiek objawów; zabiegiem tym możemy uratować życie choremu. A nawet i wówczas, gdy już mamy pierwsze objawy podrażnienia ze strony mleczu, dokonana w swoim czasie trepanacja, umożliwi wprowadzenie antytoksyny do zdrowej jeszcze części ośrodków mózgowych i do ograniczenia w ten sposób rozległości sprawy chorobowej. Dotychczas wykonano ten ostatni zabieg w 15 przypadkach zakażenia tęcowego. Wykazały one, że przypadki, w których zakażenie bierze początek w jamie otrzewny, mają najcięższy przebieg, zapewne dlatego, że nerwy błędne przeponowe i sympatyczne przenoszą bardzo szybko toksynę bezpośrednio do tak ważnych dla ustroju ośrodków. Z pośród 12 pozostałych przypadków tęcza nieotrzewnowego pochodzenia, leczonych zapomocą wprowadzenia antytoksyny bezpośrednio do mózgu, połowa została uratowana. Le DENTU uważa wynik ten za świetny.

PICQUÉ i MAUOLAIRE. Ropienie na górnej powierzchni kości skalistej, pochodzące z ropnego zapalenia ucha środkowego, oraz leczenie tegoż ropienia należy do rzeczy powszechnie znanych. Mniej znane są sprawy ropne tegoż po-

chodzenia, przebiegające w dole potylicowym czyli mózdkowym; jeszcze mniej są znane i wyrobione sposoby leczenia owego ropienia. Na zasadzie cudzych i własnych poszukiwań rozróżniają P. i M. w wyżej rzeczonym dole ropienie: 1) pomiędzy kością a oponą twardą, 2) pomiędzy tą ostatnią a mózdzkiem, 3) wewnątrz tegoż narządu. Badaniami na trupach dało się stwierdzić, że opona twarda jest bardzo ściśle zrośnięta z powierzchnią kości skalistej; natomiast z łatwością odwarstwia się od całego dołu potylicowego— oczywiście, tedy może ropienie szerzyć się dość łatwo. Ropienie wewnątrz opony twardej przebiega już to w ograniczonym miejscu, już to jako sprawa rozlana. W substancji samego mózdzku ropienie może być bardziej powierzchowne, w warstwie korowej, lub też bardziej głębokie w warstwie rdzeniowej. Wreszcie możemy mieć sprawę ropną, przebiegającą w postaci klepsydry, czyli w postaci dwóch warstw ropnych, połączonych ze sobą za pomocą cienkiego otworu. Wymienione tu sprawy ropne powstają już to na drodze bezpośredniego szerzenia się ropienia z ucha środkowego już to na drodze przeniesienia się zakażenia za pomocą naczyń krwionośnych lub chłonnych. Z objawów klinicznych najbardziej stałe są: ataksja mózdkowa, zawroty, wymioty, zwolnienie tętna, ból w okolicy potylicy, sztywność karku. Jeżeli ropienie zajmuje przednią część dołu potylicowego, wystarczają w celu leczniczym zabiegi, pospolicie w okolicy wyrostka sutkowego wykonywane. W przypadkach ropni, umiejscowionych bardziej od tyłu sposoby te nie są wystarczające; proponowana trepanacja ściany dołu potylicowego również do celu nie prowadzi. Autorzy proponują sposób, wypróbowany najpierw na trupie, następnie u osobników chorych; tworzą oni duży płat z części miękkich i kości w okolicy sutkowo-potylicowej, poniżej i za zatoką żylną; w ten sposób otrzymują otwór w czaszce, dający doskonały dostęp do okolicy chorobą dotkniętej.

FAURE proponuje leczyć porażenie nerwu twarzowego, pochodzące bądź to z przecięcia, bądź ze zniszczenia wewnątrz kości skalistej, za pomocą zespolenia końca ośrodkowego tegoż nerwu z końcem dośrodkowym gałęzi tylnej splotu szyjowego głębokiego, unerwiającej mięsień kapturowy. Cięcie na przednim brzegu mięśnia mostko-sutkowo-obojczykowego, zachodzące aż za małżowinę ucha, obnaża przednią powierzchnię wyrostka sutkowego. Odszukujemy nerw twarzowy w miejscu, gdzie tenże krzyżuje poziomo podstawę wyrostka szydłowego, odchylając śliniankę przuszną ku przodowi, i odcinamy go w rzeczonym miejscu. Odszukujemy następnie wyżej wymienioną gałąź nerwową, zdążającą ku mięśniowi kapturowemu, i obcinamy ją w miejscu, w którym zanurza się ona do mięśnia sutkowo-obojczykowego. Obadwa końce zeszywamy. Autor stosował sposób ten w przypadku porażenia nerwu twarzowego wskutek przecięcia tegoż przed 18 miesiącami. Prawdopodobnie, dzięki tak długo trwającemu porażeniu, operacja nie dała pożądanego wyniku, pomimo to wypróbowanie zabiegu autor gorąco zaleca.

JONNESCO 63 razy dokonał obustronnego wycięcia nerwu sympatycznego w jego części szyjowej, mianowicie w 45 przypadkach z powodu padaczki, z tych w 10 otrzymał zupełne wyleczenie, w 10 przypadkach wola, połączonego z wypchnięciem gałek ocznych, wreszcie w 8 przypadkach z powodu jaskry. Na podstawie zdobytego doświadczenia robi on wnioski następujące: obustronne wycięcie nerwu sympatycznego nie należy do zabiegów ciężkich, nie powoduje zgoła żadnych zaburzeń wtórnych; w przypadkach padaczki oraz wola, połączonego z wypchnięciem gałek ocznych, należy zawsze wycinać obustronnie całą część szyjową rzeczonego nerwu wraz ze zwojem szyjowym dolnym; do leczenia jaskry wystar-

cza częściowe wycięcie nerwu sympatycznego wraz ze zwojem szyjowym górnym. Mniej zadowolony z wyników wycinania nerwów sympatycznych w przypadkach wola, połączonego z wypchnięciem gałek ocznych jest TEMOIN. Dla łatwiejszego przekonania słuchaczy przytacza on nader ciężki przypadek rzeczonoego cierpienia, w którym wykonał ów zabieg, zresztą bardzo łatwy. Z początku dała się spostrzegać pewna poprawa stanu operowanej, lecz już po upływie dwóch tygodni od operacji poczał tenże pogarszać się nanowo i po pewnym czasie chora zmarła. Miał natomiast dobre wyniki, stosując częściowe wycięcie wola, które też chętnie zaleca. Gorącego zwolennika wycięcia nerwu sympatycznego znajduje w osobie ABADIE, mianowicie w przypadkach jaskry. Skuteczność operacji tłumaczy on w sposób następujący. Stałe podrażnienie nerwów, rozszerzających naczynia w tym lub owym narządzie, powodując zaburzenia w odżywianiu tegoż, daje początek rozmaitym stanom chorobowym. Stałe rozszerzenie naczyń w oku ma za następstwo zwiększone przesiąkanie do komór, powiększenie napięcia, wreszcie zanik nerwów wzrokowych. Podrażnienie nerwów, rozszerzających naczynia krwionośne gruczołu tarczowego powoduje przerost tego gruczołu, zaś w następstwie zwiększenie się wydzielniczej czynności tegoż, co znów pociąga za sobą znane pospolicie skutki. Dla tego też wycięcie nerwu sympatycznego leczy obadwa wymienione stany chorobowe.

LARGER zaleca operować tani dwudzielną wkrótce po urodzeniu się dziecka, bowiem 1) operacje u noworodków mają przebieg niewinny, 2) noworodki odznaczają się małą wrażliwością, co umożliwia operowanie bez użycia znieczulenia, 3) tkanki nie są jeszcze zakażone, co zapobiega przeniesieniu się zakażenia do jamy kręgosłupa, wreszcie 4) następce zamknięcie się otworu w kręgosłupie dokonują się dzięki siłom natury. Pokazuje on dziecę 3 letnie, któremu dokonał operacji pierwszego dnia po urodzeniu z powodu tani dwudzielnej w okolicy lędźwiowo-krzyżowej. Pomimo to, iż podczas operacji zeszyto tylko brzegi rany, otwór w kręgosłupie zamknął się doszczętnie. Najmniejszych śladów *hydrorrhachis* lub *hydrocephaliae* następczej. Dziecię rozwija się fizycznie i intelektualnie, pozostał tylko w małym stopniu niedowład kończyn dolnych.

FROELICH spostrzegał 26 przypadków choroby POTR'a u dzieci, pozostających przy piersi. Cierpienie umiejscawia się w części lędźwiowej kręgosłupa, mianowicie w pierwszym i drugim kręgu. Choroba rozpoczyna się od porażenia kończyn dolnych, do tego dołącza się następnie rozległy, nie kątowaty garb w okolicy lędźwiowej, poprzedzony sztywnością tejże okolicy. Rokowanie jest tu dobre, choroba trwa 1—2 lata. Rozpoznanie początkowo bywa bardzo trudne. By odróżnić powstające tu porażenie od porażen dziecięcych, pamiętać musimy, że temu pierwszemu ulegają obiedwie kończyny dolne, że nigdy nie bywa ono zupełne, że nie ma odczynu zwyrodnienia. Porażenie garbowe może być wzięte następnie za porażenie krzywicze. Otóż w krzywicy ucisk wywarty na kości powoduje ból nader mocny, w chorobie POTR'a bólu wcale nie powoduje. By odróżnić garb, nas tu obchodzący, od garbu krzywiczego lub pochodzącego z wadliwego, nawykowego trzymania się dziecka, miejmy na uwadze, że w obu tych ostatnich przypadkach kręgosłup pozostaje ruchomy. Leczenie polega najpierw na wyprostowaniu i unieruchomieniu kręgosłupa. Dla dzieci, nie przekraczających roku, daje FROELICH przyrząd deskowaty, do którego przymocowywa ubrane dziecę za pomocą pasów i szelek tak, iż kręgosłup jest mocno wygięty ku przodowi. Dzieciom mocnym, które już przekroczyły rok, zaleca gorsety gipsowe, które najpierw prostują garb, a następnie wyginają kręgosłup ku przodowi. Dodaje do tego leczenie zaburzeń

w dziedzinie nerwowej za pomocą mięsienia, elektryczności, wodolecznictwa. Z pośród spostrzeganych 26 przypadków 12 zakończyło się całkowitem wyleczeniem, 10 pozostaje jeszcze w leczeniu.

FORGUE opisuje następujący przypadek. 8-letnie dziecko połknęło dużą monetę. Zawezwany lekarz bezskutecznie starał się usunąć ją z przelyku za pomocą przyrządu GRAEFE'go. Dziecię, widziane po upływie 3 miesięcy od chwili połknięcia ciała obcego, było mocno wychudzone, blade. Polykanie było bardzo utrudnione, połączone z bólem; dziecię spożywało tylko mleko; uskarżało się ono na bóle w piersiach, miewało częste napady kaszlu i duszności, zwymiotowywało spożyte pokarmy, zabarwione krwią. Było rzeczą oczywistą, że moneta zatrzymała się na pewnej wysokości w przelyku i tu spowodowała owrzodzenie ściany tegoż narządu. Dla tego też dalsze próby usunięcia ciała obcego za pomocą koszyczka zdawały się być rzeczą wielce niebezpieczną, bowiem można było przedziurawić owrzodzony przelyk i dać w ten sposób powód do posokowatego zapalenia śródpiersia tylnego, opłucny, lub do śmiertelnego krwotoku. Mając zamiar ratować dziecię na drodze operacyjnej, prześwietlono je za pomocą promieni X i stwierdzono, że moneta tkwi w przelyku na wysokości czwartego międzyżebra, tuż na prawo od ciał kręgów. Wykonano mu operację, zaleconą przez QUENU i HARTMANN'a, z tą jednak różnicą, że ponieważ ciało obce było widoczne na prawo od kręgosłupa, otworzono śródpiersie tylne za pomocą prawostronnej torakotomii. Dziecię ułożono na lewym boku. Pod klatkę piersiową włożono wałek. Głowa odchyłona ku przodowi. Cięcie długie na 14 ctm. poprowadzono w miejscu, odpowiadającym kątom żeber; środek jego długości odpowiadał mniej więcej grzebieniowi łopatki. Przecięto tkanki aż do kości, za pomocą skrobaczki obnażono powierzchnie szóstego, piątego i czwartego żebra z obu stron kątów tychże, i wycięto po 5 ctm. z każdej kości. Przez utworzony w ten sposób otwór za pomocą palca odwarstwiono opłucną od ściany klatki piersiowej w kierunku ku kręgosłupowi, co odbywało się bardzo łatwo. Gdy dotarto do prawej strony kręgosłupa, wymacano w przelyku uwięzioną monetę. Ponieważ nie udało się pomimo kilku prób zbliżyć przelyku ku otworowi w klatce piersiowej, zaś leżał on na dnie rany, głębokiej na 8 ctm., tak iż, szczególnież wobec mocnego krwawienia, nie podobieństwem było dokonać cięcia przelyku, nie poruszając go z miejsca, zakończono operację, zaszywając górną część rany, zaś do dolnej wkładając worek MIKULICZA. Przebieg pooperacyjny bardzo pomyślny. Po upływie 12 dni chciał FORGUE dokonać torakotomii lewostronnej. Poprzednio atoli raz jeszcze spróbował usunąć ciało obce za pomocą koszyczka GRAEFE'go, co też uwieńczone zostało wynikiem pomyślnym.

LARGER w początkowym okresie wszelkich oparzeń, cechującym się uczuciem mocnego bólu i palenia, od 28 lat stosuje i zaleca stosować nasycony roztwór soli BERTHOLLET'a w zimnej wodzie, już to pod postacią kąpieli miejscowej, już to ogólnej. W nagłym przypadku możemy sypać do wody dowolną ilość owej soli, rozpuści się tylko nieduża, nieszkodliwa ilość tejże. Najbardziej skuteczna jest taka kąpiel w przypadkach oparzeń powierzchownych: ulga prawie natychmiastowa, uczucie palenia znika wkrótce. W dalszych okresach, skoro mamy do czynienia z oparzeniem głębszym, traktujemy je, jak każdą inną ranę; w przypadku oparzenia powierzchownego robimy aż do zagojenia okłady z owego roztworu, pokrywając je ceratką. Sól BERTHOLLET'a ma nie tylko własność kojenia bólu, lecz jest ona jednocześnie słabym środkiem odkażającym, bowiem zabija w słabych roztworach hodowle, jak tego dowiódł GAROLA, zaś zażyta przez człowieka w mocnym

roztworze, staje się dlań trucizną. Lecz używana w postaci kąpeli lub okładów jest dla ustroju nieszkodliwa, stwierdza to 28-letnie doświadczenie LARGER'a.

MASSE opowiada, że w pracowni chirurgii operacyjnej w Bordeaux dokonano wielu psm zespoleń pęcherza żółciowego z żołądkiem, niektórym prócz tego podwiązano przewód żółciowy wspólny, i pozostały one przy życiu. Pomimo tak obfitego przedostawania się żółci do żołądka nie dało się zauważyć zaburzenia w czynności trawienia. Zachęciło to do wypróbowania tego rodzaju operacji u ludzi; kilka operacji dokonanych w przypadkach całkowitej niedrożności przewodu żółciowego zakończyło się pomyślnym zejściem.

MÉNARD mówił o *spina ventosa tuberculosa*. Gruźlica długich kości ręki i stopy, zaczyna się zawsze jako sprawa ośrodkowa; ognisko rozwija się w jednym z końców trzonu i ztąd, zajmując kanał kości, szerzy się ku przeciwległej nasadzie. W późniejszym okresie w tem ognisku ośrodkowym, znajdujemy bądź to martwiaka, bądź to masy ziarninowe. Trzon grubieje wskutek nowotworzenia się kości z podrażnionej okostnej. Stawy, przylegające do chorej kości są nierównomiernie zajęte: w jednym końcu nasada jest zupełnie zdrowa, w drugim pozostaje zdrową tylko chrząstka stawowa. Dzięki warunkom anatomicznym, gruźlica pierwszej kości śródręcza i drugiej śródstopia przedostaje się do stawu, przylegającego do końca ośrodkowego, przeciwnie gruźlica pozostałych kości śródręcza i śródstopia przedostaje się po największej części do napiętka i stępu. Skoro niema przetok, wstrzymuje się MÉNARD od wszelkiego rękoczynu, zaś gdy ropienie trwa dość długo, oczyszcza kości, by zapobiedz wtórnemu zajęciu stawu; jeżeli tylko można, pozostawia chociażby cienki pasek zdrowej kości. Usunięcie kości podokostnowe całkowite, daje smutne wyniki, bowiem kość nie odtwarza się — w takich razach wykonywa on odjęcie palca.

PHOCAS dokonał następującej operacji 17-miesięcznej dziewczeczki z wypadnięciem pęcherza moczowego. Wargi wielkie sromu zlewały się ze skórą pagórka łonowego, rozdzielonego przez owo wypadnięcie, tworząc po bokach słuzówki pęcherza dwa poduszkowate wzgórki, przebiegające skośnie ku górze i na zewnątrz. Łatwo było zbliżyć je ze sobą; wówczas zakrywały one dwie dolne trzecie części pęcherza moczowego. Otóż ze skóry tych wzgórków wykrajał PHOCAS płaty, mające szypułkę u góry. Po odgięciu płatów tych ku górze okrwawione brzegi skóry zeszył i w ten sposób zakrył dolne $\frac{2}{3}$ części pęcherza, zaś za pomocą owych odgiętych płatów zakrył i pozostałą górną część tegoż. Przed rozpoczęciem operacji do moczowodów wprowadzono odpowiednie cewniki. Płaty poprzygajały się, wynik operacji zadawalający.

PÉRAIRE i MALLY opracowali metatarsalgję. Dzięki radyografii udało się stwierdzić, że cierpienie to polega na wyraźnem nadwichnięciu zniekształconych główek kości śródstopia. Kawałki takich kości starannie zostały zbadane przez PILET'a. Udało się wykryć, że uległy one zapaleniu stwardniającemu (*osteitis condensans*), tak iż przewlekły reumatyzm zdaje się grać tu poważną rolę etiologiczną. Zalecają oni wypróbować najpierw leczenie ogólne i miejscowe, zaś gdy leczenie to zawodzi, wykonać wycięcie bolesnych główek kości śródstopnia. Po operacji chodzenie i stanie może powoli stać się zadawalającym.

VAUTRIN. Dają się spostrzegać chłoniczaki jamkowate (*lymphangioma cavernosum*) krezki, posiadające tak samo, jak i w języku, zdolność powiększania się i szerzenia się we wszystkich kierunkach. Składają się one z jamkowato rozszerzonych naczyń chłonnych lub mlecznych; jamki te pozostają ze sobą w łączności. VAUTRIN spostrzegł 30-letnią kobietę, u której znalazł wolny płyn i guz w brzuchu. Po otworzeniu jamy otrzewny stwierdził on, że wymacywany przed operacją

guz składał się z pozlepianych ze sobą kiszek i ze zgrubiałej pokarbowanej blaszki. Wobec tego wyciął on jej 50 ctm. kiszki cienkiej wraz z klinem odpowiedniej kreszki, obejmującym ową zgrubiałą blaszkę. W wyciętym guzie znaleziono wyżej podaną budowę. W śluzówce kiszki były rozsiane guziczki, składające się z jamkowato rozszerzonych chłonic, pozostających w łączności z chłonicami guza kiszki. Uważając guzy tego rodzaju, ze względu na ich zdolność do szerzenia się, poniekąd za złośliwe, doradza autor leczenie, zastosowane w jego przypadku.

FAURE przypomina swój sposób całkowitego wycinania macicy od strony brzucha, ogłoszony jeszcze przed rokiem. Przecina on macicę na poły, poczynając od góry i zdążając w linii pośrodkowej ku dołowi, w ten sposób nieodwołalnie trafia do jamy pochwy, i po przecięciu i części pochwowej, otrzymuje całkowite przepołowienie macicy. Obiedwie połowy, zawieszone na adneksach, usuwa osobno. Pociągając część pochwową ku górze, oddziela on najpierw macicę do pochwy, trzymając się jaknajbliżej tkanki macicy. Po dokonaniu tego, ciągnie część pochwową dalej ku górze. Macica wywija się łatwo, odklejając się od otaczających tkanek. Wreszcie podwiązuje adneksa, i zupełnie odcina uwolnioną połowę macicy. Zabieg ten daje się wykonać tylko w przypadkach nie zbyt dużej macicy, zaś wskazaniem do niej jest rak tejże oraz sprawy ropne przymaciczne. Co do pierwszej sprawy chorobowej, głównie nadają się przypadki, w których mamy niezwykle kruchość szyi macicy. Co się tyczy spraw ropnych przymaciczych — to dla tych, zdaniem FAURE'a, zabieg jego jestnajbardziej odpowiedni. Wykonywał on go w 8 tego rodzaju przypadkach, z których 4 były niezwykle trudne; otóż tylko dzięki zastosowaniu swego sposobu był on w stanie doprowadzić do pomyślnego końca zamierzoną operację. Zalety sposobu FAURE'a są następujące. Usuwa on trudności innych operacji— odszukania i otworzenia zakrytego częstokroć przez liczne zrosty sklepienia pochwy, bowiem, jak to wyżej wskazano—ściśle trzymając się linii pośrodkowej macicy nieodwołalnie docieramy do jamy pochwy. Otworzenie tejże znakomicie ułatwia bezpieczne oddzielenie macicy od pochwy. Dalsze oddzielanie odznacza się łatwością i trwa nader krótko. Jeżeli adneksa są bardzo pozrastane z otoczeniem, to i wówczas ułatwione oddzielanie tychże tuż przy macicy znakomicie przyspiesza operację.

(*Gazette des Hôpitaux*. Nr. 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126. r. 1898).

Ant. Leśniowski.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= FOURNIER przekonał się na nowo o bezskuteczności wycinania twardego szankra. Choremu, który zauważył wrzód najprzciw przed 2 dniami, i u którego nie było jeszcze obrzmienia gruczołów, F. doszczętnie wyciął szankra. Ponimo to, po upływie zwykłego okresu wylegania, wystąpiły wtórne objawy przymiotu. (*Soc. franc. de dermat. et de syphil.* Li-piec. 1898).

= A. i V. VEDEL spostrzegali pięć przypadków zapalenia gardła u dzieci, wywołanego przez pneumokoki. 3 przypadki przebiegały bez błon rzekomych, 2—z błonami. Wszystkie dzieci robiły wrażenie ciężko chorych i wszystkie zmarły. Surowica przeciwbłonicza nie wywarła żadnego skutku. (*Montpell. médical.* 1898. Nr. 29).

= GILBERT i WEIL spostrzegali w 2-ch przypadkach moczwówki cukrowej zniknięcie cukru w moczu w czasie napadów kolki żółciowej. Po ustąpieniu kolki ilość dobową cukru w moczu wróciła do dawnej wysokości. (Soc. méd. des hop. 22. VII. 98).

= MOSLER zaleca kombinowane leczenie gośńca ostrego kwasem salicylowym i salofenem w ten sposób, że 3—5 dni stosuje się duże dawki kwasu salicylowego, a później daje się salofen po 2,0—3,0 dziennie. (Deutsch. med. Woch. Nr. 35. 1898).

= De RENZI i PANE za pomocą szczepienia koniom, osłom i krowom bardzo jadownej hodowli pneumokoków otrzymali surowicę o bardzo cennych własnościach leczniczych. Królik, zarażony 10—20 krotną śmiertelną dawką hodowli pneumokoków, pozostawał przy życiu, jeżeli mu wślad zatem zastrzykiwano niewielką ilość surowicy przeciw-pneumokokowej. U człowieka, dotkniętego zapaleniem płuc włóknikowem, zastrzykiwanie surowicy swoistej szybko obniżało ciepłotę ciała, wywoływało lżejszy i głębszy oddech oraz wzmacniało działalność serca. Przy leczeniu surowicą kończyły się pomyślnie przypadki zapalenia płuc u starców, ciężarnych i ludzi, wyniszczonych rozmaitemi chorobami ogólnymi. (Lancet. 22. X. 98).

= PŁONSKI przytacza dwa spostrzeżenia, dowodzące zaraźliwości łysiny (*alopecia areata*). 1) 9-letni chłopak zaczął powoli łysieć przed 6 miesiącami. Skóra miejsc łysych była zupełnie zdrowa. Wkrótce u 6-letniej siostry owego chłopca matka zauważyła miejsce łyse w okolicy ciemieniowej; skóra i tu była również zdrowa. Jak jedno, tak i drugie dziecko po za tem było zupełnie zdrowe. Oboje chorzy używali tego samego grzebienia. 2) U 10-letniej dziewczynki zauważono od roku łyse miejsca na głowie; wkrótce zaczęła łysieć i jej siostra, która używała tego samego grzebienia, co i pierwsza. Skóra obu była zdrowa. (Dermatol. Zeitschr. Lipiec. 1898). S.

= SAINT-PHILIPPE w przypadkach uporczywego *impetigo* u dzieci, gdzie za-

sadnicze cierpienie nie jest wiadome, a podejrzewać można jakąś chorobę ustrojową zarówno żoły, jak przymiot radzi podawać *liquor Donovanii*: *Arsenici jodati* 0,2, *Hydrargyri bijodati* 0,4, *kalii jodati* 3,0, *Aq. destillatae* 120,0. MDS. dwa razy dziennie po 1—5 kropel dla noworodków, po 5—15 kropel dla dzieci starszych. As ma oddziaływać na czerwone ciała krwi. I — na gruczoły, Hg — na ewentualny przymiot. Przykre palenie skóry prędko ustępuje, strupki się odzielają, ogólny stan znakomicie się poprawia. Ubocznych działań lekarstwa autor nie widział. (Journ. d. Malad. cnt. et syph.).

= H. NAEGLI-ACKERBLUM leczy hemoroidy za pomocą kalomelu stosowanego w postaci pudru, 10%, maści lub czopków. Guzy jakobyszybko się zmniejszają, swędzenie całkowicie ustępuje. (Allg. med. Centralztg. Nr. 64).

W.

= GOLDMANN zachęcony dodatnim działaniem kreosotalu (który nie posiada ujemnych cech kreozotu a wszystkie zalety) w początkowych okresach gruźlicy płucnej i ichtyolu z drugiej, jako środka przeciwbakteryjnego, spróbował stosować połączenie obu środków w gruźlicy płuc w postaci następującej: Rp. *Creosoti carbonici*, *Ammonii sulfo-ichtyolici* aa 15,0, *Glycerini puri* 30,0, *Aq. menthae piper.* 10,0, dla dorosłych 3 razy dziennie po 20—30 kropel, u dzieci od 10 lat po 20 kropel. Stosował on środek przeważnie w postaciach lekkich, gdzie jednak znajdowano laseczniki; po stosowaniu takiego leczenia jak widać z 3-ch przytoczonych przypadków, objawy perkusyjne i auskultacyjne zniknęły, jak również i laseczniki z płwociny; w czwartym z przytoczonych przypadków, gdzie sprawa była bardziej posunięta, mimo leczenia chory zmarł wskutek gruźlicy płuc i krtani. Leczenie w lżejszych przypadkach trwało od kilku tygodni do kilku miesięcy; jednocześnie stosowano o ile możliwości wzmacniającą dyetę. (Wien. klin. Woch. Nr. 35. 98).

J. M.