

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. St. KRYSIŃSKI. Przyczynek do nauki argyryi. — II. Wł. MATLAKOWSKI. Trzydzieści sześć przypadków przetok moczowych [Ciąg dalszy]. — III. J. ZABŁUDOWSKI. Przyczynki do leczenia za pomocą mięsienia [Dokończenie]. — *Dział sprawozdawczy.* 50. REICHERT [z Rostoku]. Nowa metoda miejscowego leczenia przewlekłej gruźlicy płuc. — Ogłoszenie. — Od Wydawcy. — Ogłoszenia.

Z DORPACKIEGO INSTYTUTU FARMAKOLOGICZNEGO.

I. PRZYCZYNEK DO NAUKI O ARGYRYI.

Podał

D-r med. Stanisław Krysiński.

Pomimo bardzo licznych badań nad argyryją, prawie wszystkie punkty tej kwestyi są dotąd sporne. Wogóle powiedzieć można, że, przynajmniej w kwestyi argyryi ludzkiej, stan całej sprawy stoi dziś na tym samym poziomie, na jakim ją badania FROMMANN'a z 1859 roku postawiły.

Już w XVIII wieku, jak wiadomo, spostrzeżono, że przy dłuższem używaniu azotanu srebra skóra przybiera barwę sino-czarniawą, szyfrową. ORFILA w 1829 roku miał sposobność wykonać sekcję podobnego osobnika i przekonał się, że nie tylko jego skóra, lecz i wnętrzności miały szyfrowy kolor, a badając je chemicznie, wykrył w nich srebro. FROMMANN miał sposobność obserwowania przez dwa lata podobnego przypadku, zakończonego śmiercią, a opis sekcji i badania drobnowidzowego wykazuje, że szyfrowe zabarwienie skóry i narządów polegało na zebraniu się drobnych czarnych ziarenek w ściankach naczyń, w tkance łącznej sąsiedniej i na błonach właściwych (*membrana propria*) gruczołów i ich przewodów. Opierając się na nierozpuszczalności tych ziarenek w alkaliach, kwasie octowym, azotnym, na ich łatwej rozpuszczalności w cyjanku potasu i w końcu na fakcie, że po wyciągnięciu alkoholem narządów np. wątroby, działając na pozostałość kwasem azotnym nawet stężonym i przy podniesionej ciepłocie, w wyciągu związków srebra wcale nie było, cała zaś jego ilość zawartą była w pozostałości, w której po zwęgleniu i spopieleniu z łatwością można było je wykazać, doszedł do przekonania, że czarne ziarna przedstawiają jakiś organiczny związek srebra, prawdopodobnie z białkiem. FROMMANN spostrzegł dalej, że istnieje pewna ścisła prawidłowość w umiejscowieniu złogów. Co do wessania, to sądzi

tenże badacz, że przyjęty azotan srebra już w żołądku tworzy rozpuszczalny białkan, który następnie, przez kosmki kiszek wessany, przechodzi do naczyń, a przeszedłszy przez wątrobę, prawe serce i płuca, z krwią tętniczną następnie po całym ustroju się rozchodzi. Kiedy by się ten we krwi rozpuszczony białkan zamieniał na nierozpuszczalny, w narządach zebrany związek, i gdzieby głównie ta przemiana zachodziła, tego FROMMANN bliżej nie podaje.

RIEMER, który również badał za życia i po śmierci przypadek argyryi, opisuje prawie to samo zbieranie się wspomnianych czarnych ziaren w narządach, co i FROMMANN, różni się jednak od niego w zdaniu tak co do natury samych ziarn czarnych, które za metaliczne, zredukowane srebro uważa, jak i co do sposobu wessania. RIEMER twierdzi, że azotan srebra, podawany w pigułkach, już po upływie bardzo krótkiego czasu, zostaje przez ciała organiczne, dodawane do pigulek jako *constituens*, zupełnie zredukowany, jako taki przechodzi do kanału pokarmowego w postaci metalicznych drobin, zostaje w tymże stanie przez kosmki wessany i nie zmieniając swojej metalicznej natury, rozchodzi się z krwią po ustroju, w pewnych oznaczonych miejscach przechodzi przez ścianki naczyń, dostaje się do tkanki łącznej i w dążeniu do wydzielenia powstrzymany zostaje przez mechaniczne opory. Za takie uważa RIEMER bardziej zbitą tkankę łączną, pomiędzy włóknami której bardzo drobne przestwory (*interstitia*) bardzo łatwo przez ziarenka srebra wypełnione zostają i następnym wszelką drogę ku powierzchni tamują, a przedewszystkiem błony właściwe (*membr. propriae*) i utwory nabłonkowe, które przejściu ziarn nieprzezwyćżoną stawiać mają przeszkodę. RIEMER twierdzi, że srebro nie zbiera się nigdy na lub wewnątrz komórek i białych ciałek krwi i przypuszcza, że znalezione przez niego umiejscowienie ziarenek srebra w narządach i w innych przypadkach musi być zawsze takie same.

Oprócz wyż opisanych, istnieją jeszcze w literaturze dwa opisy całkowitego badania ludzkiej argyryi. Jeden, dokonany przez NEUMANN'a i WEICHELBAUM'a, drugi przez DIETRICH'a. Przypadek NEUMANN'a jest o tyle ciekawy, że ziarenka nagromadziły się w tkance tłuszczowej podskórnej i w niższych warstwach samej skóry, co stanowczo przeczy wygłaszanej z apodyktyczną pewnością teorii filtrów RIEMER'a i bezwzględnej prawidłowości zbierania się ziarn, wogóle przez tego badacza przyjętej.

Inne, nieliczne zresztą opisy, odnoszą się przeważnie do pojedynczych narządów i żadnego nowego faktu nie podają.

JACOBI, który z powodu pracy RIEMER'a doświadczałnie rzecz badał, doszedł do przekonania, że niecała ilość azotanu srebra zostaje już w przewodzie pokarmowym zredukowana i w stanie metalicznym wessana, lecz tylko część pewna. Czarne ziarenka, znajduwane w narządach, uważa JACOBI zgodnie z RIEMER'em za metaliczne srebro, przeczy dalej możności wydzielania, a znane sobie badania BRANDE'a, MAYENCON'a i BERGERET'a, a nawet CLOEZ'a, którzy w moczu ludzi przyjmujących azotan srebra, srebro wykazali, za zupełnie mylne i nie zasługujące na zaufanie uważa.

Z prac doświadczalnych zasługują przedewszystkiem na wspomnienie prace HUYER'a TSCHISCH'a [zapewne Czyż'a] ROZSAHEGYI, ROSENSTRIN'a i BOGOSŁOWSKIEGO.

Badania te wykazały, że zarówno przy stosowaniu podskórnym, jak i wewnętrznym (*per os*) można wywołać typową argyryją na zwierzętach i, przy zwiększonej dawce, w obu razach w przeciągu krótkiego czasu śmierć spowodzić. Oprócz tego jednego wspólnego punktu różnią się powyżsi badacze we wszystkim. ORFILA, CHARCOT, TSCHISCH [Czyż?], BOGOSŁOWSKI przytaczają, jako stałe następstwa otrucia srebrem, przekrwienia i wybroczyny w tchawicy, płucach i żołądku, obrzęki i wysięki płuc, zatkanie oskrzeli krwawym, pianistym śluzem, a po dłuższem używaniu znaczny stopień charłactwa. BOGOSŁOWSKI podnosi przedewszystkiem znaczne zmiany krwi, polegające na wystąpieniu hemoglobiny z krążków krwi czerwonych, na zmniejszeniu się aż do połowy całej ilości hemoglobiny we krwi, a pojawieniu się natomiast hematyny.

Wszystko, co dziś o argyryi wiadomo, streścić się daje, jak następuje:

1-o Czarne ziarenka, znajdujące w narządach, są albo srebrem metalicznym [RIEMER, JACOBI i wielu innych], albo związkiem nieorganicznym, albo też — organicznym, prawdopodobnie białkanem [FROMMANN].

2-o Ziarenka zbierają się wogóle u tego samego gatunku w tych samych narządach, a nawet w tych samych terytoryjach. Terytoryja te zdają się być przez stosunki naczyń uwarunkowane.

3-o Ziarenka zbierają się przeważnie w tkance łącznej, otaczającej naczynia, nabłonki zaś i białe ciała mają być zawsze od nich wolne; jeden tylko LOEW, który ziarenka za metaliczne srebro uważa, twierdzi stanowczo, że redukcya srebra ze związku, w którym zostaje wessane, następuje wyłącznie przez czynność żyjącej protoplazmy komórki na miejscu, na którym się ziarenka znajdują. Badacz ten twierdzi, że czarne ziarenka srebra znajdują się w nabłonkach torebki kłębków MALPIGHI'ego, przeczy jednak, jak i wszyscy inni, żeby naczynie doprowadzające i odprowadzające od kłębka nawet ślady srebra pokazywało.

4-o Kiedy jedni badacze, jak CHARCOT, EULENBURG, JACOBI uważają argyryję za coś zupełnie dla prawidłowego stanu ustroju obojętne i dalsze heroiczne używanie soli srebra zalecają, inni badacze zachowują się milcząco, lub wymijająco.

Mając sposobność zbadania narządów w 3-ech przypadkach argyryi ludzkiej, po przeprowadzeniu odpowiednich badań doświadczalnych nad królikami i szczurami, doszedłem do następujących wyników:

1-o Spotykane w narządach czarne ziarna są bliżej nieznanym związkiem organicznym srebra.

2-o Ziarenka te zbierają się przedewszystkiem w samych ściankach naczyń, a dopiero następnie — w tkance łącznej.

3-o Skutkiem tego całe naczynia zostają zmienione i zwyrodnione.

4-o Ziarenka zbierać się mogą i w prawdziwych nabłonkach i w przybłonkach, w naczyniach doprowadzających (*vas afferens et vas efferens*) kłębków MALPIGHI'ego nerki i w ciałkach białych krwi.

5-o Lubo w wątrobie, jak to wszyscy zauważyli, ziarenka zbierają się głównie w gałązkach żyły wrotnej i środkowej (*v. centralis*) pojedynczych zrazików,

jednak, jak to słusznie zauważył HURER, to samo, lubo w mniej silnym stopniu, ma miejsce i w naczyniach włosowatych, łączących powyższe naczynia.

6-o Przy ostrem otruciu, trwającym choćby tylko 48 godzin, można wykazać niewątpliwie, że związki srebra w narządach już się odłożyły. Związki te jednak są jeszcze bezbarwne, przyjmują jednak za dodaniem siarkowodoru czarno-szary kolor i z największą łatwością mogą być makro- i mikroskopowo wykazane.

7-o W szpiku kostnym ziarenka zdają się zbierać najsilniej i to we wszelkiego rodzaju komórkach szpiku.

Na mocy tych danych doszedłem do przekonania, że nie tylko dłuższe, ale nawet i czas krótszy trwające leczenie srebrem, jest wysoce niebezpieczne i stanowczo zaniechanem być powinno.

Z ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO KOBIECEGO W SZPITALU DZ. JEZUS.

II. TRZYDZIEŚCI SZEŚĆ PRZYPADKÓW PRZETOK MOCZOWYCH.

Podał

Władysław Matlakowski,
ordynator tegoż oddziału.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 40].

Spostrzeżenie IX. *Fistula vesico-vaginalis; stenosis vaginae; consutio; sanatio.*

Popławska Antonina, 23 letnia, mężatka, przybyła do oddziału 3. XII. 1883.

A n a m n e z a. Chora odbyła przed 3-ma miesiącami pierwszy poród, który trwał dobę; dziecko, które było w położeniu główkowem, urodziło się martwe siłami przyrody; przez dwa dni „leżała sucho, na 3-ci dzień zaczął mocz wpływać“.

S t a n o g ó l n y: dobrego odżywiania i budowy. Wejście do pochwy dość obszerne i podatne; pochwa średnich rozmiarów; część pochwowa krótka i gruba.

Przetok a schowana w kącie między przednią i prawą ścianą pochwy, znajduje się na wysokości *orificii vesicalis urethrae*; na tejże samej wysokości pochwa jest zwężona, tak, że przy wprowadzeniu wziernika powstaje tu sierpowa ta fałda, za którą ukryty jest otwór przetoki, który przepuszcza cewnik Nr. 20.

O p e r a c y j a 11. XII. 1883. Po zwyczajnych przygotowaniach, wprowadziłem cewnik do pęcherza, a jednocześnie pomocnik naciskał na brzuch ponad spojeniem łonowem, w celu aby przetokę wyprowadzić z owego ukrycia za opisanym wyżej przewężającym sierpem, poczem okrwawiłem brzegi przetoki i zeszyłem je 4-ma szwami metalowemi.

W y n i k. 7-go dnia szwy zostały zdjęte, ponieważ zaś przetoka była mocno zrosnięta, przeto chora opuściła szpital d. 18. XII. 1883.

Spostrzeżenie X. *Fistula vesico-vaginalis; consutio; sanatio.*

Gapkowska Maryjanna, 26-letnia, służąca, rodem z parafii Dzierzgow powiat Przasnyski, przybyła do oddziału d. 7. I. 1881.

A n a m n e z a : chora odbyła pierwszy poród przed 3-ma miesiącami, mocz wszelako ma już płynąć z pochwy dawniej, mianowicie już jakoby przed porodem wskutek jakiejs manipulacyi.

Stan ogólny. Dobrego odżywiania, średniego wzrostu, prawidłowej budowy, urodziwa kobieta.

Miednica wązka, guzy kulszowe silnie sterczą [przy położeniu *à la vache*] i zblizone do siebie, skutkiem czego dostęp do pochwy trudny; cały srom wydaje się jakby wciągniętym w miednicę.

Wejście do pochwy bardzo ciasne, brzeg jego wszędzie twardy i nierozciągliwy.

Ścianki pochwy również twarde i niepodatne w wysokim stopniu, zwłaszcza lewa i tylna; wszystkie te części twarde są jak blizna i nieprzesuwalne, przyrośłe do kości.

W przedniej ścianie znajduje się dziura podługowato okrągła, wielkości talara; brzeg górny przetoki gruby, dolny bardzo ścięńczony, bliznowaty i twardy znajduje się na wysokości otworu pęcherzowego cewki. Przegroda cewko-pochwowa od wylotu do powyższego otworu ma 2 ctm. długości. Na wysokości dolnego brzegu przetoki, pochwa zwężona za pomocą bliznowatej twardej krawędzi, która klepsydrowato przewęża jamę pochwy na dwa piętra; właśnie w górnym piętrze, ku przodowi, znajduje się przetoka, ku tyłowi zaś schowana w *cul-de-sac* leży głęboko mała część pochwa, porozdzielana bliznowatemi brózdami na nieprawidłowe zrazy.

Przygotowania. Oprócz zwykłych kąpiei, przestrzykiwania pochwy, celem ułatwienia sobie przystępu, zrobiłem w dwu odstępach czasu po 3 nacięcia na bocznych ściankach pochwy właśnie w okolicy owego zwężenia, starając się przez częste wprowadzanie wziernika Sims'a rozciągnąć pochwę; samo zaszcycie przetoki rozłożyłem na dwa posiedzenia.

1-sza operacja. 31. I. 1884, po starannem okrwawieniu brzegów otworu, zeszyłem $\frac{2}{3}$ części prawej przetoki za pomocą czterech szwów z *fil de Florence*. Po tej operacyi chora gorączkowała, skarżyła się na silny ból w brzuchu, zwłaszcza z lewej strony, brzuch atoli był mały, zapadły, ściana jego przednia miękka. Chora miała zadziwiająco rozpaloną twarz, szczególnie oba policzki palące; język obłożony; moczu mało. Czwartego atoli dnia po operacyi stan chorej się zupełnie polepszył, a gdy 7-go dnia zdjąłem szwy, znalazłem część przetoki zeszytą mocno zarosłą.

2-a Przeczekawszy po pierwszej operacyi póty, póki chora nie powróciła zupełnie do swego prawidłowego stanu, w d. 13. II. zbadałem starannie chorą; otwór pozostał niewielki, wielkości wiśni, ale bardzo schowany w lewej stronie pochwy za przewężającą krawędzią, sierpowato wystającą, jakby kulisą, dostęp przeto i manipulowanie nożem bardzo trudne. Tegoż dnia z wielkim mozołem okrwawiłem przetokę i zeszyłem brzegi 4-ma szwami z *fil de Florence*; okrwawienie przedstawiało ogromne trudności, zwłaszcza lewego brzegu przetoki przyrośłego do kości; wiązanie nici też trudne; krwawienie żywe; operacyja trwała 1½ godziny.

14, 15, 16, 17-go chora ma się dobrze; mocz zawiera krew. 18-go silny ból głowy, niezwykła uderzająca turgescencyja twarzy. Brzuch mały, nigdzie nie bolesny przy macaniu ani nad spojeniem łonowem w miednicy, ani też w okolicach lędźwiowych; ciepłota 39° C. zatwardzenie. 19 m. 39,4 v. 39,2° brzuch mały, zapadnięty, miękki; wymacać można *lineas innominatas*, *arterias iliacas communes*; silny ból głowy, zatwardzenie; 20. m. 38° v. 37,8°, olej rycynowy; 21. zdjąłem szwy; zupełnie mocne zarosnięcie przetoki; 22. w nocy silny ból w brzuchu, który ustał dopiero po daniu ławatywy; wielkie osłabienie; 27. w nocy ziębieuie, które ciągnęło się kilka godzin; ciepłota prawidłowa; tętno 96, bardzo słabe; znaczne osłabienie, apatya w zachowaniu się; silny ból w prawym boku, szczególnie mocny

przy końcu XI i XII żebra, oraz w kącie między XII żebrą i kręgosłupem przy głębokiem macaniu; język wilgotny; chora zesuwa się z poduszek. 28. II. m. 37,4°, v. 39°; 29. II. m. 39°, v. 40°; 1. III. m. 40° v. 41°; 2. m. 40,2° v. 40° C., tętno 116; chora niesłyszalnie osłabiona, twarz apatyczna, skóra gęsia, bez elastyczności, flakowata; w narządach klatki piersiowej, wątrobie, śledzionie nie ma wydatnych zaburzeń; ból silny w wyżej opisanem miejscu: *incontinentia urinae*, moczu mało 3. m. 33°, v. 38,8°; 4. m. 38°, v. 38,8°; 5. m. 38°, v. 39°; 6. m. 37,6°, tętno 88. Ból w brzuchu bez porównania mniejszy, wypróżnienie. Następnie chora miała się względnie lepiej, gdy 24, 25 III. znowu znaczne pogorszenie; chora tak osłabiona, że trudnością może poruszyć się w łóżku, kończyny zimne, sinawe; wychudnięcie niezwykle. Od tej pory stopniowo stan chorej polepszał się, tak, że w pierwszej połowie Maja czuła się zupełnie zdrową, potłuszczała, pozostała tylko *incontinentia urinae*, oraz brak miesiączki. Chora korzystając z pięknego dnia położyła się na trawniku, tegoż dnia miała silny, golienny dreszcz, po którym ciepłota skoczyła do 40,8° O., rozwolnienie gwałtowne, wymioty, ból głowy, upadek sił. Chora przeniesioną została do oddziału wewnętrznego, gdzie zmarła; rozpoznanie brzmiało jako *dissenteria*.

Spostrzeżenie XI. *Fistula vesico-utero-vaginalis; consutio; sanatio.*

Adamiak Maryjanna, 25-letnia, niezamężna włościanka z Izabelowa [powiat Sieradzki] przybyła do oddziału d. 16. I. 1884.

Anamneza. Przed 3-ma miesiącami pierwszy poród, który trwał trzy doby i ukończony został kleszczami; od tej pory mocz wypływa mimowolnie.

Stan ogólny. A. wysokiego wzrostu, prawidłowej budowy, niezłego odżywiania. Miednica zwężona.

Obszerna ekcema; wstrętne owrzodzenia na wolnych brzegach warg większych pokryte nalotem, szare, wielkości grochu, z podniesionem dnem i brzegami, łatwo krwawiące; także same owrzodzenia w okolicy guzów kulszowych i na pośladkach, zaczerwienienie na udach.

Pęknięcie krocza; tylna ścianka pochwy wypadnięta (*rectocele vaginalis*), a na niej obszerne, szare owrzodzenia krwawiące przy najlżejszem dotknięciu. Wejście do pochwy dość obszerne. Ogromny brak w przegrodzie pęcherzopochwowej; górny brzeg otworu stanowi na pewnej rozciągłości część pochwową, do której bliższą przytwierdzona jest błona śluzowa pęcherza wywinięta w kształcie czerwonego wałka; ku dołowi pozostała niecała ścianka cewko-pęcherzowa; brzegi przetoki niezbyt cienkie i dość podatne, atoli zbliżyć górnego z dolnym nie można [nawet po wyjęciu wziernika z pochwy]. Macica w tylnej części pochwy, warga tylna wydłużona w kształcie języka.

Przygotowania zajęły cały miesiąc, szczególnież zagojenie obszer-nych owrzodzeń; chora codziennie brała albo kąpiel ogólną albo nasiadową. Przez ten czas otwór przetoki cokolwiek się zmniejszył.

1-sza operacja d. 17. II nałożywszy pętlicę prowizoryczną przez wargę maciczną celem ściągnięcia i zbliżenia górnego brzegu przetoki, okrwawiłem takowy; okrwawienie było bardzo trudne w prawym kącie z powodu nieruchomego przyrośnięcia bliźnowatego brzegu do kości; nieco łatwiejsze było ono z lewej strony; przy okrwawieniu dolnego brzegu trzeba było ścinać bardzo niewiele, aby nie uszczuplić zbyt znacznie i tak wąskiej ściany cewko-pochwowej; okrwawienie u góry od strony części pochwowej również trudne; tu ściałem wąską bliznę, oraz czerwony wałek błony śluzowej, wywiniętej dla stworzenia sobie powierzchni do zeszczenia. Po uśmierzeniu bardzo żywego krwawienia, zeszyłem brzegi przetoki 5-u szwami z *fil de Florence*. 6-go dnia zdjąłem szwy; brzegi przetoki zrosły się mocno na całej przestrzeni z wyjątkiem kątów, w których pozostały ma-łuczne otworki, przepuszczające z trudnością zgłębnik.

2 ga operacja, wykonana 1. V. mająca na celu zagojenie prawej prze-
toki [okrwawienie i 2 szwy z *fil de Florence*], zakończyła się pomyślnie.

3-cią o p e r a c y j ę wreszcie wykonałem 16. V. w celu zagojenia lewej przetoki. W tym celu chora ułożoną została na lewym boku. poczem brzegi okrwawione zostały w kierunku równoległym do osi pochwy; a następnie zeszyte 4-ma szwami z *fil de Florence*; cała operacja była trudną z powodu ukrytego położenia przetoki i ciasnoty pochwy.

W y n i k. Po zdjęciu szwów nie znaleziono wcale otworku prowadzącego do pęcherza, a mimo to przy chodzeniu i staniu, moczu w części wypływał mimowolnie. Gdy kilkakrotne jaknajstaranniejsze badanie wykazało, że ani okiem dojrzeć, ani zgłębnikiem natrafić, ani wreszcie przy wstrzykiwaniu do pęcherza wody, mleka i t. p. płynów zabarwionych wykazać przetoki nie można, doszedłem do wniosku, że moczu wypływa przez cewkę, skutkiem niedostatecznego działania zwieracza, który być może w części został zniszczonym.

Chora 10. IX 1884 opuściła szpital, uleczona od przetoki.

Spostrzeżenie XII. *Fistula vesico-vaginalis; strictura vaginae; consultio; sanatio.*

Stawowczykowa Antonina, 36-letnia włościanka, przybyła do szpitala dnia 18. I. 1884.

A n a m n e z a. Przed 8-miu tygodniami odbyła poród po raz 7-y; położenie było główkowe, dziecko urodziło się nieżywe; przez dwie doby po porodzie nie oddawała moczu, poczem przyszło silne parcie i moczu zaczął sam wypływać.

S t a n o g ó l n y. Średniego wzrostu, dobrego odżywiania i takież budowy. Brzuch ogromny; mięśnie proste brzucha rozchodzą się, skutkiem czego wypuklenie wzdłuż smugi białej.

D o s t ę p łatwy, wejście do pochwy ciasne i niepodatne z powodu obszernej blizny na tylnym obwodzie tegoż wejścia. Powyżej na wysokości górnego brzegu spojenia łonowego zwężenie pochwy przez obrączkową twardą bliznę. Pochwa głęboka. Część pochwa mała; dno macicy z lewej strony płaszczyny strzałkowej pośrodkowej. W odległości 1½ ctm. od ujścia macicznego w sklepieniu przednim znajduje się p r z e t o k a, przepuszczająca cewnik; brzeg jej gruby i podatny.

O p e r a c y j a. Po zwykłych przygotowaniach 20. I. 1884 r. okrwawiłem brzegi przetoki i zeszyłem je 4-ma szwami drucianymi. Operacja była bardzo utrudnioną z powodu głębokiego położenia przetoki i ciasnoty pochwy; nadto trzeba było ustawicznie unosić cewnikiem opadającą przegrodę pochwo-pęcherzową, zasłaniającą pole operacyjne.

W y n i k. 27. I. po zdjęciu szwów znalazłem, że brzegi się zrosły mocno, a 7. II. 1884. S. wyszła zdrową z oddziału.

Spostrzeżenie XIII. *Fistula vesico-utero-vaginalis; consultio; sanatio.*

Piowarczyk Michalina, 30-letnia, włościanka, niezamężna, z pod Radomska, przybyła do oddziału d. 3. III. 1884.

A n a m n e z a. Przed rokiem odbyła drugi poród, przy którym dziecko, znajdujące się w położeniu główkowym, nie mogło się urodzić w ciągu 6 dni i ostatecznie zostało wydobyte przez babę nieżywym; pierwsze dziecko również urodziło się nieżywe.

S t a n o g ó l n y. Nizka, biała, wybornie odżywiana, pucłowata kobieta. Miednica wązka. D o s t ę p dość trudny.

W e j ś c i e do pochwy nieobszerne. Pochwa nadzwyczaj długa, w górnej części obszerna; ścianka sprężysta, podatna. Na miejscu brodawkowej części pochwowej, znajduje się *cul de sac*, w który przechodzą sklepienia, a na dnie którego znajduje się ujście maciczne. Na brzegu przedniej wargi macicznej, w linii pośrodkowej pochwy, znajduje się p r z e t o k a, której otwór przepuszcza gęsie pióro.

1-sza operacyja. Po zwykłych przygotowaniach 10. III. okrwawiłem brzegi przetoki i zeszyłem je 3-ma szwami z *fil de Florence*; mimo jednak dokładnego okrwawienia, tak, że powierzchownie obranione były obszerne, pozostała mała przetoka, przepuszczająca cienki zgłębnik.

2-a operacyja dokonana została d. 19. IV. przy położeniu chorej na lewym boku i przy pomocy wziernika Sims'a; tym razem okrwawiłem przetokę w taki sposób, że powstała rana miała podłużny wymiar w kierunku podłużnej osi pochwy, poczem nałożyłem znowu 3 szwy z *fil de Florence*, pole operacyjne zbliżyłem sobie do wejścia do pochwy przez ściągnięcie macicy pętlą przeprowadzoną przez część pochwową. I ta jednak operacyja nie doprowadziła do zamierzonego celu; gdy przypalenie żegadłem PACQUELIN'a nie wpłynęło na stan rzeczy, 16. VI. wykonałem 3-cią operacyję, przy której wyciąłem brzegi przetoki, a szerokie okrwawione powierzchnie zbliżyłem 4-ma szwami jedwabnymi, nałożonemi z prawa na lewo.

Wynik. Po zdjęciu szwów 7-go dnia okazało się, że moczu zupełnie nie przedostaje się do pochwy, a 1. VII. 1884. P. wyszła zdrową ze szpitala.

Spostrzeżenie XIV. *Fistula urinaria in diaphragmate post colpocleisin; cystitis; consutio; sanatio.*

Nowak'owa Maryjanna, 30-letnia służąca, przybyła do oddziału d. 7. III. 1884 roku.

Anamneza. Chora z powodu przetoki pęcherzo-pochwowej była operowaną przed 4-ma laty przez prof. Kosińskiego, który w dwóch posiedzeniach zaszył pochwę. Przez 4 lata N. ustawicznie nieomagała z powodu bólów i dolegliwości przy oddawaniu moczu, który stale był mętny i cuchnący, peryjodycznie zaś zawierał krew, strzępki; chora jednak mogła była zatrzymywać moczu dowolnie, dopiero przed 2 tygodniami „coś” jej pękło i mocz zaczął płynąć nanowo pomimowolnie.

Stan ogólny. Nizkiego wzrostu, dobrego odżywiania, niedołączna kośćcina.

Miednica mocno zwężona.

Dostęp do pochwy utrudniony, guzy kulszowe zbliżone, wchód do pochwy ciasny. Łeczma warg i pośladków. Z pochwy pozostał ślepy worek, płytki, długości $1\frac{1}{2}$ cala.

Przetoka grubości pióra gęsiego znajduje się na dnie *cul-de-sac* w bliźnie pooperacyjnej; brzegi jej szare, rozpułchnione i kruche.

Jama pęcherzowa nie wielka; cewnik natrafia na część pochwową, sterzącą w kształcie guza do jamy pęcherza.

Operacyja: po zwykłych przygotowaniach 10. III. wykonałem operacyję, okrwawiwszy jak najoszczędniej brzegi przetoki i zeszywszy je 3-ma szwami z *fil de Florence*.

Po zdjęciu szwów w tydzień po operacyi, okazał się niewielki otworeczek, pozostały z prawego kąta przetoki.

2-a operacyja. Po okrwawieniu brzegu przetoki, przyczem starałem się jak najbardziej oszczędzać tkanki, z powodu i tak małej pojemności pęcherza, zaszyłem otworek 3-ma szwami z *fil de Florence*; tym razem wynik był pomyślny, chora znowu mogła zatrzymywać moczu dowolnie; wogóle jednak stan chorej pozostał bardzo przykrym z powodu częstego parcia, rżnięcia w cewce, bólesci w brzuchu, towarzyszących mokrzyeniu; mocz stale był mętnym i zawierał dużo ropy; chora gorączkowała; stan ten nader mało zmienił się pod wpływem kąpeli ciepłych i przestrzykiwania pęcherza i chora opuściła szpital w d. 1. VII. 1884 z zapaleniem pęcherza.

Spostrzeżenie XV. *Fistula vesico-vaginalis, consutio, sanatio.*

Danielewska Teofila, 37-letnia, wyrobnica, przeniesiona do mojego oddziału w d. 18. V. 1884 z instytutu położniczego, gdzie odbywała poród przed 4-ma tygodniami, ukończony siłami przyrody.

Stano gólny. Średniego wzrostu, blada, z trudnością i tylko przy cudzej pomocy chodzi z powodu porażenia obu kończyn dolnych, a głównie lewej od czasu porodu.

Miednica wązka. Dostęp łatwy. Wejście do pochwy podatne. Pochwa średniej obszerności, błona śluzowa blada, ścianki elastyczne; na sklepieniu tylnem obszerne owrzodzenie. Część pochwo wa prawidłowa co do położenia i kształtu.

Przetoka znajduje się tuż poniżej części pochwowej, otwór jej przepuszcza palec; brzeg miękki, podatny, od strony błony śluzowej pochwy zbliżony, od strony pęcherza granulujący jeszcze.

Operacja. Po zwykłych przygotowaniach chora została przeniesioną na stół operacyjny, położoną z powodu osłabienia i porażenia na boku, poczem wprowadziwszy cewnik do pęcherza, obszernie okrwawiłem błonę śluzową pochwy naokoło otworu przetoki, następnie zeszyłem brzegi 5 szwami z *fil de Florence*.

Wynik. Po zdjęciu szwów 6-go dnia znalazłem przetokę zupełnie zarośniętą. Chora opuściła szpital 3. VI., będąc zupełnie zdrową.

Spostrzeżenie XVI. *Fistula vesico-vaginalis; stenosis vaginae; consutio; mors e peritonitide.*

Mirowska Marjanna, 21-letnia mężatka, włościanka z Gołas pow. Grójeckiego, przybyła do szpitala 16. VI. 1884, przeniesiona do mojego oddziału 30. VI.

Anamneza. M. odbyła 3 miesiące temu drugi poród, który ciągnął się trzy doby, a skończył się w ten sposób, że baba wyciągnęła martwy płód hakiem żelaznym od okna. Pierwsze dziecko także urodziło się nieżywe.

Stano gólny. Smukła, przystojna kobieta, wysokiego wzrostu, średniego odżywiania; skóra delikatna i blada.

Miednica bardzo zwężona, guzy kulszowe zbliżone; odbył (*anus*) i srom (*vulva*) nie znajdują się we wgłębieniu między pośladkami [jak to bywa prawidłowo], lecz na wierzchu, na jednej płaszczyźnie z guzami kulszowymi; srom zbliżony do kości ogonowej.

Wejście do pochwy zwężone. Brak prawie całej przedniej ściany pochwo-pęcherzowej; tyle tylko pozostało z przedniej ściany, ile jest normalnie do poziomu *orificium vesicale urethrae*. Na tylnej ścianie pochwy rozległe owrzodzenie, porośłe wątlami granulacyjami; na wysokości górnego brzegu przetoki pochwa tak zwężona, że zaledwie przepuszcza palec; przez ten to ciasny kanał, utworzony z tkanek bliznowatych i niepodatnych, dochodzi się do zdeformowanej części pochwowej. Brzegi przetoki twarde i nieelastyczne, bliznowate, z wyjątkiem dolnego, który jest dość miękki, przy ujęciu go w kleszczyki daje się zbliżyć do górnego brzegu.

Operacja. Pomimo wszystkich trudności postanowiłem przystąpić do zeszywania przetoki; po zwykłych przygotowaniach, d. 5 Lipca 1884 r. okrwawiłem $\frac{2}{3}$ części prawe obwodu przetoki i zeszyłem brzegi 4 szwami jedwabnymi. Przewidując trudność przyciągnięcia brzegów do siebie, wkuwałem i wykłuwałem igłę w dostatecznej odległości od brzegów, aby te przy zbliżaniu ich i wiązaniu nie poprzerywały się, oraz, aby później nie obumarły.

Chora po operacji dostała silnego dreszczu, ciepłota zrana wynosiła 40,4°C., tętno 120, ogromne osłabienie, język obłożony, zaparcie stolca, nieznaczna bolesność w podbrzuszu. Stan taki utrzymywał się przez kilka dni; po zażyciu kałomelu, przy okładach ciepłych, bańkach i t. p., czwartego dnia gorączka ustąpiła, pozostało jednak niezwykle osłabienie, bolesność pęcherza i pochwy przy

starannem przestrzykiwaniu pierwszego roztworem kwasu bórnegu, drugiej roztworem kwasu karbolowego; po każdym przestrzyknięciu do pochwy nadmuchnięto proszku jodoformu.

12. VII. zdjąłem szwy i znalazłem, że brzegi się zrosły. Chora jednak znowu zaczęła gorączkować.

Po powrocie do Warszawy, przy badaniu d. 22. VIII. 1884 r. znalazłem, że chora nie gorączkuje, ma się daleko lepiej; badanie palcem i wziernikiem pochwy nadzwyczaj bolesne; cała część zeszyta przetoki nie rozeszła się; blizna mocna; pozostał tylko otwór wielkości dziesiątki miedzianej, jako pozostałość po lewej połowie przetoki, oraz mała dziurka na prawo od blizny w prawym kącie byłej przetoki. Brzeg dolny otworu bliznowaty, lecz dość gruby; brzeg górny cokolwiek podatny; brzeg lewy stanowi twarda, niepodatna, bliznowata tkanina, nieporuszalnie przyrosła do kości.

Za pomocą codziennej ciepłej kąpieli starałem się, o ile możności, rozmięczyć tkanki, znieść bolesność części płciowych, a po odpowiednim oczyszczeniu ich d. 13. IX. 1884 r., przystąpiłem do operacji drugiej połowy przetoki.

O p e r a c y j a 2-ga. W tym celu okrwawiłem szeroki pasek ściany pochwy na górnym i dolnym brzegu przetoki; okrwawienie zaś lewego kąta, gdzie brzeg przetoki stanowiła twarda, pokrywająca kość tkanka bliznowata, było niemożliwe, a przeto zeszkrobałem tylko nożem powierzchownie bliznę, poczem zeszyłem brzegi 4-ma szwami jedwabnymi, wkluwając i wykluwając igłę daleko od brzegu, mając na widoku należytą siłę, potrzebną do zbliżenia niepodatnych brzegów przetoki. Po zawiązaniu, brzegi rzeczywiście się zetknęły doskonale, lecz w lewym kącie pozostała maluczna szparka, której nie udało mi się zakryć dla braku tkanki. Po zeszyciu, wylot cewki mocno został wciągnięty w głąb pochwy.

3-go dnia po operacji chora dostała dreszczu wstrząsającego, trwającego kilka godzin [w nocy przedtem przeleżała się waryjatką, która napadła na chorą], po którym nastąpił napad wysokiej gorączki. Po jednodniowej przerwie, znowu gorączka do 40° C., z nadzwyczajnem rozpaleniem ciała, czerwonością twarzy, wielkiem osłabieniem, suchym językiem. Brzuch mały, ścianka jego przednia miękka, bez elastyczności; chora nie doznaje nigdzie bólu. Następnego dnia, w którym chora nie miała gorączki, zdjąłem szwy, brzegi znalazłem zrosniętymi. Chora niezmiernie osłabiona, tętno około 140, brzuch zapadły, nie bolesny.

20. IX. Chora utrzymuje, że się ma znacznie lepiej, że jest zdrową; wieczorem gwałtowne rozwolnienie i silny ból w brzuchu; ciepłota 40,2° C.

21. Ciepłota zrana 40° C., bóle w brzuchu i rozwolnienie trwają, wypróbnienia zieloną masą oddaje chora bezwiednie.

22. Ciepłota 39,4° C., tętno 144; nos i kończyny zimne; ciągle nudności, ból w dolnej części brzucha, który jest mały, prawie zapadnięty i tak bolesny, że najlżejsze macanie sprawia ból mocny; rozwolnienie podawnemu.

Chora zmarła przy wyżej wymienionych objawach d. 26. IX. 1884 r.

Autopsya, dokonana przez p. prosektora PRZEWOSKIEGO, wykazała: *pleuritis fibrino-serosa bilateralis, pericarditis*; w jamie osierdzia około 3 uncji płynu surowiczego; osierdzie zgrubiałe, pokryte w niektórych miejscach wysiękiem włóknikowym. W jamie otrzewnej niewiele wysięku surowiczego, włóknikowego, zlepiającego pętlę kiszki ze sobą i z siecią; otrzewna zgrubiała i zaczerwieniona. Wątroba ciastowatej twardości z budową zrazikową niewyraźną. Śledziona powiększona o połowę, mięszsz blade, rozrywa się łatwo. Ostre zapalenie kieszek; błona śluzowa obrzękła, czerwona i krucha. Grube kieszki rozdęte, błona śluzowa blade, pokryta nieznaczną ilością śluzu. Odbytnica powyżej otworu stolcowego rozszerzona; błona śluzowa mocno zaczerwieniona i pokryta śluzem. Pęcherz ściągnięty; w okolicy trójkąta LIEUTAUD'a poprzeczna blizna, rozciągająca się między ujściami obu moczowodów; w miejscu, gdzie wypadają te ujścia, znajdują się otwory pęcherzowe przetok prowadzących do pochwy, wielkości 6

milim. w średnicy mające; zatem każdy moczowód otwiera się do odpowiedniej przetoki; ponad ujściem oba moczowody rozszerzone 5 — 10 razy w porównaniu z normalnymi. Obok moczowodu prawego do prawej przetoki otwiera się ropny kanał, przebiegający w silnie stwardniałej tkance łącznej na prawo od dna pęcherza, jakoteż na prawo od pochwy, macicy i odbytnicy; kanał ten ma w średnicy 8 — 9 milim., napełniony jest płynem posokowatym; górny jego koniec otwiera się do jamy otrzewnej w zarosniętym po części dole DOUGLAS'a. Wszystka tkanka łączna około pęcherza, macicy i odbytnicy nadzwyczaj silnie stwardniała, a w niektórych miejscach zamieniona na tkankę bliznowatą.

Spostrzeżenie XVII. *Fistula vesico vaginalis; consutio; sanatio.*

Rubińska Elżbieta, 24 l. wyrobnica, niezamężna przybyła do szpitala d. 14. VII. 1884.

Anamneza. Przed 2½ miesiącami poród pierwszy, który trwał cztery doby i ukończony został kleszczami; położenie było główkowe.

Stan ogólny. Kobieta dobrego wzrostu i budowy. Z powodu zagubienia kartki brak mi bliższych danych co do zmian znalezionych u chorej; w karcie szpitalnej zanotowano tylko tyle, że 16. VII. okrwawiłem brzegi przetoki i spoilem je 4-ma szwami jedwabnymi, oraz 5-ciu szwami z *fil de Florence*.

Wynik. Po zdjęciu 8-go dnia szwów znaleziono, że przetoka była zagoną, poczem chora 29. VII. 84 opuściła szpital uleczoną.

Spostrzeżenie XVIII. *Duo fistulae vesico-vaginales; consutio; sanatio.*

Soszyńska Marcyjanna, 20-letnia, mężatka, mieszcanka z Konina, przybyła do szpitala d. 4. VIII. 1884.

Anamneza. W Marcu odbyła pierwszy poród, który ciągnął się tydzień i ukończony został kleszczami; płód był w położeniu główkowym, wydobyty został martwym.

Stan ogólny. Dobrze odżywiana, przystojna kobieta, prawidłowej budowy.

Miednica zwężona, więcej zbliżona do typu miednicy męskiej.

Dostęp bardzo trudny; częściowe pęknięcie krocza; wejście do pochwy bardzo ciasne, po wprowadzeniu wziernika Sims'a nie można wcale odciągnąć w tył tylnej ścianki pochwy, krocza i odbytu (*à la vache*). Pochwa krótka i ciasna; błona śluzowa bliznowato zwyrodniona, twarda i niepodatna na całej prawie przestrzeni.

Część pochwowa zdeformowana; ujście maciczne w kształcie zięcej szpary skutkiem rozciągnięcia bliznowatymi przyrostami do sklepień; szyjki macicznej i okolic okołomacicznych z powodu niepodatności sklepień wysledzić nie można.

Przetoki głęboko schowane za spojeniem łonowym; pierwsza bliższa, przepuszczająca grubą zgłębnik, znajduje się w prawej ścianie pochwy na wysokości otworu pęcherzowego cewki; brzegi jej twarde, niepodatne, przy ujęciu jednak kleszczykami dają się zbliżyć do siebie. Druga przetoka znajduje się wyżej i jeszcze bardziej z boku, posiada brzegi twarde, zupełnie niepodatne, przyrosłe do kości, oddzielona od pierwszej włóknistym mostkiem.

Przygotowania polegały na kąpielach i częstem wprowadzaniu wziernika, celem udostępnienia sobie drogi do przetoki.

Operacja. 23 VIII. 1884 r. Bliższą przetokę okrwawiono i zeszyto dwoma szwami jedwabnymi; okrwawienie drugiej bardzo trudne, z powodu, że niepodobna nożyką poprowadzić równolegle do płaszczyzny przetoki, celem jej obrania, a samych brzegów z powodu przyrośnięcia do części niepodatnych przyciągnąć do wchodu pochwy niepodobna. Obie zaszyte rany, jakoteż i pochwę, posypałem jodoformem.

W y n i k. 1-go Września zdjąłem szwy; pierwsza przetoka zagojona, przez drugą mocz się sączy. W dalszym ciągu ranę kilka razy przypalono cienkiem żegadłem PACQUELIN'a.

Przy wypuszczeniu chorej na własne żądanie d. 22. IX 1884 r., mocz przy siedzeniu i leżeniu wcale nie wypływa; przy chodzeniu nieco się sączy; brzegi przetoki jeszcze granulują i jest nadzieja, iż przy skurczeniu się blizny dziurka całkowicie się zamknie, kanał bowiem, prowadzący do pęcherza, jest bardzo cienki i kręty, a długi i przechodzi przez grubą warstwę tkanki.

Spostrzeżenie XIX. *Fistula vesico-utero-vaginalis; consutio; sanatio.*

Chodaj'owa Magdalena, 34-letnia, włościanka z powiatu Garwolińskiego, wstąpiła do oddziału d. 10. VI. 1885.

A n a m n e z a. Zameżna od 7 lat; przez ten czas odbyła 4 porody, ostatni 2 miesiące temu ciągnął się 4 doby, był bardzo trudny, płód był w położeniu główkowem, urodził się martwym. Przez dwa tygodnie po porodzie była ciężko chorą, mocno gorączkowała. Poprzednie wszystkie 3 porody były trudne zwłaszcza drugi. Wszystkie dzieci urodziły się martwemi; wszystkie wydobyte były przez babę.

O g ó l n y s t a n. Ch. niskiego wzrostu, drobnej budowy, miernego odżywiania, błada.

M i e d n i c a zwężona.

D o s t ę p d o p o c h w y dość dobry; *eczema* na pośladkach i kroczu; pochwa dość obszerna.

C z ę ś c i p o c h w o w e j nie widać, zarówno jak ujścia macicznego; palcem tylko w sklepieniu pochwy wyczuwa się twardą tkankę macicy.

O t w ó r p r z e t o k i duży, wielkości rubla; dolny jej brzeg podatny i gruby stanowi prawidłowa błona śluzowa pochwy; górny brzeg stanowi macica; łatwo on krwawi przy badaniu, a przy ujęciu kleszczykami łatwo się rozrywa; prawa część brzegu przetoki podatna i gruba; lewa natomiast bliznowata; mało ruchoma i cienka. Ujawszy kleszczykami brzegi przetoki, można dobrze zbliżyć brzeg dolny do górnego.

P r z y g o t o w a n i a zwykle składały się z kąpeli nasiadkowych i przestrzykiwań pochwy.

O p e r a c y j a. 21. VII. 1885 okrwawiłem z łatwością dolną połowę obwodu przetoki; trudniej było okrwawić górny brzeg, jako złożony z tkanki macicznej; brzeg ten po obranieniu żywo krwawił. Poczem nałożyłem 7 szwów z *fils de Florence* igłą COLLIN'a. Chora przez 4 dni po operacji gorączkowała, przyczem ciepłota wahała się od *minimum* 38,2° do *maximum* 39,2° C..

Po zdjęciu szwów 7-go dnia przetoka okazała się zagojoną, mocz nie przeciekał wcale; ponieważ jednak nie byłem pewien co do zupełnego udania się operacji, chorą pozostawiłem w szpitalu. Badając w jakiś czas, znalazłem, że istnieje wśród blizny po zeszytciu malutki otworek, przez który przy wstrzykiwaniu wody do pęcherza za pomocą cewnika wprowadzonego do cewki wydobywają się bąbelki powietrza; przy chodzeniu mocz cokolwiek sączy się do pochwy.

D. 4. IX. 1885. Okrwawiłem starannie malutką przetokę i zeszyłem ją 3-ma szwami z *fils de Florence*. Chora po operacji miała ziębienie, ciepłota dosięgała 40,4° C. i trzymała się między 39° i 40° C., a przez tydzień 8-o dnia spadła do 39° C. z rana i wieczorem 10 go i 11-go dnia wahała się około 38° C., poczem zesza do prawidłowego stanu.

Chora wyszła zdrową ze szpitala 10. X. 1885.

[C. d. n.]

III. PRZYCZYNKI DO LECZENIA ZA POMOCĄ MIĘSIENIA,

przez

D-ra J. Zabłudowskiego,

asystenta przy królewskiej chirurgicznej klinice uniwersyteckiej prof. BERGMANN'a w Berlinie.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 40].

Ewentualny dobry skutek mięsienia w przypadkach neurastenii polega prze-
ważnie na następujących dwu czynnikach:

1) na wytrwałości chorego, do czego w znacznej mierze przez namawianie
przyczynić się może zalecający mięsienie lekarz,

2) na rozmaitości, oryginalności i energii, z jaką wykonywanem zostaje
męsienie. Nie można tu, jak we wszelkich innych cierpieniach [chirurgicznych
i cierpieniach nerwów obwodowych], trzymać się ściśle dla każdego specyjalne-
go przypadku oznaczonych manipulacyj. Przy neurastenii trzeba być wynalaz-
czym. Należy wywierać nie z wyjątkiem podrażnienia. Jest to okoli-
czność, której skuteczność u osób histerycznych aż nadto jest znaną, którą je-
dnak przed wprowadzeniem racjonalnego mięsienia nie dosyć uwzględniano,
i zupełnie pozostawiono ślepeму przypadkowi. Lecz właśnie mięsienie jest
obszernem bardzo polem do zastosowywania nowych, niezwykłych podraż-
nień. Rozumie się, że są pewne przypadki, a mianowicie takie zwykłe, które
już stoją na granicy chorób umysłowych, a w których leczenie to pozostaje bez-
skutecznem, jakkolwiek nie jest wykluczoną możność, że za pomocą zastosowa-
nia innego jeszcze, nowego leczenia, choćby tylko metaloterapii, hypnotyzmu i t. d.
może jeszcze dałoby się osiągnąć wyleczenie. W takich razach wskazanem jest
zastosowanie metody PLAYFAIR-MITCHELL'a. Polega ona, jak wiadomo (*Die syste-
matische Behandlung der Nervosität und Hysterie*, autoryzowane wydanie niemieckie
D-ra A. TISCHLER'a, Berlin, 1883] na tem, że się chorych zupełnie odosabia
w specyjalnych zakładach leczniczych, gdzie pozostawać winni w łóżku i gdzie
otrzymują często i nadmierne ilości pokarmu, zwłaszcza dużo mleka obok tego
męsienie po kilka godzin [3 godziny] dziennie i prąd faradyzacyjny. Lecz próbowa-
nie metody PLAYFAIR-MITCHELL'a w takich przypadkach, gdzie cierpieniu towarzy-
szy hypochondryja, gdzie chory nie bardzo zważa na uczucie bólu w obwodowych
częściach, lecz wszystkie myśli swoje kieruje ku wyjaśnieniu sobie rozmaitych obja-
wów [uczucie pełności i napięcia w żołądku] nie jest wskazanem, gdyż przyczyni-
łoby się ono tylko do tego, że chory bardziej jeszcze zastanawiałby się nad każdo-
razowym stanem swego zdrowia. Tylko w drgawkowych formach histeryi, *resp.*
neurastenii, metoda ta wydaje dobre rezultaty, gdyż odosobnienie i pozostawanie
w łóżku, nieodzowne warunki przy leczeniu ciężkich przypadków histeryi, wywie-
rają tu swój wpływ.

Zastosowanie metody PLAYFAIR-MITCHELL'a wymaga wielkich środków ma-
teryjalnych, jakoteż wiele energii moralnej ze strony chorego; używa się przy
niej jednocześnie prawie wszystkich fizykalnych metod leczenia aż do uprzykrze-

nia. Dobry skutek albo brak takowego przy metodzie PLAYFAIR-MITCHELL'a zależnym jest prawie jedynie od posługaczki; jeśli po kilku tygodniach takiego leczenia nie następuje pożądaný skutek, wtedy należy wziąć nową maserkę. Wobec wymagań, jakie się przy tem leczeniu stawia takiej maserce — powinna ona umieć zastosować się do chorych, powinna być wykształconą, miłą w obejściu, energiczną i tak silną, ażeby sama jedna mogła trzy godziny mięsienić jedną chorą — bardzo trudno jest znaleźć odpowiednią osobę, których zresztą instytut z większą liczbą chorych kilka potrzebuję. Według moich doświadczeń, histeryczka rzadko jest zadowolona z posługaczki, a wielka zależność od niższej służby sprawia, że chore zawsze znajdują się w stanie rozdrażnionym. Należy uwzględnić i to, że chora także przed lekarzami zakładowemi, którzy je o to pytają, mniej aniżeli przed kimkolwiek innym się uskarżają na służbę, choćby nawet wcale z niej zadowolone nie były. Ponieważ u osób neurastenicznych po wszelkiego rodzaju leczeniach łatwo następują powroty, przeto nie należy odrazu zużywać wszystkich środków. Korzystnem jest przeciwnie takie wybrać leczenie, które łatwo powtarzać w regularnych odstępach czasu [mniej więcej $\frac{1}{2}$ —1 roku].

Przy leczeniu osób neurastenicznych uwzględniam następujące punkty:

1) Energię, z jaką pracujemy, stosuje się do stanu odżywienia ogólnego. Im lepiej odżywionym jest chory, z tem większym nakładem siły wykonywanem być winno mięsienie. Staramy się o podniesienie przemiany materji w ciele. W tym celu należy starać się o przyspieszenie obiegu krwi i limfy. Osiągamy to za pomocą gniecenia mięśni (*massage à friction*, *pétrissage*) w kierunku od obwodu ku środkowi. Przez tę ostatnią manipulację, jakoteż przez klepanie (*tapotement*), które uważać należy za środek alterujący nerwy, czucie w licznych miejscach bolących zostaje przytępionem. U chorych zaś apatycznych i leniwych, którzy nie mają bezpośrednich bólów, zapomocą mięsienienia w szybkim tempo, wywieramy wpływ pobudzający. Jeśli cierpienie jest umiejscowionem w pewnem oznaczonym terytoryjum nerwowem, wtedy klepiąc powinniśmy postępować za przebiegiem odpowiednich nerwów i pniów nerwowych. W przeciwnym razie mięsieniuje się większe obszary na powierzchni ciała. Przez klepanie uczucie bólu w miejscach odnośnych traci swój dawny charakter swoisty. Chory otrzymuje nowe wrażenie czuciowe, niekiedy nawet bolesne [początkowy okres pogorszenia]. Lecz pod wpływem dalszego leczenia nowo powstałe uczucie to znika powoli. W wielu przypadkach następuje niejako interferencyja wrażeń czuciowych. Głaskania (*effleurage*) niestosujemy w tych przypadkach, wykonywane bowiem przez dłuższy czas na większych powierzchniach ciała, działa ono usypiająco [hypnotyzująco].

2) Mięsienia nie należy wykonywać daleko poza granicami tych części ciała, na które się chory skarży. Ponieważ jednak bóle prawie bez wyjątku w kilku okolicach występują, przeto mięsienić należy wszystkie te miejsca wraz z otoczeniem ich. Ogólnego mięsienia wykonywać nie można, już choćby tylko ze względów czysto duchowych. Zresztą chory daleko lepiej znosi mięsienie, wykonywane na nieznanadto wielkiej przestrzeni. Gdzie zaś mamy do czynienia z otyłością, w której staramy się o szybszą i energiczniejszą przemianę materji, tam zastosowanie ogólnego mięsienia jest wskazaniem.

3) Posiedzenie nie powinno trwać dłużej jak 15 - 20 minut. Wykonywanie energicznego mięsienia przez dłuższy czas wyklucza się samo przez się. Zamiast uczucia ciepła, spotęgowanej energii i ruchliwości, a w przypadkach, w których nie ma punktów bolesnych, ogólnego poczucia zdrowia, przy dłuższem mięsieniu zjawiłoby się uczucie zimna, a nawet prostracja. Zachodzi tu różnica podobna do tej, jaka zachodzi pomiędzy długą, a krótko trwającą kąpielą zimną. Wogóle bowiem należący do tej kategorii chorzy są wrażliwi na zimno. Dobre wygniecenie mięśni możliwem jest tylko przy gołej skórze. Jeśli zaś chcemy wywierać wpływ pobudzający na krążenie krwi, wtedy jesteśmy zmuszeni rękoma mięsieniować w większych kołach, przyczem rozumie się obnażone być muszą większe obszary ciała. Pomimo najostrożniejszego wykonywania manipulacyj mięsieniowych samo już takie obnażenie ciała wywołuje chłód, który sprawia chorym przykre uczucie. Zinnu temu, jak powiedziano już, przeciwdziałać można za pomocą krótko trwającego, a energicznego mięsienia.

Z powiedzianego wyżej wynika, że mięsienie przez trzy godziny dziennie wykonywane [PLAYFAIR-MITCHELL] nie ma racji bytu. Z tego też powodu oddanie mięsienia w ręce posługaczek i masarek staje się zbytecznem. Mającemu pewną wprawę w mięsieniu lekarzowi, nie trudno wcale wykonywać mięsienie przez kwadrans, a nawet dłużej cokolwiek. Ma on w takim razie całe leczenie w ręku i zdobywa w ten sposób ściślejsze zdanie o tych manipulacjach, których działanie zna. Lekarzowi zresztą łatwiej daleko zastosować się do wymagań rozmaitych chorych. Zjawiska bowiem neurastenii u różnych narodowości i stanów w rozmaitych występują odmianach.

4) Co się tyczy pozostawiania chorego w łóżku, to uwzględnić trzeba, że leczenie pierwiej wywrzeć musi wpływ pewien, zanim nastąpić mogą jakiekolwiek zmiany pod względem pozostawiania w łóżku. W pierwszym tygodniu tedy leczenia nie zaleca się nic takiego, coby pociągnęło za sobą jakąkolwiek zmianę w dotychczasowym sposobie życia chorej. Jeśli leżała w łóżku, należy ją zostawić w łóżku. W drugim tygodniu zaczyna się wykonywać ruchy bierne, a stosownie do okoliczności i ruchy podwójne. 3 ci tydzień: ruchy podwójne, w 4-tym tygodniu ruchy podwójne i czynne, w 5 tym przejażdżki, w 6-tym tygodniu spacerować pieszo. A przy spacerach tych koniecznie trzymać się należy pewnej konsekwencji, jak to naprzykład robi OERTEL w swoich Terrain-Kurorte. W cięższych przypadkach, każdy z podanych tu, po tygodniu trwających 6-ciu okresów przedłużać należy do 2-ch tygodni. Przytem, rozumie się, uwzględnić trzeba, że tylko takie dawać należy, przepisy, o których się jest przekonany, że wykonywanie ich nie przechodzi sił chorej. Jeden błąd w tym kierunku, który zresztą przy niedostatecznej wprawie w leczeniu takich chorych bardzo łatwo zdarzyć się może, podkopuje zaufanie, a z niem i tak już słabą siłą woli.

5. Odsyłać chorych na leczenie do zakładów specjalnych [sanatoryjów]. w większości przypadków nie ma potrzeby. Umieszczanie przybyłych z innych miejscowości chorych nie przedstawia żadnych trudności: mogą oni mieszkać według swego upodobania, albo w hotelu, albo też w ciężkich przypadkach w jakim niewielkim pensjonacie, w każdym zaś razie, o ile to możebne, w bliskości lekarza. Uważam za niekorzystne, ażeby większa ilość chorych tego rodzaju

przebywała w jednym domu, lepiej daleko, jeśli tacy chorzy obracają się w towarzystwie zdrowych, albo w najgorszym razie z cierpiącymi na inne choroby. W zakładach specjalnych chorzy, pomimo zupełnego odosobnienia, wiedzą zawsze, jak się mają wszyscy ich towarzysze niedoli. Jeśli u jednej tylko chorej leczenie pozostaje bez skutku, wówczas wszystkie inne już tracą wytrwałość. Zresztą, chory i przez to już czuje się daleko lepiej, że ma zupełną swobodę co do wyboru usługi i miejsca pobytu. Miejsca w tych chorych nie należy nigdy miesienionować w obecności ich najbliższych krewnych. Trzeba obstawać przy tem, ażeby lekarz mógł albo zupełnie sam na sam pozostać z chorym, albo też ażeby obecną była tylko wybrana przez lekarza osoba. Stosując się do tej zasady, pozbawiamy chorego okazji do okazywania bólu podczas posiedzeń miesieniowych. Skoro tylko chory jest w stanie wychodzić, należy zaprzestać wizyt w jego mieszkaniu; chory wtedy winien codziennie przychodzić do mieszkania lekarza. W razach wyjątkowych jednakże, gdy domowe otoczenie wywiera stanowczo szkodliwy wpływ, stosuje się do takich chorych to samo, co powiedziano wyżej o osobach, przybyłych na leczenie z innych miejscowości, mianowicie, zaleca im się pobyt w pensjonacie. W przypadkach, w których neurastenija połączoną jest z drgawkami, pensjonat powinien leżeć w okolicy oddalonej od zgiełku miejskiego, gdzie mógłby mieć zupełny spokój i ciszę wokoło.

6. Co się tyczy dyjety, to nie można stosować się tu do żadnego szematu, jak na przykład przekarmiania, lecz uwzględniać należy tylko ogólne zasady, przyjęte przy leczeniu dyjetetycznem. Dla osłabionych więc dyjeta wzmacniająca, przy której wielką rolę odgrywać winno mleko, kumys, kefir w znacznych ilościach. Dla otyłych ścisła dyjeta *mutatis mutandis* podług zasad OERTEL'a. W większych hotelach właśnie o każdą porządkującą do rozporządzenia wielki wybór potraw przy leczeniu według OERTEL'a nęci podniebienie bardziej wybrednych nawet chorych i daje im okazję do przekraczania przepisanej dyjety.

Przy niezbyt znacznej otyłości zalecamy żętycę.

Kąpiele podczas leczenia brać należy tylko raz na tydzień ze względu na czystość. Po leczeniu wyjazd do wód, na przykład do jakiej stacji klimatycznej [Gastein i t. p.], albo do źródeł żelazistych jest wskazanym. Również wskazane są codzienne wycierania gąbką, zwilżoną wodą o ciepłocie pokoju.

W końcu jeszcze nadmienić należy, że lekarz bezstronny, który przez dłuższy czas miał sposobność widzieć neurasteniczne, *resp.* histeryczne chore, może mówić tylko o względnem wyleczeniu. Jeśli powroty po ukończonem leczeniu przez dłuższy czas nie następują, albo jeśli następują tylko słabe recydywy, w takim razie można powinszować sobie zwycięstwa. Chore takie jedną mają wspólną cechę: czują one potrzebę od czasu do czasu poddawać się na nowo mniej albo więcej uciążliwemu leczeniu, bez względu na to, czy poddawały się już jakiej mniejszej, albo większej operacji, bądźto ginekologicznej, bądźto jakiegokolwiek innej, czy też wreszcie leczeniu PLAYFAIR-MITCHELL'a. Jest to potrzeba nowych podrażnień, które zatrząść mają kumulujące się z czasem bóle. Leczenie miesieniowe, szczególnie w podanej wyżej formie, nie połączone z je-

dnej strony z żadnemi dla chorego trudnościami, a o którym z drugiej strony bywa on zwykle przekonany, że mu już kilka razy pomogło, nadaje się bardzo do powtarzania go na nowo 1—2 razy na rok przez 4—6 tygodni. Chorzy mają wtedy za każdym razem takie uczucie, jakgdyby zużyte tkanki ich ciała odpadły i zastąpione zostały nowemi. Zachowują też oni dla mięsienia przez długi czas pewną wierność — przymiot, którym się tego rodzaju chorzy zwykle nie odznaczają w stosunku do innych metod leczenia.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

50. Reichert (z Rostoku). Nowa metoda miejscowego leczenia przewlekłej gruźlicy płuc. (Według odczytu mianego na zebraniu lekarzy meklemburskich z roku bieżącego).

Od czasu odkrycia prof. Koch'a laseczników gruźliczych, jako przyczyny suchot i stwierdzenia tego faktu szczepieniami czystej hodowli na zwierzętach, koniecznem zadaniem leczenia stało się odszukanie środków i metod, które by niszczyły, lub co najmniej przeszkadzały rozwojowi owych pasorzytów, nie wywierając ujemnego wpływu na ustroj. Wymaganie to zdaje się być tak logicznem i racjonalnem, że w tym względzie dwóch zdań być nie może. Pogląd ten został w ostatnich czasach przez niektórych autorów uznany jako fałszywy w zasadzie i z jakiegoś wyższego punktu widzenia potępionym. Uważają oni laseczniki gruźlicze, a zwłaszcza ich zarodniki, za tak odporne, iż niemożebnością się im wydaje zniszczenie takowych jakimikolwiek bądź środkami, bez jednoczesnego uszkodzenia ustroju. Niektóre z pomiędzy naszych środków dezynfekcyjnych okazały się odpowiedniami do niszczenia laseczników, *resp.* ich zarodków, lecz dopiero doświadczenia na chorych mogą rozstrzygnąć, które z nich nadają się do bezpośredniego miejscowego leczenia suchot płucnych. Jeżeli w tym względzie nie przyda się żadna z metod dotąd znanych, to jeszcze nie dowód, abyśmy nie mieli wynaleźć nowych środków, nowych metod, odpowiadających celowi. Dowiedziona jest rzeczą, iż płuca ludzkie są daleko więcej odporne przeciw pasorzytom, niż inne tkanki [łączna, otrzewna], że zdrowe płuca stanowią grunt bezwarunkowo niesprzyjający rozwojowi pasorzytów. i że grunt odpowiedni przygotowują dopiero przebyte choroby. Jeżeliby więc środki nasze zdołały wpłynąć dodatnio na usunięcie pierwotnego cierpienia, zmieniłyby przez to warunki rozwoju pasorzytów na bardzo niekorzystne.

Potępienie *à priori* usiłowań skierowanych ku zwalczeniu laseczników, nie może być usprawiedliwionem, zastanowić się raczej należy, czy w dotychczasowem leczeniu suchot posiadamy doświadczenia, które by przemawiały za, albo przeciw miejscowemu leczeniu. Dotąd usiłowano przy leczeniu suchot zadosyćuczynić wskazaniom przyczynowym. Widziano przyczynę usposabiającą do suchot w słabej budowie płuc i serca wobec wymagań ustroju i odpierania szkodliwych wpływów świata zewnętrznego. Za najbliższą zaś przyczynę uważano przewlekły nieżyt wierzchołkowy, prowadzący do zserowacenia i zropienia, albo też ogniskowe nacieki, pozostałe po zapaleniu płuc lub opłucnej. Wobec tego starano się wzmocnić płuca i serce [gimnastyką płuc, obfitami pokarmami i t. d.] ogólnem leczeniem, dopełniając je leczeniem miejscowem skierowanym przeciw ogniskom zapalnym. Wiadomo, że nagromadzenie śluzu i ropy w kanałach oddechowych dopomaga szerzeniu się sprawy chorobowej, utrudniając dostęp powietrza. Ponieważ doświadczenia na zwierzętach i ludziach dowiodły, że wdychane sub-

stancje przenikają do drobnych oskrzeli i jam suchotniczych, można było, sądząc z dodatniego wpływu, jaki wywierały środki ściągające i dezynfekujące na zapalenia innych błon śluzowych i w tym razie oczekiwać dodatnich wyników od leczenia miejscowego. Wskazaniom tym odpowiadały środki wykrztuśne i wdechania. Treścią jednak całego leczenia pozostała klimatoterapia, dlatego zapewne, że choć w części zadosyćczyni temu, czegośmy napróżno oczekiwali od inhalacyj i środków wykrztuśnych. Że wyniki takiego leczenia nie były zupełnie złe, wie każdy lekarz, który praktykując choćby lat 10. przypomni sobie nie jeden przypadek suchot, jeżeli nie zupełnie wyleczony, to przynajmniej zupełnie zatrzymany w rozwoju.

HEITLER (*Wiener Klinik 1880 rok*) w pracy o wyleczalności suchot płucnych, na zasadzie protokołów sekcyjnych za lat 10. znalazł na 16562 sekcij 789 razy wielkie gruźlicze ogniska a 655 w obu wierzchołkach płucnych jednocześnie opróżnione i otoczone grubą tkanką bliznową.

Wobec dzisiejszych poglądów na istotę choroby, przyjąć należy, że w przypadkach tych laseczniki stały się nieszkodliwymi. Że jednak dobrowolnego ich wymierania, podług doświadczeń Kocir'a i jego uczniów, a także na zasadzie szybkiego i postępowego rozwijania się suchot, przypuścić niepodobna. zdaje się być rzeczą pewną zatem, iż w razie wyleczonych suchot, laseczniki zostają eliminowane z ustroju przez obfite odpluwanie i tworzenie się tkanki bliznowej okrażającej ich kolonije. Pogląd ten zupełnie nie wyklucza przypuszczenia, iż w takich razach odporność ustroju zapewne jest większą, a może jakoś *resp.* ilość zarazka mniejszą. Przypadki pomyślnie zakończone dowodzą tylko, że przy względnie sprzyjających warunkach wyleczenie nastąpiło za pomocą wykrztuszenia i tworzenia się tkanki bliznowej, okoliczności te zatem należy wyzyskać w celu leczniczym. Dostateczne wykrztuszenie można sprowadzić przez bezpośrednie miejscowe stosowanie środków, ogólnemu zaś pośredniemu leczeniu przypada w udziale wzmacnianie ustroju i ochranianie od szkodliwych wpływów.

Co się tyczy samych środków zabójczych dla laseczników, to prędzej można się tego spodziewać przy bezpośrednim miejscowym stosowaniu ich, aniżeli przez krw. Na zasadzie badań SCHILL'a i FISCHER'a mamy dziś środek, który działając zabójczo na zarodniki pasorzytów, dobrze jest przez płuca znoszonym. Środkiem tym jest stężony wodny roztwór kwasu salicylowego. W miarę potrzeby, znajdziemy może jeszcze dzielniejsze środki, a może i nowe metody stosowania ich.

Teoretycznie stoi obecnie wiedza lekarska na pewniejszym gruncie niż dotąd. Gruzelek bowiem jako nowotwór, był bardzo niewyraźnem pojęciem, któremu nie było sposobu racjonalnie przeciwdziałać ani drogą zapobiegawczą ani leczniczą. O lasecznikach zaś wiemy, iż te niełatwo się osiedlają na zdrowej błonie śluzowej, koniecznem jest do tego uszkodzenie nabłonka i przyległa wydzielina jako materiał odżywczy. Wskazania więc lecznicze są jasne.

Miejscowe stosowanie środków do kanałów oddechowych jest dostępniejszem aniżeli mniemają.

Niewątpliwem jest, że umiejscowiona gruźlica, za pomocą bezpośredniego stosowania środków, może być wyleczoną, a co najmniej, poprawioną, jak to wiadać z własnych doświadczeń autora, przy leczeniu gruźlicy krtani, a w ostatnich czasach i gruźlicy płuc.

Na poparcie tego przytacza R. 2 przypadki gruźlicy krtani z roku 1877, wyleczone.

I. Nauczyciel S. 22-letnia, owrzodzenie gruźlicze obu strun prawdziwych, nieżyt wierzchołkowy, nacieczenie prawego średniego płata z tyłu. W ciągu 3 miesięcy codzienne wstrzykiwania w krtani 2% roztworu *zinci chlorati* zupełnie wyleczyły chorego tak, że mógł śpiewać. W roku 1883 w listopadzie, owrzo-

dzenie gruźlicze w środku tylnej powierzchni nagłośni. Te same wstrzykiwania w ciągu 3 ech tygodni, i w ciągu kilku miesięcy wziewania *zinci chlorati*; *ol. Eucalypti*. Ostatnie badanie w Sierpniu 1877 roku, chory zupełnie zdrow.

II. Subjekt handlowy lat 17, w lecie 1878 r. W dolnym prawym płacie zgęszczenie. Zajęcie całej górnej części krtani, włącznie ze strunami. Wszystkie te owrzodzenia zagoiły się po 4 miesięcznem leczeniu. Chory nie szanował się, pracował w złych warunkach [zmiany pogody, pył]. Powrót. Zgłosił się dopiero w pół roku po pogorszeniu, było już zapóźno. Zmarł przy objawach suchot galopujących.

Swoją drogą oba te przypadki dowodzą możliwości wyleczenia umiejscowionej gruźlicy. W I powtórne owrzodzenie nagłośni w lat 6 po wyleczeniu pierwotnem, trzeba uważać za powstałe w skutek nowego zarażenia się od płuc, które pomimo to ustępuje leczeniu.

Takie dodatnie wyniki leczenia miejscowego gruźlicy krtani otrzymywaliśmy bez porównania częściej, gdyby więcej lekarzy umiało laryngoskopować. Tymczasem większość chorych, zgłaszających się po odpowiednie leczenie miejscowe, są to przypadki zaniedbane z wysokim stopniem wyniszczenia, z których niepodobna sądzić o wyleczalności suchot. A przecież i przy przymiocie nierzadko spostrzegamy, że wysoki stopień wyniszczenia i tu nieumożliwia wyleczenie. Dużo też przeszkadza brak środków materyjalnych i brak cierpliwości wielu chorych, którzy uważając poprawę za wyleczenie, za wcześniej usuwają się z pod opieki lekarskiej, a w razie pogorszenia zapóźno powracają. Przy odpowiednich siłach żywotnych i wytrwałości chorego, goją się najobszerniejsze wrzody krtani jak dotąd przy stosowaniu: roztworów *zinci chlorati*, wdmuchiwań kwasu bornego i salicylowego *cum oleo menthae* albo *mentholu*. Zawsze jednak trzeba jednocześnie leczyć miejscowo i cierpienie płuc.

Ponieważ rurki aparatów dotąd używanych uważa autor za niewłaściwe, nadał kance przy swoim aparacie rozpylającym zakrzywienie, jakiego się używa dla narzędzi krtaniowych [insufiatory i t. d].

Wszystkie znane dotąd podręczne maszyny inhalacyjne nie odpowiadają przeznaczeniu, za pomocą takowych bowiem nie otrzymujemy pary dostatecznie nasyczonej środkiem lekarskim, pewną część winy można przypisać zapewne i samym środkom dotąd znanym. Być może że inhalatoryja, urządzone na większą skalę np. w Reichenhall, dają więcej zadawalniające wyniki. Nieodpowiednie też są z wielu względów wdechania ciał sproszkowanych. Dla tego też należy zalecić do leczenia miejscowego suchot płuc metodę, która tak ze względu na przenikanie środków lekarskich w najdrobniejsze rozgałęzienia oskrzeli chorego płuca, jak ze względu łatwości dozowania i stężenia stosowanych leków, oddała wielkie usługi. Mowa tu jest o wstrzykiwaniu płynów leczniczych do tchawicy, *resp.* oskrzeli chorego płuca pod kontrolą lusterka. R. zaczął stosować je już przed 6-ciu laty przy podoстрыm i przewlekłym niezycie oskrzeli i otrzymywał doskonałe wyniki, używając do tego wody wapiennej i $\frac{1}{4}$ % *solutionis zinci chlorati*. Należało zastosować metodę tą i w leczeniu suchot płucnych, tembardziej, że przy wrzodach gruźliczych krtani najlepiej działał roztwór 1—2% *zinci chlorati*. Przy poczynających się suchotach płuc środek ten okazywał się niezłym [$\frac{1}{4}$ ½ %], przy sprawie jednak dalej posuniętej i powikłanej obszernymi wrzodami krtani, nieco za bolesnym.

Odkrycie Koch'a i z drugiej strony wychwalanie *ol. eucalypti*, jako środka dezynfekującego, skłoniły R. do wypróbowania go. Za środkiem tym przemawiało jeszcze jego znakomite działanie w roztworze 5% w wodzie z gliceryną, mianowicie też przy ostrych niezycach gardzieli i krtani pod postacią płukań i chłodnych rozpylań. O wiele gorzej działają inne podobne środki, jak: *ol. myrrhae*, *ol. pini pumilionis*, *thymol*. Znacznie lepsze wyniki daje 3% *ol. menthae piperitae*.

MACDONALD chwalił bardzo mentol, który w rozcieńczeniu 1 na 1000 zabija pasorzyty. Próbowany przy *ozaena* w postaci wdmuchiwań na 100 części kwasu bornego, 20 części mentolu, okazał się bardzo dobrym, mniej jednak niż *ol. menthae* skutecznym przy suchotach w postaci wstrzykiwań 1: 300 wody. Od czasu doświadczeń SCHILL'a i FISCHER'a z kwasem salicylowym, R. używa z bardzo dobrym skutkiem mieszaniny tych środków. Rozpuszcza się 1,0 *acidi salicylici* w 2,5 do 3,0 *ol. menthae anglicani*, do tego 100,0 wody, a w ostatnich czasach R. dodaje 1,0 do 1,5 *mentholis*. Wstrzykiwania codzienne tej mieszaniny do płuc działają ze wszystkich dotąd znanych środków najlepiej i najszybciej.

Doświadczenia robione na wyciętych płucach ludzi i zwierząt i na żywych zwierzętach wykazały, iż płyny zabarwione, wstrzykiwane do płuc przez krtani i tchawicę, dochodzą do najcieńszych oskrzeli wszystkich płatów.

Przy wstrzykiwaniach tych gra ważną rolę indywidualność chorego [jego tolerancja i stosunki anatomiczne], ale ważniejszą jeszcze —wprawa lekarza. Łatwiej tego dokonać u mężczyzn, trudniej u kobiet i dzieci. Co się tyczy umieszczenia wstrzykniętego płynu w płucach, to chorzy określają go doskonale po lekkim pieczeniu, jakiego doznają. Często zjawia się lekka duszność, przechodząca po kilku minutach, a wyjątkowo pozostawiająca na $\frac{1}{2}$ do 1 godziny właściwe wrażenie.

Zachodzi pytanie, czy wstrzykiwania te mogą w jakikolwiek sposób być szkodliwymi. Nigdy metoda ta nie wywierała ujemnych skutków. Błona śluzowa oskrzeli jest bez porównania mniej wrażliwą, niż błona krtani i gardzieli, tak, że płyny powodujące ból tych części, wstrzyknięte do oskrzeli, żadnego bólu nie powodują. Lekkie drażnienie błony śluzowej przy chronicznej gruźlicy, za pomocą ściągających i dezynfekujących płynów zupełnie nie szkodzi. Przeciwnie, najobszerniejszy rozpad krtani, najszybsze postępy suchot spotykamy u chorych, którzy stosownie do rady lekarza wystrzegają się bojaźliwie najmniejszego sforsowania płuc, głośniejszej i dłuższej rozmowy, a każdy poryw kaszlu tłumią obficie używaną morfiną.

Nie należy obawiać się krwioplucia, ani uważać takowego za przeciwwskazanie; na zasadzie licznych doświadczeń przyszedł REICHERT do wniosku, iż wstrzykiwania te działają poniekąd jako *stypticum*, a przy usposobieniu do krwioplucia wywierają nawet wpływ zapobiegawczy.

Miejscowe bezpośrednie działanie na błonę śluzową płuc ma na celu: wyrzucenie produktów chorobowych, co osiągamy z jednej strony za pomocą silnego kaszlu wywołowanego drażnieniem mechanicznem i chemicznem wstrzykiwania, z drugiej zaś przez działanie rozrzedzające wody i pobudzenie do działalności wydzielniczej błony śluzowej oskrzeli. Dodajmy jeszcze do tego: działanie dezynfekujące i ściągające, ewentualnie pobudzające do gojenia i zablizniania, parowanie płynu pod wpływem ciepłoty ustroju, szybkie wchłanianie leku przez błonę śluzową tchawicy i oskrzeli, a ztąd i wpływ na otaczające części i gruczoły oskrzelowe.

Rzeczywiście dodatni skutek tej metody leczniczej stwierdził dotąd autor na 60 przypadkach. W większości ich były poszukiwane laseczniki gruźlicze drobnowidzowo.

Same wstrzykiwania powinny się odbywać przy spokojnem oddechaniu, najlepiej przy końcu wydechu, gdyż potem nastąpić musi wdech ułatwiający przenikanie płynu, później dopiero kaszel. Strumień płynu kierować należy wprost do oskrzeli chorej strony, jeżeli takowe widać w lusterku, w przeciwnym razie, po odpowiedniej ścianie tchawicy.

Każdy z chorych powinien posiadać oddzielną strzykawkę krtaniową, lusterko i ręczniczek do obcierania instrumentów, po skończonej kuracji poddać to wszystko należytej dezynfekcyi.

Z początku nie należy robić więcej jak 2 do 3 wstrzykiwań jedno za drugim, po kilku jednak dniach można śmiało robić ich 4 do 6 na jednym posiedzeniu.

Jeżeli są jednocześnie owrzodzenia gruzlicze krtani, robi się zwykle po wstrzykiwaniu wdmuchiwanie *Acidi borici* (*event. cum Ac. salicyl.*), z dodatkiem 10—20% mentolu.

Wstrzykiwania do płuc okazują się najpożyteczniejszemi, gdy jest kaszel i dużo płwociny krwistej, nawet bez względu na stan ciepłoty—jednak, gdy nie ma jeszcze jam i zbyt obszernych wrzodów w krtani. Leczenie to jest bardzo pożyteczne przy niepowikłanych nieżytach wierzchołkowych.

Trwanie leczenia w przypadkach lekkich 4 do 8 tygodni—w cięższych 2—4 miesiące: w jednym nawet do 18 miesięcy.

Trzeba przyznać, że w chorobie, która przy odpowiedniej ogólnej, a nade wszystko dyjetetycznej terapii, często zatrzymuje się w rozwoju, a nawet daje względne wyleczenie, powodzenie lecznicze musi podlegać subiektywnemu sądowi. Prawie wszystkie jednak wyleczone tym sposobem przypadki dawały z ogólnego punktu widzenia, jak najgorsze rokowanie. W wielu z nich stosowano bez skutku całemi tygodniami jak najtroskliwiej leczenie ogólne: hydropatyczne okłady, inhalacje klimatyczne, mleczne, etc., poprawa zaś nastąpiła dopiero po wstrzykiwaniach. Dlatego też zalecane tu wstrzykiwania do płuc płynów dezynfekujących, przy odpowiednim leczeniu ogólnem zasługują na uwagę i zaufanie, zwłaszcza w okresie wstępnym i średnim suchot płucnych.

Władysław Wróblewski.

O g ł o s z e n i e.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie ogłasza o wakujących miejscach lekarzy w 27-miu izb ach dy ż ur ó w l e k a r s k i e h, urządzić się mających na przypadek pojawienia się cholery w Warszawie. Deklaracje podpisywane być mogą w kancelaryi Towarzystwa Lekarskiego [ulica Niecała Nr. 7], codziennie od godziny 6—8 wieczorem, do dnia 4 Października r. b. Nadmieniam się że Pp. lekarze, którzy za pośrednictwem Towarzystwa Lekarskiego złożyli deklaracje na pełnienie obowiązków lekarzy rewirów sanitarnych podczas cholery, nie mogą obok tego przyjąć obowiązków lekarzy izb dyżurów lekarskich.

Za prezesa Towarzystwa wiceprezes
D-r Rogowicz.

O D W Y D A W C Y.

Pp. Prenumeratorów, którzy dotychczas zalegają z opłatą za GAZETĘ LEKARSKĄ, uprasza się o rychłe nadsyłanie zalegającej przedpłaty.

Do dzisiejszego N-u Gazety dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów prospekt na pismo „Głos“.

Wydawca Dr. St. Kondratowicz

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою Варшава 25 Сентября 1886 г. Друк К. Ковалевского. Królewska. Nr. 29

WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ.

W ciągu roku bieżącego opuści prasę dzieło pod tytułem:

TERAPIJA OGÓLNA

przez prof. Hoffmanna.

Cena dzieła wyniesie Rs. 4, z przesyłką 4.50 a zatem będzie tańszą od oryginału niemieckiego. Przedpłatę można nadsyłać do Wydawcy Gazety Lekarskiej. Marszałkowska 119.

WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ.

Wyszło z druku dzieło pod tytułem:

PSYCHIJATRYJA,

czyli nauka o chorobach umysłowych,
oryginalnie napisana przez

D-ra Med. Rothego

Naczelnego lekarza Zakładów dla Obłąkanych w Warszawie.

Autor, znany jako gorliwy pracownik na polu psychiatrii, mając na względzie studentów prawników, oraz szerokie koło lekarzy praktyków, napisał dzieło, mogące zaspokoić wszelkie wymagania lekarzy praktyków, tak pod względem rozpoznawania, jako też pod względem leczenia chorób umysłowych. Dzieło zawiera 18 arkuszy druku.

Cena Rs. 1 kop. 80, z przesyłką Rs. 2

Nabywać można u Wydawcy Gazety Lekarskiej Marszałkowska Nr. 119.

WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ.

Wyszło z druku nakładem „Gazety Lekarskiej” dzieło pod tytułem:

CHOROBY SERCA

D-ra OSKARA WIDMANA

prymaryjusza szpitala powszechnego we Lwowie.

Dzieło to opatrzone licznymi drzeworytami w tekście zawiera 24 arkusze druku

Cena dzieła wynosi rs. 3., z przesyłką rs. 3 kop. 30.

Nabywać można u wydawcy „Gazety Lekarskiej”

MARSZAŁKOWSKA 119.

0—1

WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ.

Wyszła z druku nakładem Gazety Lekarskiej

FARMAKOLOGIIA

professorów Notnagel'a i Rossbach'a

Cena dzieła wynosi Rs. 6, z przesyłką Rs. 6 k. 50.

Nabywać takowe można w Redakcyi Gazety Lekarskiej, Marszałkowska 119, oraz w innych Redakcyjach warszawskich czasopism lekarskich i we wszystkich księgarniach.

0—1

Дозволено Цензурою Варшава, 25 Сентября 1886 г. Друк К. Ковалевскаго. Królewska. Nr. 29.