

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

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

Adres Wydawcy: Nowo-Zielna Nr. 47.

Adres Redaktora: Oboźna Nr. 5.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Eukaina, nowy środek miejscowo znieczulający i zastosowanie jego w dentystyce. Napisał D-r B. Dzierżawski. (Dok.). — Przyczynę do etiologii i symptomatologii władu rdzenia, podał Aleksander Tumpowski. (Dok.). — **Streszczenia i wyciągi.** 138. O rzeźączkowem zapaleniu stawów. 139. O związkach allokusurowych w moczu przy zapaleniu nerek. 140. Leczenie bólu głowy błękitem metylenowym. — **Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenie z dnia 24 listopada i 1 grudnia r. b. — **Notatki bibliograficzne.** — O ruchu chorych w szpitalu Zapasowym za m. listopad r. b. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r B. Dzierżawski — L'eucaine comme anesthetique local et son emploi dans la therapie dentistique. 2) D-r A. Tumpowski — Contribution à l'etiology et à la symptomatologie de l'ataxie locomotrice progressive.

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

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r B. Dzierżawski — Das Eukain als örtlich wirkendes Anaestheticum und seine Anwendung in der Zahnheilkunde 2) D-r A. Tumpowski — Ein Beitrag zur Ätiologie und Symptomatologie der Rückenmarksschwindsucht.

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

EUKAINA,

nowy środek miejscowo znieczulający i zastosowanie jego
w dentystyce.

Napisał Dr. B. Dzierżawski,

wykładający patol. i terapię zębów w Warsz. Szkole Dentystycznej.

(Dokończenie. — Zob. N. 51).

Co do drugiego środka, używanego w jamie ustnej do anestezji, mianowicie co do k o k a i n y, powiedzieć możemy co następuje: pendzlowanie dziąseł silnymi roztworami lub nawet przykładanie do dziąseł kokainy *in substantia* bardzo rzadko bywa przy wyjmowaniu zębów skuteczne, a niebezpieczne jest równie, jak i wstrzykiwania. Co do ostatnich, to stosowanie roztworów silnych nie jest właściwe ze względu na możliwość zatrucia. Zatrucia zdarzają się nawet przy stosowaniu roztworów słabych, np. 1%. Jednoprocentowego roztworu kokainy używałem oddawna stale w postaci zastrzykiwań w dziąsło do znieczulenia przy wyjmowaniu zębów. W roku bieżącym mam zanotowanych około 50-iu chorych, którym robiłem sto kilkadziesiąt wyjęć zębów, zastrzykując 1% roztwór kokainy, przyczem, aczkolwiek w żadnym przy-

padku nie przekroczyłem dawki 0,01 (jednej szprycy na raz). 4 razy spostrzegalem objawy zatrucia, z tych trzy razy dość poważne i dla mnie wielce kłopotliwe. Dodam tu, że dwa z nich dotyczyły ludzi zdrowych i silnych, w jednym zaś przypadku objawy zatrucia (trudność oddychania, polykania, mrowienie w kończynach, śpiączka z następczym podnieceniem) wystąpiły przy powtór-
nem zastosowaniu kokainy i trwały około dwóch godzin, gdy tymczasem pierwsze zastrzyknięcie kokainy, na kilka dni przedtem, pacjentka ta zniosła zupełnie dobrze.

Wymienione trzy przypadki dotyczyły osób takich, u których *a priori* zatrucia się nie spodziewałem. W przypadkach, w których spodziewałem się szczególnej na działanie kokainy tkliwości, bądź ze względu na wiek młody, bądź na osłabienie lub wyczerpanie długotrwałymi bólami zęba lub chorowość pacjenta, używałem do zastrzyknięcia roztworu $\frac{1}{500}$, przy tem jednak rozcieńczeniu pomyślny co do siły znieczulenia wynik otrzymywałem tylko wyjątkowo.

Co do siły znieczulenia przy 1% roztworze kokainy, to nadmienić wypada, że pieńki przy zastosowaniu tego roztworu wyjmują się zupełnie bez bólu, nb. o ile grubość i wysokość dziąsła na dokonanie zastrzyknięcia pozwala. Gdzie dziąsło jest tak cienkie, że na wkłucie igły nie pozwala, lub tak niskie, że płyn z wkłutej w nie igły ucieka w luźną tkankę pod rowkiem dziąsłowowargowym, tam, ma się rozumieć, i przy pieńku, nawet niezbyt mocno siedzącym, znieczulenie nie będzie dostateczne. Przy wyjmowaniu pieńków, jak wiadomo, cała trudność operacyi polega na ujęciu pnia w kleszcze; zwichnięcie i wyciągnięcie pnia zwykle nie bywa trudne, gdyż pnie dawno ułamane nie siedzą w szczęce, jak wiadomo, mocno. (Nie mówię tu, ma się rozumieć, o przypadkach starczego lub przedwczesnego zaniku szczęki, gdzie pnie trzymają się tylko na dziąśle, a związek ich ze szczęką jest prawie żaden; tu wyjęcie zęba i bez wszelkiego znieczulenia jest prawie wcale niebolesne). Jeżeli więc cała trudność wyjęcia pnia polega na dokładnem jego uchwyceniu, do czego potrzeba tylko dobrze wbić kleszcze pod dziąsło, to rzecz oczywista, że tam, gdzie zastrzyknięcie w to dziąsło dało się wykonać dokładnie, wyjęcie będzie bez bólu. Inna rzecz z wyjmowaniem zębów, mających jeszcze koronę i nie wysuniętych ze szczęki. Tutaj związek zęba ze szczęką jest mocniejszy; w takich przypadkach 1% roztwór kokainy działa już znacznie mniej pewno, znieczulenie doskonałe otrzymuje się, acz w znacznej liczbie, nie we wszystkich jednak przypadkach, nawet i tam, gdzie wstrzykiwanie dobrze zrobić się udało. Tu wspomnieć jeszcze należy o tem powszechnem mniemaniu, że kokaina na tkanki, uległe zapaleniu, działa mniej silnie, niż na tkanki, zapaleniu nie uległe. Zęby z koronami rwać musimy często właśnie w takich warunkach, przy ostrem zapaleniu ozębnej. Gdzie zapalenie ozębnej nie jest jeszcze w stopniu zbyt silnym, gdzie nacieczenia nazewnątrz szczęki niema jeszcze wcale, tam nawet znieczulenie przy 1% roztworze kokainy osiągnąć się daje w niewielu tylko przypadkach. Gdzie zapalenie ozębnej jest silniejsze, gdzie okostna zewnętrzna wyrostka zębodołowego jest choć trochę naciekła, tam wstrzykiwania kokainy próbować nawet nie można, gdyż samo wstrzyknięcie, powiększając napięcie naciekłych i zapalnych tkanek, wywołuje ból bardzo silny. Rozczyny silniejsze byłoby może skuteczne i w tych nawet przypadkach, jednakże stosować ich nie można ze względu na możliwość zatrucia.

Streszczając powyższe, jako złe strony kokainy zaznaczyć musimy:

1) możliwość zatrucia, nawet przy stosowaniu słabych (1%) roztworów w ilo-

ści nie większej nad 1 grm. roztworu (0,01 kokainy); 2) niepewne działanie możliwych do stosowania w praktyce roztworów przy wyjęciu zębów z koronami, zwłaszcza przy zapaleniu ozębnej, nawet i w lżejszych stopniach; 3) niemożliwość zastosowania przy silniejszych stopniach zapalenia ozębnej, t. j. takich, gdzie jest już nacieczenie na zewnętrznej okostnej wyrostka zębodołowego; 4) kokaina ma jeszcze jedną wadę, o której nie wspominałem powyżej, gdyż osobiście nie zdarzył mi się taki przypadek, lecz na którą to wadę zwracają uwagę inni autorowie. Oto, anemizując tkanki w chwili wstrzyknięcia i bezpośrednio po niej, kokaina zmniejsza krwotok i sprzyja na razie hemostazie, nie uchylając później możliwości obfitego nawet krwawienia ¹⁾).

Wobec powyższych wad chlorku etylu i kokainy, będąc wogóle zwolennikiem anestezji miejscowej, bardzo chętnie zabrałem się do prób z eukainą, skoro tylko przeczytałem pierwsze o niej sprawozdania.

Doświadczenia moje z eukainą streścić mogę w sposób następujący. Ogółem stosowałem eukainę (w praktyce prywatnej) u 83-ch pacjentów: z tych 76 razy w postaci wstrzykiwania w dziąsło przy wyjęciu zębów, 7 razy w innych, niżej wymienionych okolicznościach. Wiek chorych wahał się pomiędzy 8—60 latami. Stosowałem tylko eukainę krystalizowaną z wody. Przy wyjmowaniu zębów używałem roztworu 10%, 5% lub 2%, w pozostałych przypadkach tylko 5%. Z 10% roztworem zrobiłem u 16-tu chorych 27-ekstrakcji. Dawka eukainy u tych chorych nie przekraczała na raz jednej strzykawki PRAWAZ'a = 0,1 eukainy (do wyjęcia pnia potrzeba wstrzykiwać mniejwięcej $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ szpricy, do zęba całego — $\frac{1}{2}$ strzykawki do całej). U jednej tylko pacjentki przy wyjęciu 5-iu pni i zębów i operacji torbieli 1 wyszło mi około dwóch strzykawk. Objawów otrucia ogólnego w postaci omdlenia, mrowienia w kończynach, ściskania w gardle i t. d., jak to się zdarza przy kokainie, nie spostrzegałem w żadnym przypadku. Pewne działanie ogólne widziałem tylko w tym jednym wyżej wspomnianym przypadku, w którym wstrzyknąłem blisko dwie strzykawki. Pacjentka, osoba lat dwudziestu kilku, podczas samej operacji wpadła w stan pewnego odurzenia ogólnego: nie blednąc i nie mając wyglądu śpiącej, zachowywała się podczas operacji (5 wyjęć zębów, resekcja ścian kostnych i wyskrobanie torbieli) zupełnie spokojnie, po operacji zaś oświadczyła, że nie tylko bólu żadnego nie czuła, ale nawet nie wie, co się z nią działo. Tętno przez cały czas było równe, silne, nie przyśpieszone, co kontrolowałem łącznie z kolegą R., który przy operacji był obecny. Naza jutrz oświadczyła mi pacjentka, że miała po operacji dotkliwy ból głowy i wymioty, co zresztą, po dobrze przespanej nocy, przeszło zupełnie. U tej jednej tylko chorej były objawy ogólne, u innych, jak powiedziano powyżej, pomimo zastrzyknięcia 10% roztworu, zmiany stanu ogólnego nie było.

Co do siły znieczulenia, to we wszystkich przypadkach, w których wstrzykiwałem roztwór 10%, znieczulenie było zupełne, w dwóch nie została zauważona chwila wyjęcia zębów; 10 ze rwanych zębów było z koronami, w tem dwa przypadki z zapaleniem ozębnej, acz niezbyt silnem. U kilku chorych, u których było kilka pni, ewent. zębów do wyrwania, w celu porównania, do jednego zęba zastosowałem eukainę, do drugiego kokainę (1%). Przy pierwszej znieczulenie było bez porównania lepsze, co zresztą jest bardzo naturalne wobec większego stężenia roztworu. Sam akt wstrzyknięcia przy eukainie nie był bolesniejszy, niż przy kokainie.

¹⁾ ROSENTHAL M. Des hémorrhagies consec. à l'extr. des dents. Paris, 1896.

Spuchło po operacji chorych trzech²⁾; z tych jedna wyżej wspomniana, której w celu wyjęcia zęba oraz kilku sąsiadujących pni i otwarcia torbieli wstrzyknięto około dwóch szpryc (u tej były objawy ogólne), spuchła bardzo, pozostałych dwoje lekko. Nie spuchło z tych 16-tu chorych, u których wstrzykiwałem 10% roztwór—7; niewiedomo— spuchło czy nie spuchło— 6.

Otrzymawszy w jednym przypadku objawy ogólne, acz nie niebezpieczne, zacząłem następnie stosować roztwór 5%, o którym mogę powiedzieć co następuje. Ogólna liczba pacjentów, u których stosowałem przy ekstrakcji 5% roztwór — 47. Objawów ogólnych nie spostrzegałem ani u jednego (dawki jednej szprycy na raz—0,05 eukainy—nie przekroczyłem w żadnym przypadku).

Znieczulenie przy 5% roztworze w 41 przypadkach otrzymałem bardzo dobre, nie gorsze niż przy roztworze 10%, i to zarówno przy pniach, jak i zębach całych, pomiędzy tymi w 9-iu przypadkach zapalenia ozębnej, z których w 5-iu było nawet ograniczone nacieczenie zapalne w zewnętrznej okostnej wyrostka zębodołowego. W sześciu przypadkach znieczulenie było niedostateczne, z tych w czterech z powodu niemożliwości dokładnego wstrzyknięcia z przyczyny warunków miejscowych, w dwóch zaś z powodu wysoko posuniętej sprawy zapalnej (dziąsło nacieczone w całości). Spuchło pacjentów drugiej kategorii (5% roztwór) 6-iu, z tych 2-ch silnie, 4-ch lekko. Nie spuchło, o ile mi wiadomo, 20-tu; o 21 wiadomości nie mam. Jeden z pacjentów, którzy spuchli silnie, był to 16-letni chłopiec, któremu wyjmowałem 5 (drugi mały trzonowy po stronie lewej u góry) ze zmartwiałą pulpą. Przy wstrzykiwaniu po stronie językowej, igła, dość cienka, weszła tu bardzo głęboko, prawdopodobnie w zębodół wzdłuż zęba. Pacjent ten wcale chwili wyjęcia zęba nie zauważył, po zastrzyknięciu zaraz i pewien czas jeszcze po wyjęciu zęba doznawał uczucia zdrgwienienia w całej lewej połowie szczęki górnej; obiektywnie wykryć się dało znieczulenie błony śluzowej, pokrywającej ten odcinek szczęki. Druga pacjentka, która spuchła silnie, była to 30-letnia kobieta, której rwałem pieńki 6 z powodu lekkiego zapalenia ozębnej.

Przy obu z omawianych kategorii, to jest w tych przypadkach, w których wstrzykiwałem roztwór 10% i roztwór 5%, opuchnięcie, jakie spostrzegałem u pewnych pacjentów wskutek zastrzyknięć, kwalifikowałem raz jako silne, drugi raz jako lekkie. Pierwsze w pierwszej kategorii zdarzyło się jeden raz, w drugiej dwa razy; ostatnie w pierwszej kategorii dwa razy, w drugiej 4 razy.

Spuchnięcie to muszę nieco omówić, gdyż bądźco bądź stanowi ono objaw bardzo nieprzyjemny i, o ile mi wiadomo, w Niemczech uważane jest za wielką przeszkodę do rozpowszechnienia się eukainy. Obrzmieniem silnem nazywam takie, które przy spojrzeniu na pacjenta odrazu rzuca się w oczy. Takie spuchnięcie spostrzegałem z 63-ch pacjentów obu omawianych wyżej kategorii trzy razy (nb. o 27-iu pacjentach nie miałem po wyjęciu zębów wiadomości). Obrzmienie zatem silne, o ile sądzić można z tak małej liczby przypadków, zdarza się mniej więcej w 10% przypadków. Obrzmienie to zajmuje części miękkie odpowiedniego odcinka twarzy, jest zupełnie niebolesne, skóra na częściach obrzmiałych zachowuje barwę prawidłową, gruczoły chłonne podszczękowe pozostają niepowiększone. Obrzmienie to trwa około 3—4 dni, poczem ustępuje samo przez się i bez śladu, dla pacjenta uciążliwe jest o tyle tylko, że go trochę szpeci. Obrzmieniem lekkim nazywam takie, które

²⁾ O naturze spuchnięcia patrz poniżej.

dojrzeć można zaledwie po dobrem wpatrzeniu się w twarz pacyenta, lub też którego zzewnątrz prawie wcale nie znać, widoczne jednak jest ono od wewnątrz, jako obrzmienie błony śluzowej policzka. Takie spuchnięcie spostrzegalem z ogólnej liczby 63 przypadków obu kategorii u 6 pacjentów.

Właściwy bilans spuchnięć dla obu kategorii przedstawia się tak:

Kateg. I (10% roztw.).		Kateg. II (5% roztw.).	
obrzemie silne . . .	1	obrzemie silne . . .	2
„ lekkie . . .	2	„ lekkie . . .	4
„ nie było . . .	7	„ nie było . . .	20
niewiadomo . . .	6	niewiadomo . . .	21
16		47	

Rubryka „niewiadomo“ wynosi dla obu kategorii przypadków 27. Ilość ta jednak nie powinna przemawiać na niekorzyść eukainy, gdyż wielu pacjentów, szczególnie w początkach stosowania eukainy, przez zapomnienie nie uprzedzałem o możliwości opuchnięcia. Gdyby więc spuchli, to zapewne strach znaczną część ich przepędziłby do mnie powtórnie.

Na ostatnim zjeździe niemieckich lekarzy i przyrodników we Frankfurcie nad Menem robiono eukainie zarzuty ³⁾, że jakoby po zastosowaniu jej w postaci wstrzykiwań w dziąsło, zdarzają się przypadki zgorzeli kanałów od wkłucia igły, a nawet i całego odpowiedniego odcinka dziąsła. Objawy podobne w postaci zgorzeli rąbka dziąsła spostrzegalem raz jeden po wyjęciu zęba, nie mogę jednak powiedzieć, aby zgorzel ta zależała od eukainy; mogła być ta zgorzel równie dobrze skutkiem uszkodzenia dziąsła przy wyjęciu zęba. Gangreny kanałów od wkłucia igły nie spostrzegalem ani razu. Widziałem wprawdzie w jednym przypadku, w 24 godziny po wyjęciu zęba, na spuchniętym dziąśle małe, żółtym nalotem pokryte owrzodzenia, jednakże twierdzić nie mogę, aby owrzodzenia te, które zresztą prędko się zagoiły, powstały wskutek zgorzeli. Powstanie owrzodzeń tych daje się wytłumaczyć tem, że ranki od wkłuc igły na dziąśle opuchniętym uległy rozszerzeniu i pokryły się nalotem, który na ranach w jamie ustnej do codziennie spotykanych objawów należy. Tu dodać muszę, że spuchnięcie dziąsła zdarza się po zastrzyknięciu eukainy wcale nie często, nawet w tych przypadkach, w których odleglejsze tkanki (policzek) uległy opuchnięciu. Najczęściej, można powiedzieć, prawie zawsze, dziąsło po zastrzyknięciu eukainy zachowuje wygląd zupełnie prawidłowy, rany zaś po wyjęciu zęba goją się zawsze, nawet w przypadkach rozległych opuchnięć, zupełnie prawidłowo.

Jakkolwiek zgorzeli dziąsła, któraby zależała niewątpliwie od eukainy, nie spostrzegalem ani razu, nie mogę jednak zaprzeczyć możliwości takiego faktu. Wobec niewątpliwie miejscowo drażniących własności eukainy, zgorzel możebna jest w tych przypadkach, w których zbyt prędkim i gwałtownym wstrzykiwaniem dziąsło, że tak powiem, mechanicznie roznieśmy.

5% roztwór stosowałem jeszcze w jednym przypadku jako wstrzyknięcie śródskórne przy przecinaniu ropnia, raz jako wstrzyknięcie w dziąsło przy częściowej resekcji wyrostka zębodołowego z powodu bólu po wyjęciu zęba, 4 razy jako pendzlowanie dziąsła przed przypalaniem tegoż, raz jako pendzlowanie przy przecinaniu i owalnym wycięciu ścian ropnia na podniebieniu twardem.

³⁾ Zahnaerztl. Rundschau r. b. N. 229. Str. 2559.

We wszystkich przypadkach skutek był bardzo zadawalający. Przed pendzlowaniem zawsze błonę śluzową starannie wysuszałem. Ma się rozumieć, żaden z chorych, u których stosowałem eukainę w postaci pendzlowań, nie spuchł, gdyż zdarza się to tylko po wstrzykiwaniach, i to, jak wyżej wyłuszczone, nie zbyt często. Dodać tu muszę, że w razie wstrzyknięć, dżiąseł po operacyi, jak to radzi KIESEL i WOLFF, nie kłuję, eukainy nie wyciskam, gdyż to nie zdaje mi się prowadzić do celu. Wyciskaniem możemy raczej rozegnać eukainę po szerszej przestrzeni i obrzęk przez to uczynić rozleglejszym. Obrzmienie uważam nie jako skutek zakażenia, gdyż w takim razie równie często powinoby ono zdarzać się i przy zastrzykiwaniach kokainy, co tu, acz się zdarza, należy do wielkich rzadkości ⁴⁾; obrzmienie uważam raczej za skutek swoistego działania eukainy.

Roztwór 2% stosowałem przy ekstrakcyi w przypadkach 13-tu; tego stężenia roztwór nie zawsze daje znieczulenie dobre, i wogóle, co do siły swego działania, porównany być może do 1% roztworu kokainy. Obrzmienia w ostatniej kategorii przypadków (2% roztwór eukainy) nie spostrzegałem ani razu; 2% roztwór wreszcie, jako mniej pewny w działaniu, zarzuciłem obecnie zupełnie.

Wynik doświadczeń moich z eukainą streścić mogę w sposób następujący. 1) W eukainie zyskaliśmy bardzo cenny środek do znieczulenia miejscowego, a to ze względu na brak ogólnego działania w potrzebnych w praktyce dawkach i doskonałą siłę znieczulającą. 2) Nie należy i nie potrzeba używać rozczyń silniejszych nad 5%. Dawki 0,05 przekraczać nie należy, mając na względzie przypadek HÖRSTEL'a i małą jeszcze wogóle znajomość środka. 3) 5% roztwór eukainy znieczula znacznie silniej niż 1% roztwór kokainy. Zapomocą wstrzykiwań 5% roztworu daje się osiągnąć doskonale znieczulenie nawet przy rwaniu zębów z ostrem zapaleniem ozębnej, nb. o ile towarzyszące temuż nacieczenie w okostnej wyrostka zębołowego jest ograniczone na tyle, że pozostawia wolne miejsce do wkłucia igły w tkankę zdrową, zapaleniu jeszcze nie podległą. 4) Przed zastrzyknięciem eukainy należy zawsze chorego uprzedzić o możliwości nieszkodliwego zresztą obrzmienia policzka, ewentualnie, jeżeli chory możliwości tej nie akceptuje, eukainy nie zastrzykiwać. 5) Przy posuniętych zapaleniach ozębnej, gdzie dżiąsło na znacznej już przestrzeni jest nacieczone, wstrzyknięcie eukainy jest bardzo bolesne, skutek zaś więcej niż wątpliwy.

Na zakończenie pozwolę sobie dodać kilka słów o technice wstrzykiwań śródżiąsłowych wogóle. Wstrzykiwania te są znacznie trudniejsze, niż wstrzykiwania w skórę lub tkankę podskórną, a to, po pierwsze, wskutek cienkości dżiąsła, po drugie — wskutek nader zbitego jego utkania. Cienkość dżiąsła bywa powodem tego, że przy niedość wprawnem wbijaniu lub złej igły, koniec tejże wychodzi w drugim miejscu nazewnątrż; udanie się wstrzyknięcia jest wtedy wątpliwe, nawet przy ponownem, udatniejszym wkłuciu igły, gdyż wstrzykiwany płyn przez pierwszy otwór będzie uciekał.

Zbitość utkania dżiąsła wymaga użycia dużej siły przy wstrzykiwaniu, ona też będzie powodem uciekania płynu, jeżeli przy zastrzykiwaniu niefortunemi wkłuwaniem dżiąsło poprzednio podziurawimy. Dwa te warunki — cienkość dżiąsła i zbitość jego utkania — wymagają specjalnych przymiotów ze strony strzykawek, do wstrzykiwań dżiąsłowych używanych. Mianowicie, igła strzy-

⁴⁾ DUCHESNE. Oedème des paupières consecutif à une injection de chlorhydrate de cocaine pour l'extraction d'une dent. Revue de Stomat. p. 124. 1896 r.

kawki nie powinna być za gruba, ostry zaś jej koniec nie powinien być zbyt śpiczasto zeszlifowany. Dalej, igła, obok wyżej wymienionych przymiotów, powinna być tak zahartowana, aby przy należytej twardości była giętą i elastyczną, co jest niezbędne ze względu na szczupły teren, w jakim manipulować musimy. Tanie szpryce niemieckiego wyrobu nie nadają się do tego celu zupełnie. Lepszą już strzykawkę COLLIN'a, choć igły ich nie mają dostatecznej elastyczności i hartu. Ze względu na siłę, którą musimy wywierać na tłok w celu wpędzenia płynu w zbite i twarde dziąsło, musi być szpryca mocno w rękę trzymana; w tym celu strzykawka przy nasadzie swej podstawowej powinna mieć ramiona poprzeczne. Następnie zwykła strzykawka PRAWAZ'a niedogodna jest i z tego względu, że mała jej długość zmusza do tego, że rękę manipulującą wkładać musimy poprostu w jamę ustną pacjenta i tu cały akt wstrzykiwania wykonywać.

Do wstrzykiwań dziąsłowych nadaje się najlepiej t. zw. strzykawka BLECHSTEINER'a, która ma ramiona poprzeczne przy nasadzie, a koniec, na który się wsadza igłę, wydłużony i zgięty w kształcie bagnetu. Przy takiej strzykawce ręka wstrzykująca zawsze pozostaje nazewnątrz jamy ustnej. Ma się rozumieć, że tłok strzykawki musi być bez zarzutu. Jeżeli tłok choć cokolwiek przepuszcza wodę, wtedy już strzykawka zupełnie na nic przydać się nie może. Dobrych strzykawek dostać można w magazynach dentystycznych; ja osobiście kupuję u Ash & Sons w Berlinie.

Samo przez się rozumie się, że wstrzykiwania robić należy powoli, aby dać czas wstrzykiwanemu płynowi do równomiernego rozejścia się po tkance. Wstrzykiwaniem zbyt prędkim i gwałtownem dziąsło uszkadza się mechanicznie, co może mieć złe skutki, zwłaszcza przy eukainie, jak wyżej zaznaczono. W przypadkach, w których jest nacieczenie na okostnej wyrostka zębodołowego, wstrzykiwania wykonywać należy jeszcze wolniej i ostrożniej, aby nie powiększać odrazu napięcia tkanek zapalnych, a pozwolić z początku po-
działać na nie pierwszym kroplom wstrzykniętego leku.

LITERATURA.

- 1) Gaetano VINCI. Ueber ein neues locales Anaestheticum, das Eucain. Archiv f. path. Anat. und Physiol. Herausg. v. Rudolph VIRCHOW. B. 145. Heft. I, p. 78. r. 1896, — i Gaetano VINCI (Messina). Ueber Eucain, ein neues locales Anaestheticum. Berliner klinische Wochenschrift. N. 27, r. 1896.
- 2) B VOLLERT. Münch. med. Woch. N. 22, r. 1896.
- 3) BEST. Eucain in der Augenheilkunde. Deutsche Medicinische Wochenschrift. N. 36, r. 1896.
- 4) KIESEL. Eucain. Ein neues lokales Anaestheticum. Zahnaerztliche Rundschau. N. 196, r. 1896. Zahntechnische Reform. N. 6, 1896.
- 5) WOLFF. Ueber Eucain in der zahnaerztlichen Praxis. Os. odb.
- 6) HOERSTEL. Bedrohliche Erscheinungen nach einer Eucain-Injection. Zahnaerztl. Rundschau. N. 217. 1896 r.
- 7) HELLER. Eucain. Zahnärz. Rundschau, N. 218, r. 1896.
- 8) van BRACHT. Eucain oder Cocain. Zahnaerztl. Rundschau, Nr. 219, 1896 r.

Przyczynę do etyologii i symptomatologii wiądu rdzenia,

podał Aleksander Tumpowski.

(Dok.—Zob. N. 51).

II. Symptomatologia wiądu przedstawia jedną z najlepiej opracowanych kart patologii szczegółowej; pomimo to istnieją w niej jeszcze strony godne omówienia, które też poruszymy niżej, o ile materiał nasz dostarcza danych ku temu. W większości przypadków pierwszym objawem wiądu są bóle. LEIMBACH ¹⁶⁾ na podstawie 400 przypadków z kliniki ERB'a podaje, iż w 88,25% przypadków istnieją charakterystyczne bóle drążące (*lancinirende*). O ile sądzić możemy z naszego materiału, liczba ta jest wyjątkowo wielką; wśród naszych chorych najwyżej u połowy znaleźć mogliśmy bóle, które nazwałby można było charakterystycznymi, t. j. posiadającymi poważne znaczenie rozpoznawcze. Mianowicie, na ogólną liczbę 257 przypadków, tylko w 225 t. j. w 87,5% występowały bóle, lecz z tych tylko w 112 przypadkach (43,5%) były one mniej lub więcej charakterystyczne ¹⁷⁾. Zresztą pytanie o charakterystyczności bólów jest niełatwe do rozstrzygnięcia, gdyż bóle te bywają nader różnorodne i trudno jest podać ich definicyę, któraby odpowiadała wszystkim przypadkom wiądu. Jakkolwiek istnieją niewątpliwie, jak twierdzi GOWERS, przypadki wiądu, w których jedynym objawem są bóle ¹⁸⁾, wątpię jednak, czy najcharakterystyczniejsze nawet bóle są o tyle patognomiczne, by same przez się wystarczały do postawienia pewnej dyagnozy wiądu. Każdy z klinicystów, posiadających większy materiał, napotykał bezwątpienia chorych, których cierpienie pierwotnie wydawało się neuralgią (najczęściej neuralgią *n. ischiadici*), reumatyzmem i t. p., następnie zaś ze zjawieniem się innych objawów rozpoznany został wiąd rdzenia, kryjący się pod mniemaną neuralgią lub reumatyzmem. Bóle wszelako mogą być o tyle charakterystyczne, iż obecność jednego jeszcze, choćby samego przez się niezbyt ważnego objawu, np. parestezyi, zaburzeń wydalania moczu i t. d., wystarczyć może do rozpoznania początków wiądu. Następująca charakterystyka bólów, która służyła nam za podstawę przy otrzymaniu wyżej przytoczonych liczb o częstości bólów charakterystycznych, opiera się w całości na naszym materiale.

Charakterystyczne w powyżej przytoczonym znaczeniu dla wiądu bóle bywają rozmaitego natężenia; często są one tak silne, że przeszkadzają choremu

¹⁶⁾ LEIMBACH. Statistisches zur Symptomatologie der Tab. dors., w Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde 1895. Band 7, Heft 5 i 6.

¹⁷⁾ W pozostałych przypadkach o bólach wznitanki niema. Że istnieją tabetycy, którzy nigdy żadnych bólów nie doznają, nie ulega wątpliwości, jakkolwiek zdarza się to dość rzadko. Jest to wiąd bez bólów — *tabes indolens*.

¹⁸⁾ Stan ten nazywa GOWERS neuralgią tabetyczną.

spać; często wszakże dopiero po kilkakrotnym rozpytywaniu chory przypomina sobie, iż cierpiał na słabe bóle w postaci chwilowych, zmieniających miejsce szarpnięć; tutaj należy też zaliczyć t. zw. reumatyzm latający, bardzo charakterystyczny pomimo słabego natężenia bólów. Zjawiają się one bez określonych powodów, niekiedy zależnie od zmiany pogody, wysiłków nadmiernych, przeziębienia i t. p. Chorzy określają swe bóle, jako drążące, świdrujące, błyskawiczne, łupające, drące, jak od iskry elektrycznej. Są one krótkotrwałe, szybkie, ograniczone do małej przestrzeni skóry; trzymają się określonego punktu przez czas względnie krótki (niekiedy tylko chwil kilka, często jednak po pół godziny i dłużej); przeskakują z miejsca na miejsce, wracając jednak często do miejsc pierwotnych. Zwykle napadają one chorego seryami, trwającami od kilku godzin (albo mniej) do kilku dni, po upływie których znikają na pewien przeciąg czasu. Podczas bólów zjawia się często kroć nadczułość skóry w miejscu bolesnem, która może też pozostać i po przejściu bólów; w niektórych wszakże przypadkach, dość rzadkich zresztą, zjawia się przeciwnie znieczulenie dotykowe albo w obrębie zmysłu bólowego albo ciepłotnego. Niekiedy (również rzadko) w miejscu bolesnem występuje zaczerwienienie skóry lub szybko znikająca wyniosłość; mogą też bóle być połączone ze zwiększoną ciepłotą odpowiedniego odcinka skóry. Najczęstszem umiejscowieniem bólów przy władzie są kończyny dolne¹⁹⁾, niezbyt rzadko wszakże spotykamy się z nimi w kończynach górnych i tułowiu.

Ze wszystkich tych cech najstalszemi wydają mi się dwie: popierwsze, bóle—mocne czy słabe—występują seryami, po których nastaje mniej lub więcej długa przerwa; powtórę, nie trzymają się one jednego miejsca, lecz przeskakują z jednego na drugie. Jeśli napotkamy bóle, łączące kilka z wyliczonych cech, a obok tego pewne dane etyologiczne (przymiot, wiać u innych członków rodziny i t. d.), może się w nas zrodzić uprawnione podejrzenie o poczynającym się wiać rdzenia; gdy bólowi towarzyszy jeden z mniej ważnych objawów seryi wiaćowej [np. zaburzenie czynności moczowych lub płciowych, parestezye, ograniczone znieczulenia bólowe, zdwojenie czucia bólowego (objaw REMAK'a) i t. d.], rozpoznanie nasze staje się już prawdopodobnem; obecność zaś bólów wraz z jednym z ważnych objawów wiaću (objaw WESTPHAL'a, ARGYLL-ROBERTSON'a) czyni rozpoznanie nasze zupełnie pewnem. Wszelkich innych bólów, nie odznaczających się wzmiankowanemi cechami, nie można uważać za charakterystyczne; występują one bardzo często przy wiaću, nie mają jednak same przez się żadnej wartości rozpoznawczej, której nabywają dopiero w połączeniu z innymi objawami.

III. Do początkowych objawów wiaću należy też, jak wiadomo, objaw WESTPHAL'a. LEIMBACH w wymienionej już pracy znalazł objaw ten (jedno- lub obustronny brak, albo wyraźne osłabienie odruchu kolanowego lub Achillesa) w 92% przypadków, nierówność zaś odruchów z obu stron w 4,25%, razem w 96,25% przypadków. Nasze przypadki dostarczają nam danych następujących o zmianach odruchów kolanowych:

brak obu odruchów kolanowych w 178 przypadkach	=	68,4%
brak jednego z " "	13 "	= 5%
osłabienie obu " "	12 "	= 4,6%
nierówność " "	17 "	= 6,6%

¹⁹⁾ Niekiedy bóle sadowią się w przebiegu *n. ischiadici*, co spowodzić może omyłkę rozpoznawczą; kilka tego rodzaju przypadków, o których wspominają też GOWERS i MÖBIUS, znajduje się i w naszym materiale. Wogóle wszakże umiejscowienie bólów w przebiegu jakiegoś nerwu dość rzadko się zdarza.

Wogóle więc zmiany odruchów kolanowych wystąpiły w 220 przypadkach, co czyni 85,6%.

Mniej dokładne są dane nasze o odruchach Achillesa, których zachowanie się podane jest w 116-tu tylko przypadkach; podajemy je w dwóch grupach zależnie od jednoczesnego istnienia lub braku zmian odruchów kolanowych:

Grupa I. Przypadki, w których istnieją zmiany odruchów kolanowych, a zarazem brak odruchu Achillesa z obu stron, wynoszą 97

"	"	"	po jednej stronie	"	6
nierówność odruchów Achillesa					2
osłabienie	"	"			2

Grupa II zawiera przypadki, w których odruch kolanowy jest prawidłowy, a natomiast brak odruchu Achillesa z obu stron w 5 przypadkach

"	"	"	po jednej stronie	"	3	"
nierówność odruchów Achillesa				"	1	"

Godne uwagi są przypadki, zawierające dane o czasie zniknięcia odruchów ścięgniętych. Podajemy je tu w skróceniu. W przypadku pierwszym notowane słabe odruchy kolanowe znikły już po tygodniu. W drugim — 18. IX. 1886 istniały odruchy z obu stron; 17. VI. 1887 odruchy były słabe i nierówne, a 8. VII. 1887 znikły zupełnie. W przypadku trzecim 13. V. 1888 odruchy były nierówne, zaś 19. I. 1889 brak było odruchu po jednej stronie. W czwartym odruchy d. 21. V. 1890 były słabe, a 29. VI. 1890 znikły całkowicie. Wreszcie w piątym przypadku 10. XII. 1887 odruchy kolanowe były wyraźne (brak Achillesa), 25. XII. 1887 odruchy kolanowe słabe, a 30. XII. 1887 nie dały się wywołać zupełnie. W kilku przypadkach napotykalismy też obecność odruchów kolanowych przy braku odruchów Achillesa. Najciekawsze są przypadki z powrotem brakujących poprzednio odruchów, te jednak były już dokładnie opisane²⁰⁾.

IV. Na zakończenie podamy tabliczkę, w której przytoczone są dane liczbowe o innych objawach władu, jakoteż o jego powikłaniach:

brak oddziaływania na światło w obu źrenicach lub jednej 141 razy = 54,8%
słabe oddziaływanie na światło w obu źrenicach . . . 52 „ = 20,2%

nierówność źrenic 88 razy = 34,2%

porażenia mięśni oczu i powiek . . . 56 „ = 21,7%

zanik nerwów wzrokowych . . . 26 „ = 10,1%

zaburzenia w oddawaniu moczu . . 88 „ = 34,2%

zaburzenia czynności płciowych . . 38 „ = 14,8%

crises gastriques 15

crises laryngées 8

crises urinaires 2

crises rectales 1

} razem 26 = 9,4%

porażenia połowiczne 4

paraplegia 2

anaesthesia n. trigemini 2

paralysis n. facialis 1

paralysis n. ulnaris 1

²⁰⁾ GOLDFLAM. Ueber die Ungleichheit der Kniephänomene bei Tab. dors. (Neurolog. Centralbl. R. 1888 N. 19 i 20), oraz tegoż autora: O powrocie odruchów ścięgniętych w przebiegu władu rdzeniowego (Kronika lekarska 1890). O zjawisku tem wspomina też GOWERS w swym podręczniku chorób nerwowych.

<i>paralysis n. peronei</i>	1
<i>paralysis n. vagoaccessorii</i>	1
<i>affectio n. acustici</i>	2
<i>ophthalmoplegia ext. et int.</i>	1
<i>mal perforant du pied</i>	1
pęknięcie ścięgna <i>m. quadricipitis</i> . . .	1 ²¹⁾
wypadanie zębów	2 ²²⁾
<i>arthropathiae tabeticae</i>	2
wady serca	7
<i>mogigraphia</i>	2
padaczka	1
<i>dementia paralytica</i>	1
obłęd ostry	1

Niewiele różni się od naszych danych liczby, przytoczone przez LEIMBACH'a. Znalazł on zmiany w oddziaływaniu źrenic u 70,25% chorych; włączył tu wszakże przypadki, zaliczone u nas do dwóch pierwszych grup, tworzących razem 75,4%. Zanik nerwu wzrokowego notuje L. w 6,75% swych przypadkach, nasze zaś dane wynoszą 10,1%. *Crises* występują u nas w 9,4%, u LEIMBACH'a tylko w 5,25%. Wady serca odnalazł L. na 300 przypadków 7 razy, gdy u nas powikłanie to występuje tyleż razy na nieco mniejszą ogólną liczbę przypadków. Częstość występowania zaburzeń czynności oddawania moczu i czynności płciowej stanowi u LEIMBACH'a 80,5% i 58,25%, odpowiednie zaś liczby w naszych danych wykazują 34,2% i 14,8%.

Kończąc pracę niniejszą, składam szczerze podziękowanie Sz. d-rowsi GOLD-FLAMOWI za zachętę i pomoc, jakich mi nie szczędził w mej pracy.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

138 KRÖNIG. **O rzeżączkowym zapaleniu stawów.** W oddziale autora w szpitalu Charité w Berlinie, z pośród chorób stawowych największa odsetka przypada na rzeżączkowe zapalenie tychże.

Dawno już zwracano uwagę na tego rodzaju sprawę chorobową, lecz opisywano głównie postać jej wysiękową, surowiczą. Dopiero od roku 1870 OLLIER, BRUNN, GROSSELIN i inni francuzi zapoczątkowali badania postaci bardziej złośliwych.

Dla wyświetlenia przyczyny zapalenia stawów u chorych na rzeżączkę, badano zawartość tychże pod względem bakteryologicznym. W nieznacznej tylko liczbie przypadków wykazano obecność gonokoków. W oddziale autora, pomimo badań wielokrotnych, ani razu nie wykryto tychże, wyhodowano natomiast paciorkowce i gronkowce, w jednym z przypadków—pneumokoka, a oprócz tego i inne drobnoustroje.

Aczkolwiek i lasecznika gruźliczego tylko bardzo rzadko w zawartości chorych stawów wykrywano, jednak na podstawie danych klinicznych oraz badań anatomo-patologicznych bardzo wyraźną postać chorobową — gruźlicę stawów — wyodrębniło. Radzi tedy autor, krocząc tą samą drogą, bardziej dokładnie zapalenie stawów rzeżączkowe zbadać.

²¹⁾ Było to u chorego z *lues hereditaria et acquisita*.

²²⁾ U jednego z tych dwu chorych odpadł też bez powodu i bez bólu paznokieć z lewego dużego palca u nogi.

DUPRÉ i RECLUS następujące postacie cierpienia tego rozróżniają: 1) postać artralgiczną; 2) wodostek stawowy; 3) zapalenie stawu ostre, wreszcie 4) zapalenie stawu ropne.

Na podstawie spostrzeżeń własnych podaje autor następujący opis choroby. Najczęściej daje się spostrzegać *hydrops articularis*; mocno napięta torebka stawowa zawiera czystą, nieco rozrzedzoną maź stawową; po wypuszczeniu tejże staw nie przedstawia obrzmienia. W następnej postaci zawartość stawu jest zmętniałą wskutek znacznej domieszki ciałek ropnych i błonek oraz strzępów włókniaka, zaś torebka stawowa mniej lub bardziej zgrubiała. Ropne zapalenie stawu stanowi postać trzecią. W postaci czwartej, najcięższej, obok wysięku w stawie zjawia się flegmonowe obrzmienie torebki stawowej, taka sama sprawa chorobowa w tkankach staw otaczających, a więc w więzach, ścięgnach oraz torebkach tychże i t. d.; staw przybiera kształt wrzecionowaty, jak to spostrzega się i przy gruźlicy, i odznacza się niezwykłą bolesnością. Przy nacięciu, wewnątrz stawu znajdujemy nieznaczną ilość płynu, natomiast w obfitości włókniak; więzy, włókniakiem nacieczone, sadłowato wyglądają. OLLIER spostrzegał na powierzchni chrząstek stawowych suchy, szary włókniak; samą sprawę chorobową nazwał *arthritis pseudo-membranacea*. Ostatnim aktem sprawy chorobowej jest zeszywnienie stawu. Postacie, przez autorów francuskich jako artralgiczne opisywane, uważa autor za pozostałość po jakiejś już przebytej poprzednio innej postaci, która zrosty, ból przy każdym ruchu powodujące, pozostawiła.

Istnieją tedy: 1) *hydrops articularis*, 2) *hydrops articularis sero-fibrinosus* (*catarrhalis*-VOLKMANN), 3) *empyema articulationis*, 4) *phlegmone articulationis* (*arthritis pseudo-membranacea*—OLLIER).

Zazwyczaj wodostek stawu pochodzenia rzeżączkowego jest cierpieniem lekkim, łatwo wyleczyć się dającym. Stosujemy najpierw nalewkę jodową, wężykatoryę, okłady rozgrzewające. Gdy to zawodzi, uciekamy się do nakłucia oraz zastrzyknięcia kwasu karbolowego. Im bardziej mętnym jest wysięk, tem bardziej niezbędnem staje się leczenie czynne, a więc cięcie i drenowanie stawu.

Trudne zadanie do spełnienia mamy przy leczeniu czwartej postaci cierpienia. Uzewnętrznia się ono obrzmieniem okolicy stawowej i szybko występującą nieruchomością wskutek nacieczenia więzów i ścięgien. Skutki cierpienia są nader smutne: sztywność stawu już to wskutek przykurczeń zewnątrzstawowych, już to zrostu stawowych końców kości—bezpośredniego lub zapomocą zorganizowanego włókniaka. Częstokroć pozbawione chrząstki kości zrastają się tak szczelnie, że ztraca się pojęcie o zanikłym stawie. Sprawy te idą bardzo szybko; objawy ogólne i miejscowe mogą pozostać przytem nader mało niepokojącymi.

Podobne cierpienie stawu widywał autor, prócz u chorych na rzeżączkę, jedynie przy zakażeniu pługowem; w przypadkach takich spostrzegano: 1) ropne a więc czysto przerzutowe zapalenie stawów i 2) zeszywniające staw w bardzo krótkim przeciągu czasu oraz prawie bez kropli wysięku przebiegające. Tę ostatnią postać zalicza autor do cierpień pochodzenia rzeżączkowego.

Sztywnienie stawu tłumaczy autor w sposób następujący. Włókniak, wewnątrz stawu zawarty i jadowitym płynem przepojony, niszczy bardzo prędko chrząstki stawowe i powierzchnie kości, a gdy zakażenie znika, daje zrost najpierw łącznotkankowy, a następnie kostny. Gdy dokoła stawu nagromadzone są ścięgna ze swojemi pochwami, *phlegmone* szerzy się wzdłuż tychże; tam, gdzie leżą pod nimi drobne kostki, jak to ma miejsce w napiętku, mogą uleść te ostatnie zgorzeli, jak gdyby same ciężkie zapalenie szpiku przebyły. Wskutek kurczenia się ścięgien,

jeżeli w swoim czasie o odpowiedniej opasce nie pomyślano, skrzywienie stawu jest nieuniknione.

Przy leczeniu tego rodzaju przypadku, gdy stwierdzamy wysięk w stawie, robimy nakłucia i zastrzykiwania kwasu karbolowego. Rozwojowi flegmony do-kołastawowej jaknajenergicznijszem stosowaniem nalewki jodowej na skórę zapobiegamy, nie krępując się najmocnijszem nawet podrażnieniem tejże. Gdy skóra wygląd pergaminu przybiera, pendzlować zaniechać wypadnie. Następnie jaknajwiększy spokój choremu stawowi zapewniamy jużto zapomocą opaski unieruchamiającej, jużto przyrządy wyciągające stosując; te ostatnie są bardziej skuteczne, gdyż, odsuwając od siebie obnażone powierzchnie tegoż, łączniej zrastaniu się tychże zapobiegają.

Chorego z już sztywnym stawem zapomocą X—promieni RÖNTGEN'a obejrzyć wypada. Znajdując, że kości nie są bezpośrednio ze sobą zrosnięte, bądź to na drodze gwałtownej w uspieniu chloroformowem, bądź t o łagodnie, zapomocą mięsienia i gimnastyki, znaczną korzyść choremu przynieść jesteśmy w stanie.

(*Deutsche med. Wochenschr.* 1896, N. 47). *A. Leśniowski.*

139. G. ZUELZER. **O związkach alloksurowych*) w moczu przy zapaleniu nerek.** Z chwilą ogłoszenia przez HORBACZEWSKIEGO hipotezy, że kwas moczowy i zasady alloksurowe wytwarzają się przy rozpadzie nukleiny, zajęto się bliżej owymi wytworami przemiany, charakteryzującymi nam natężenie rozpadu nukleiny w ustroju. Dotychczasowe dane, otrzymane zapomocą wielce użytecznej i łatwej metody WOLFF'a i KRUEGER'a, dotyczą tylko niektórych chorób (gorączkowe, skażenie mocznicowe, białaczka i inne). Autor określał związki powyższe wyłącznie przy zapaleniu nerek. Według KOLISCH'a wytwory rozpadu nukleiny zamieniają się w nerce człowieka zdrowego głównie na kwas moczowy, i tylko cząstka ich wydziela się w postaci zasad alloksurowych (związków trujących), tak, że przeciętny stosunek tych ostatnich do kwasu moczowego, obliczony według ilości azotu, równa się u zdrowego (α) 1 : 3,82, albo inaczej, stosunek zasad alloksurowych do całkowitej ilości związków alloksurowych (β) = 1 : 4,82. Bezwzględna ilość azotu tych zasad wynosi na dobę 0,04—0,06 grm. Są to liczby zdobyte na podstawie nielicznych badań, stąd też możliwe są tu niemałe różnice, już choćby dlatego, że wydzielanie się kwasu moczowego ulega ogromnym wahaniom osobniczym (UMBER, WEINTRAUD). KOLISCH na mocy swoich danych wyprowadza dosyć śmiałą hipotezę, że nerka jest miejscem wytwarzania się kwasu moczowego; zdanie to uzasadnia on w ten sposób, że 1) bezwzględna ilość związków alloksurowych jest przy zapaleniu nerek prawidłowa, gdy tymczasem 2) stosunek kwasu moczowego do zasad zmienia się: pierwszy wydziela się w nader zmniejszonej ilości na korzyść ostatnich. Wynika stąd, że kwasu moczowego w chorobie BRIGHT'a wydziela się ilość bezwzględnie zmniejszona. Gdyby więc wnioski te okazały się prawdziwymi, byłby to wielki krok naprzód w fizyologii nerek; dotychczas bowiem wszelkie badania, dotyczące się powstawania w ustroju kwasu moczowego, nie dały zadawalających i stanowczych wyników. Na nieszczęście jednak, inni badacze otrzymali wprost przeciwnie niż KOLISCH wyniki. Już u FRERICH'S'a znajdujemy liczby znacznie większe od przeciętnych KOLISCH'a, mianowicie 0,45 grm. *pro die* kwasu moczowego w zapaleniu nerek. Jeżeli zważywszy, że posiłkowano się wtedy metodą HEINZ'a, która strąca całkowitą ilość kwasu moczowego, to liczba ta nie wyda się tak niską. Podobne dane znajdujemy i u późniejszych badaczy (STADHAGEN, v. ACKEREN),

*) Do związków alloksurowych zaliczamy, prócz kwasu moczowego, jeszcze t. zw. zasady alloksurowe, albo inaczej ksantynowe (ksantyna, hipoksantyna, paraksantyna, guanina, karolina, heteroksantyna, epiksarkina). Ogólna ilość tych ostatnich bywa w moczu nader mała. (Przyp. refer.).

u których znajdujemy 0,45—0,75 grm. *pro die* kwasu moczowego, gdy liczby KOLISCH'a u 6-iu jego chorych wahają się między 0,129 a 0,390. ZUELZER, który swoje badania przeprowadził w klinice v. NOORDEN'a, zbija naukową stronę wniosków swego poprzednika, gdyż niewiadomo, czy liczby powyżej przytoczone są przeciętne, czy też jednorazowe; wreszcie z licznych chorych, badanych w tym kierunku, przytacza KOLISCH dane co do 6-iu, które najwięcej przemawiają za nową teorią. W rażącej sprzeczności z tem są dane, otrzymane przez samego v. NOORDEN'a, a dotychczas jeszcze nie ogłoszone. W okresie poliuryi u dwóch chorych z zapaleniem nerek, liczby te wynoszą na dobę 0,728—0,931 i 0,39—0,71 gramów. Są to tak wysokie liczby, jakich nawet nie spotykamy przeciętnie u zdrowych. W własnych badaniach uwzględnił ZUELZER nie tylko bezwzględną ilość kwasu moczowego, lecz i stosunek jego do zasad alloksurowych, na którym właściwie buduje swoje wnioski KOLISCH. Do strącania białka stosował autor gotowanie moczu z dodaniem lub bez dodania kilku kropel kwasu octowego, a nie, jak radzi SALKOWSKI, gotowanie + kwas octowy + chlorek sodu. Ta ostatnia metoda dała mu prawie zawsze wyniki paradoksalne: po odfiltrowaniu bowiem białka, w przesączu okazywało się więcej samego kwasu moczowego, niż związków alloksurowych wogóle (t. j. kwasu moczowego i zasad alloksurowych); zjawisko to, jak się autor wielokrotnie przekonał, zależało od domieszki chlorku sodu, która przeszkadza zupełnemu osadzaniu się późniejszemu związków alloksurowych zapomocą siarczanu miedzi i kwaśnego siarkanu sodu. Chorzy, u których badano mocz, otrzymywali możliwie jednakowe pokarmy, a badania same dotyczą zarówno różnych postaci zapalenia nerek, jak i różnych okresów zapalenia ostrego.

Wnioski, jakie autor z załączonej do swej pracy tablicy wyprowadza, są następujące: 1) zgodnie z wnioskami poprzednich autorów, a wbrew KOLISCH'owi, ilość kwasu moczowego w chorobie BRIGHT'a bywa najczęściej prawidłowa; 2) również i stosunek kwasu moczowego do zasad alloksurowych nie ulega zmianie w duchu KOLISCH'a (zwiększenie zasad), gdyż w 6-iu naprzykład razach autor nie znalazł wcale zasad alloksurowych, w innych zaś bardzo mało.

(*Berl. klin. Wochenschr.* N. 4. 1896).

L. Knaster.

140. B. LEVY. **Leczenie bólu głowy błękitem metylenowym.** Przed kilku laty P. EHRLICH zalecał błękit metylenowy, jako środek przeciwko zimnicy oraz sprawom neurytycznym. Kojące działanie tego środka potwierdził następnie IMMERWAHR, według którego błękit metylenowy okazał się skutecznym przy nerwobólu nerwu trójdzielnego, migrenie, bólu głowy, gośćcu mięśniowym i t. d. Na zasadzie kilkunastu spostrzeżeń własnych autor przychodzi do wniosku, iż posiadamy w barwniku tym środek w wielu razach bardzo skuteczny, usuwający bóle nie tylko chwilowo, lecz i na czas dłuższy, i którego działanie lecznicze sięga dalej, niż pierwotnie przypuszczano. Stosował on błękit metylenowy w przypadkach nawykowego bólu głowy i migreny. W celu uniknięcia opisanego przez EHRLICH'a podrażnienia pęcherza moczowego, dodawano orzech muszkatowy (Rp. *methylenblau Merck, nucis moschatae pulv. aa 0,1, mfp. dtd. N. 10, ad caps. gelat. S. 4* proszki dzienne). Podrażnienie pęcherza nie było w żadnym przypadku notowane, w kilku tylko razach spostrzegano niebolesne parcie. Już w pół godziny po zażyciu lekarstwa mocz bywał zabarwiony na kolor ciemno-niebieski, rzadziej ciemno-zielony, które to zabarwienie znikało dopiero po 2—8 dniach. Działanie więc środka jest dość trwałe. We wszystkich przypadkach, w których błękit metylenowy okazywał się skutecznym, działanie było widoczne już po pierwszej dawce. Chorzy brali cały gram, zdaje się jednak, iż 0,4 najzupełniej wystarcza do otrzymania

trwałego wyniku. Najlepsze wyniki otrzymał autor u czterech kobiet, dotkniętych nawykowym bólem głowy.

Działanie błękitu metylenowego jest tu wprost zadziwiające. Nie będziemy przytaczali szczegółowo historii chorób. Ból głowy, umiejscowiony w potylicy, bywał u chorych tych tak wielki, iż niektóre usiłowały samobójstwem uwolnić się od cierpień. Szczegółowe badanie narządów wewnętrznych nie wykrywało w nich żadnych przyczyn choroby. Wszelkie też stosowane środki zawodziły. Zastosowany na próbę błękit metylenowy dał wyniki nieoczekiwane. Bóle szybko ustępowały, aby więcej nie wrócić. Zdawało się, iż barwnik ten działa tu jako specyfik. W innym przypadku, w którym bóle głowy występowały napadowo w połączeniu z zawrotami głowy, błękit metylenowy okazał się bezskutecznym. W przypadku tym, zdaje się, mieliśmy raczej do czynienia z padaczką, niż z „czysto nerwowym bólem głowy“. Okazuje się więc, iż błękit metylenowy nie zawsze działa. W każdym danym przypadku należy wpierw wyjaśnić, czy nawykowy ból głowy sam jest chorobą, czy też objawem innej choroby (przymiot, cierpienie nosa, nerek i t. d.). Wynik dodatni otrzymał autor również w przypadku neurastenii z bólami, umiejscowionymi przeważnie w głowie. Z dwóch przypadków migreny (*h. angiospastica*), leczonych przez autora, dodatni wynik otrzymano tylko w jednym. Ulga widoczną była tylko wtedy, gdy chora zaczynała zażywać proszki w początkach napadu (3 proszki po 0,1 co 2 godz.). Do wymiotów zwykle nie dochodziło. Nadmienić wypada, iż pod wpływem leczenia napady stały się o wiele rzadsze. Z pozostałych spostrzeżeń zanotujemy, iż nie zauważono ubocznego działania u chorej, która przed kilku laty przebyła nieżyt pęcherza (zdaniem EHRLICH'a błękit metylenowy niekiedy drażni pęcherz), oraz u innej chorej, dotkniętej zwyrodnieniem mięśnia sercowego; że więc stany te nie mogą być uważane jako przeciwwskazanie do stosowania błękitu metylenowego. Jedynie nieprzyjemnym dla chorych objawem jest zabarwienie moczu.

Na podstawie powyższych spostrzeżeń autor zaleca błękit metylenowy przy migrenie, neurastenii, a przede wszystkim przy nawykowym bólu głowy.

(*Berlin. klin. Wochenschr.* N. 45. 1896).

F. Sachs.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 24 listopada r. b.

TREŚĆ: 1) ELZENBERG — Przyczynek do etyologii pryszczycy. 2) PRZEWÓSKI — Zmiany anatomiczno-patologiczne przy eklampsji. 3) KJEWSKI — O pneumatomiach przy ropniach płuc.

1) Kol. ELZENBERG mówił o postaci pryszczycy przewlekłej, podobnej w pierwszych okresach swego rozwoju do liszaja wyłysiającego (*herpes tonsurans*), skutkiem czego mówca nazywa ją *eczema en plaques*, i przedstawił odnośnego chorego. Już dawniej przypuszczano pasorzytniczą naturę tego cierpienia, wszelako grzybek swoisty nie był dotychczas znany. Kol. ELZENBERGOWI udało się wyhodować wykwitów skórnych, u dwóch spostrzeganych na swym oddziale chorych, diplokoki, nieco mniejsze od gonokoków i obdarzone bardzo żywymi ruchami. Najlepiej diplokoki te rozwijają się na agarze glicerynowym w cieplecie 37° — 39°; już po 12 godzinach rozwój zaczyna być widocznym; wkrótce kolonia przedstawia się w postaci białawych, nieco błyszczących kropek, które się rozrastają, zlewają z sobą stopniowo, tracą powoli blask, tworząc w końcu gruby, mleczno-biały kożuch. Żelatynę rozpuszczają bardzo powoli, wszelako rozwój ich na niej jest nie tak szybki. Barwią się łatwo roztworem wodnym błękitu metylenowego, zwłaszcza

przy ogrzaniu. Dla przekonania się o jadowitości tych grzybów, kol. ELZENBERG wstrzykiwał świnkom morskim pod skórę i do jamy otrzewnej wodę z hodowlami; jedna świnka padła po trzech, druga po pięciu dniach; w krwi ich znaleziono tego samego pasorzyta. Dalej kol. ELZENBERG dokonał szczepień tegoż grzybka pod naskórek u siebie samego, u jednego z chorych i u kol. STERLINGA i otrzymał swoiste wykwyty pryszczycowe. W końcu wspomina mówca, że i przy *eczema seborrhoicum* UNNA odkrył grzybek swoisty.—W dyskusyi kol. STEINHAUS zwraca uwagę, że—być może—odkryty przez kol. ELZENBERGA diplokok jest identyczny z diplokokiem ROSENHEIM'a, na co E. odpowiada, że grzybek ROSENHEIM'a jest większy i daje inne hodowle.

2) Prof. PRZEWÓSKI wygłosił odczyt o zmianach anatomo - patologicznych przy eklampsyi, poparty demonstracją okazów anatomicznych i preparatów drobnowidzowych. Najcharakterystyczniejsze zmiany są w wątrobie. Powierzchnia jej zewnętrzna przedstawia wybitną marmoryzację; marmoryzacja ta zależy od porozrzucanych ognisk zmartwiałej tkanki, uwidoczniających się na przekroju jako czerwone plamy, środek których stanowią szarawo-żółte, suche ogniska. Barwienie skrawków metodą WEIGERT'a wykazuje istnienie w naczyniach luźnych skrzepów, powodujących rzeczne zaburzenia w odżywianiu tkanek. Analogiczne zmiany znajdujemy i w innych narządach. Co do przyczyn, wywołujących eklampsyę, to BRAUN i DOLORIS przypisywali jej pochodzenie pasorzytnicze, SCHMOORL upatrywał przyczynę jej w zatruciu przez rozpadające się komórki wątrobowe; LUBARSCH zaś, wstrzykując świnkom morskim do krwi wyciąg wodny z takich komórek, wywoływał w istocie objawy eklampsyi.—W dyskusyi prof. BRODOWSKI przypomina, że pierwszym, który zwrócił uwagę na rzeczne zmiany przy eklampsyi, był SCHMOORL; przedtem wprowadzić widział je już JUERGENS, nie, przypisywał im jednak takiego znaczenia. Co się tyczy ognisk zgorzelinowych to mogą one nie zależeć od zakrzepu, a być wynikiem wpływów chemicznych.—Kol. RYCHLIŃSKI na poparcie teorii toksycznego pochodzenia eklampsyi przytacza doświadczenia KRAINSKIEGO, który, wstrzykując zwierzętom krew wziętą od chorych w napadzie padaczki, wywoływał u nich zawsze drgawki i niedowład kończyn tylnych, i przyszedł do wniosku, że czynnikiem, wywołującym napady padaczkowe, są produkty niezupełnej przemiany kwasu moczowego.—Kol. ZWEIGBAUM zapytuje, czy i przy mocznicy dają się spostrzegać podobne zmiany anatomo-patologiczne.—Prof. PRZEWÓSKI odpowiada dziekanowi BRODOWSKIEMU, że zarówno SCHMOORL, jak i LUBARSCH powołują się na badania JUERGENS'a, on więc to właściwie pierwszy na zmiany rzeczne zwrócił uwagę; że zgorzel, będąca następstwem zakrzepu, różni się tylko ilościowo od zgorzeli pochodzenia chemicznego. Co do uwag kol. RYCHLIŃSKIEGO, to—być może—przytoczone przezeń badania posuną naprzód sprawę wyświeatlenia genezy padaczki, wszakże w chwili obecnej mówca miał na myśli głównie zmiany anatomiczne, nie zaś etyologię eklampsyi. Na pytanie kol. ZWEIGBAUMA prof. PRZEWÓSKI odpowiada, że zmiany przy mocznicy są też same, co i przy eklampsyi.—Prof. BRODOWSKI nie zgadza się na to, aby zgorzel, powstała skutkiem zakrzepu, różniła się tylko ilościowo od tej, jaka jest wynikiem spraw chemicznych; różnica jest tu i jakościowa: w pierwszym wypadku następuje rozszerzenie naczyń, stąd ucisk na komórki otaczające i ich obumieranie; w drugim razie ucisku tego nie ma, same tylko komórki pęcznieją i jądra ich stopniowo maleją i nikną.—W końcu, na pytanie prof. KOSIŃSKIEGO, prof. PRZEWÓSKI odpowiada, iż rzeczne zmiany anatomo - patologiczne spotyka się u ludzi tylko przy eklampsyi, u zwierząt zaś i w innych stanach chorobowych.

3) Kol. KIJEWSKI w odczycie p. t. „O pneumotomiach przy ropniach płuc poprzedza rysem historycznym szczegółowy opis czterech spostrzeganych przez siebie przypadków pneumotomii i dodaje, że w dotychczas operowanych przypadkach za wskazanie do pneumotomii służyły ogniska ropne, zgorzelinowe, gruźlicze, bąblowiec płuc i jamy powstałe skutkiem rozstrzeni oskrzeli. Przechodząc do ropni płuc, mówca zaznacza, że mogą one być różnej wielkości, zarówno pojedyncze, jak i złożone z wielu ognisk drobnych, umiejscawiają się przeważnie w dolnych płatach, raz więcej powierzchownie, to znów głębiej. Co do przyczyny ropni płucnych, to różni autorowie w różny sposób je grupują. I tak: HUBER dzieli je na dwie grupy; w pierwszej mieszczą się te ropnie, które mają za punkt wyjścia sprawę chorobową samego płuca lub opłucnej; w drugiej—zależne od czynników zewnętrznych, do jakich zalicza: zawał krwotoczny, zator, ropień wątroby i ciała obce. Według LEYDEN'a ropnie płuc dadzą się ująć w trzy działy: 1) tak zw. *perforirende Lungenabscesse*; 2) ropnie płucne właściwe; 3) ropnie przewlekłe u starców. DUPRÉ rozróżnia: 1) ropnie przerzutowe; 2) ropnie płucne właściwe i 3) t. zw. *abcès migrants*. Zejście ropni bywa różne: otwarcie się do oskrzela, otwarcie się nazewnątrz klatki piersiowej, otwarcie się do jamy opłucnej, wessanie lub wreszcie zwapnienie. Co się tyczy objawów, to można tu rozróżnić trzy okresy. W 1-ym okresie jest kaszel, ból w boku, plwocina skąpa, dreszcze, gorączka, stłumienie, osłabienie szmerów oddechowych na ograniczonej przestrzeni; w 2-im okresie, przy wzrastającej duszności, chory nagle przy kaszlu wykrztusza znaczne ilości ropy (t. zw. wymioty płucne), zawierającej strzępki tkanki płucnej, włókna sprężyste, kryształki tłuszczowe, kryształki hematoïdyny i t. p.; trzeci okres odznacza się dusznością, kaszlem, wykrztuszaniem większych lub mniejszych ilości ropy, czasami występują objawy jamy. Przekłucie próbne nie zawsze rozstrzyga rozpoznanie, czasami zaś jest nieobojętne dla chorego, mogąc sprowadzić otok ropny opłucnej. Przy leczeniu ropni płucnych różni autorowie różne proponują metody, poczynawszy od przekłucia jamy trójgrańcem i wstrzyknięcia, po wypuszczeniu ropy, zawiesiny jodoformowej, albo też wprowadzenia sączków, a skończywszy na przecięciu płuca — pneumotomii. Ta ostatnia metoda największą ma za sobą—zdaniem mówcy—racyę bytu i największe szanse powodzenia. R o k o w a n i e przy pneumotomiach zależy od istoty cierpienia zasadniczego, od jego długotrwałości, od stanu sił chorego i jego wieku. Z 71 przypadków pneumotomii, notowano wyzdrowień 33, polepszeń 9, zejść śmiertelnych 29 (40,8%). Według QUINCKE'go najlepsze wyniki (66% wyleczeń) otrzymuje się przy ropniach ostrych, FABRIKANT zaś dodaje, że przy ropniach po zapaleniu płuc otrzymano 14 wyzdrowień na 17 przypadków.

W dyskusyi zabiera naprzód głos kol. SOKOŁOWSKI, który, zaakcentowawszy ważność poruszonej przez prelegenta sprawy, zarówno dla chirurgów, jak i dla internistów, zatrzymuje się dłużej nad przyczynami i rozpoznawaniem ropni płucnych. Otóż, obok rozstrzeni oskrzeli i spraw septycznych, co stanowi p r z y c z y n ę ropni najczęstszą, mówca podkreśla grypę, a także, w bardzo rzadkich przypadkach, bąblowca i promienicę. Co do grypy, to ta wikłać się może zapaleniem płuc i opłucnej, prowadzącem bardzo często do ograniczonych ropni opłucnowych, które przez czas bardzo nieraz długi nie zdradzają się żadnymi objawami podmiotowymi i dopiero, kiedy ropa drogą naczyń chłonnych przedostanie się do tkanki płucnej, wywołują w niej jedno większe lub całą masę małych ognisk ropnych na ograniczonej przestrzeni. Wytworzenie się ropnia płucnego po bąblowcu kol. SOKOŁOWSKI spostrzegał w 1879 r. w Görbersdorfie, gdzie 20-letnia chora, przysłana z powodu jakoby typowych objawów zgęszczenia prawego szczytu, naraz,

przy obfitem krwiopłuciu, wykrztusiła błony bąblowca, co powtarzało się kilkakrotnie; wytworzyły się objawy jamy i chora, przy wzmagającym się wyniszczeniu, zmarła po upływie kilku miesięcy. Badanie pośmiertne wykazało jamę w prawym zrazie górnym i ogniska gruźlicze w obu płucach, nadto w jamie prawej opłucnej pęcherzyki bąblowca. Przed niedawnym czasem kol. SOKOŁOWSKI spostrzegał także przypadek, w którym chora 22-letnia, w kilka miesięcy po przebyciu prawostronnego zapalenia opłucnej i czując się już zupełnie zdrową, zaczęła znów gorączkować i kaszleć; badanie wykazało ograniczone stłumienie i oddech osłabiony pod łopatką prawą; w przypuszczeniu istnienia ropnia okołopłucnego, robiono kilkakrotnie ukłucia próbne, lecz z wynikiem ujemnym; chorą wysłano do Meranu, gdzie, gorączkując ciągle, zaczęła po upływie paru miesięcy wykrztuszać znaczne ilości ropy; po powrocie jej do kraju można już było stwierdzić istnienie pod prawą łopatką rozległej jamy w płucu, badanie zaś płwociny wykazało obecność grzybków promienicy; mimo dokonanej pleurotomii chora zmarła. Co się tyczy rozpoznawania ropni płucnych, to opierać się ono winno na bardzo dokładnym rozważeniu momentów wywiadowczych, na wyniku badania fizycznego (stępienie ograniczone, osłabiony oddech, później objawy kawitalne: oddech oskrzelowy, rzęzenia dźwięczne, *gargouillement* i t. d.), badania płwociny (włókna sprężyste), wreszcie na wynikach wielokrotnie powtarzanych ukłuć próbnych, które kol. SOKOŁOWSKI uważa za zabieg zupełnie niewinny, a wielkiej pod względem rozpoznawczym doniosłości.—W toku rozpraw kol. SZTEYNER przytacza opis spostrzeganych przez siebie dwóch przypadków ropni płucnych, w których dokonano pneumotomii i które zakończyły się śmiercią, i porusza sprawę leczenia ropni promienicznych.—Kol. BABIŃSKI przypomina pogląd GERHARDT'a i ROSSBACH'a na powstawanie ropni płucnych z *pleuritis interlobaris*.

Dalszy ciąg dyskusji odłożono do następnego posiedzenia.

Posiedzenie z dnia 1 grudnia r. b.

TREŚĆ: 1) REMBIELIŃSKI— przedstawienie przypadku niezwykle wielkiego wodogłowia. 2) SZTEYNER — przedstawienie chorego z guzem tętniącym w okolicy pośladkowej. 3) KRAUSE — przedstawienie chorej po wyluszczeniu kończyny górnej wraz z łopatką i częścią obojczyka. 4) Ciąg dalszy dyskusji z powodu od cytatu KJEWSKIEGO p. t. „O pneumotomiach przy ropniach płuc“.

1) Jedenastomiesięczna dziewczynka, przedstawiona przez kol. REMBIELIŃSKIEGO, pochodzi z rodziców zdrowych i ma dziewięcioro zdrowego rodzeństwa; jest dobrze odżywiona i nie zdradza upośledzenia sfery psychicznej. Począwszy od 4-go miesiąca objętość czaszki szybko zaczęła się powiększać i w chwili obecnej obwód jej wynosi 58 ctm. R. rozpoznaje wodogłowie przewlekłe wewnętrzne i, lubo uważa rokowanie za niepomysłne, to jednak proponuje uciec się do przekłucia, mającego—zdaniem mówcy—najwięcej szans powodzenia.

2) Przedstawiony przez kol. SZTEYNERA 60-letni mężczyzna opowiada, że przed dwoma laty upadł i poczuł nagle silny ból w okolicy pośladka; przed dwoma miesiącami upadł powtórnie i od tego czasu zauważył guz *in reg. glutea*. W chwili obecnej spostrzega się guz, wielkości gęsiego jaja, między dziurą kulszową i grzebieniem biodrowym nazewnątrz od spojenia krzyżowo-biodrowego; guz ten tętni, przy nacisku zmniejsza się i daje wyraźne szmery przy wysłuchiowaniu; tętnienie znika przy uciśnięciu aorty brzusznej, przy kaszlu zaś objętość guza zwiększa się, coby przemawiało za tem, iż przenika on kość biodrową i sięga aż do wnętrza miednicy. S. waha się pomiędzy rozpoznaniem tętniaka *a. gluteae sup.* i tętniaka t. zw. kostnego, t. j. nowotworu bogatego w naczynia tętnicze, skłania się jednak ku ostatniemu przypuszczeniu.

3) Kol. KRAUSE operował przed 7-iu tygodniami przedstawioną na posiedzeniu dziewczynkę, której z powodu rozległego mięsaka wyłuszczył prawą górną kończynę, łopatkę i połowę obojczyka.

4) W dalszym ciągu niedokończonej na poprzednim posiedzeniu dyskusji z powodu odczytu kol. KIJEWSKIEGO, zabiera naprzód głos prof. KOSIŃSKI, zaznaczając, że: 1) we wszystkich spostrzeganych przezeń przypadkach ropnie płuca przedstawiały się jako liczne, niewielkie ogniska, rozsiane w stwardniałym i nacieczonym miąższu płucnym, nie zaś w postaci jednej jamy, wypełnionej ropą; 2) opłucna zawsze była znacznie zgrubiała i płuco, na miejscu odpowiadającym ropniowi, zrosnięte z opłucną ścienną zapomocą grubych błon wrzekomych, z czego mówca wyprowadza wniosek, że wszystkie te przypadki wywołane były—być może—przez jedną i tę samą przyczynę specyficzną, i że ropień płuca jest objawem wtórnym, pierwotną zaś—jest sprawa w opłucnej.—Następnie kol. PRZYBOROWSKI, z powodu wzmianki kol. SOKOŁOWSKIEGO o przypadku ropnia promieniczego płuca, przypadku, który był operowany przez kol. PRZYBOROWSKIEGO, wyraża zdanie, że nie był to ropień płuca, lecz opłucnej, a płuco było tylko drogą, przez którą ropa wydobywała się nazewnątrz; uzasadnia zaś swe zdanie zarówno zmianami, znalezionymi podczas operacji, jakoteż i przebiegiem pooperacyjnym. w ciągu którego nastąpił spadek ciepłoty i ustało zupełnie wykrztuszanie; na poparcie swego zdania kol. P. przytacza drugi, zupełnie analogiczny przypadek, przez siebie operowany.—Kol. SOKOŁOWSKI nie zgadza się z kol. PRZYBOROWSKIM i ob staje przy swoim pierwotnym poglądzie.—Prof. BRODOWSKI podobnież oponuje przeciwko zdaniu prof. KOSIŃSKIEGO, jakoby pierwotną sprawę zawsze w opłucnej upatrywać należało; jeśli bowiem w jamie opłucnej, w następstwie zapalenia, gromadzi się ropa, to ta albo toruje sobie drogę nazewnątrz, albo przebija się do oskrzela, albo wreszcie dostaje się do samego miąższu płuca i tworzy wtedy zazwyczaj jedną dużą jamę, nie zaś wiele drobnych ognisk ropnych. Daleko łatwiej przypuścić, że sprawa pierwotna istniała w płucu jako *pneumonia lobaris*, która doprowadziła do stwardnienia, a w takiej stwardniałej i ubogiej w naczynia i gorzej przez to odżywianej tkance tem łatwiej już potworzyły się drobne ropnie.—Kol. BABIŃSKI, omawiając jeden z przypadków kol. KIJEWSKIEGO, spostrzegany przezeń wspólnie z prelegentem, powtarza swój pogląd, że punktem wyjścia w tej sprawie było zapalenie opłucnej, tem więcej, że od samego początku choroby nie było żadnych objawów ze strony płuc.—Z powodu poruszonej przez prof. BARANOWSKIEGO sprawy wskazań do pneumotomii, zabiera głos najprzód prof. KOSIŃSKI. Pneumotomia—zdaniem mówcy—wskazana jest tam, gdzie stwierdzono ropienie w płucu i gdzie można przypuszczać istnienie zrostów opłucnej; to, że ropień nie przedstawia jednej jamy, którą możnaby opróżnić odrazu, jest wprawdzie stroną ujemną, wszelako i przy wielu drobnych ogniskach zyskujemy dużo przez otwarcie ropie drogi.—Kol. STANKIEWICZ ogranicza wskazania do przypadków, w których ropień położony jest powierzchownie i w których temsamem istnieją zrosty opłucnej.—Prof. BARANOWSKI sądzi, że ściśle wskazania do pneumotomii można ustalić w bardzo rzadkich zaledwie przypadkach z powodu trudności rozpoznawczych; nawet uklucie próbne nie jest rozstrzygającym, co potwierdza i kol. SOKOŁOWSKI, wzmianką o przypadku, w którym, przy rozpoznaniu nowotworu płuca, wyciągnięto przy ukluciu próbnym pełną strzykawkę ropy, przy badaniu zaś pośmiertnem znaleziono tylko jamę, powstałą z rozszerzonego oskrzela, wypełnioną ropą.—Kol. KIJEWSKI w odpowiedzi swej podnosi jeszcze raz ważność ucluć próbnych ze względu na trudność otrzymania pewnych wyników drogą innych metod badania fizycznego; kol. SOKOŁOWSKI zaś podnosi ich nieszkodliwość, tem więcej, że wykonywa się je zazwyczaj wtedy tylko, kiedy

ropień leży blisko powierzchni, gdy jest przeto zajęta opłucna i, co za tem idzie, istnieje prawdopodobieństwo zrostów; przy ropniach centralnych niema objawów ze strony opłucnej, a zatem niema ani racyi, ani możliwości stosowania ukłuć próbnych.

Notatki bibliograficzne.

„HIGIENA LUDOWA. Trzeba dbać o zdrowie aby się ustrzedz choroby“. Napisała Antoszka. Nakładem M. Mierzejewskiego. Warszawa. Księgarnia Teodora Paprockiego i spółki. 1896. Stronic 124. 8-vo min.

Nadesłana nam do oceny książka, której tytuł wyżej podajemy, jest prawdziwie cennym wzbogaceniem naszej literatury higienicznej popularnej.

Mimo szczupłych rozmiarów, praca bezimiennej autorki wyczerpuje w zupełności przedmiot, to jest stronę praktyczną nauki o zachowaniu zdrowia i zdolności do pracy.

Przypomniawszy na wstępie słowa Jana z Czarnolasu o „szacownem zdrowiu“, autorka odpowiada na pytanie, co jest higiena. „Trzeba wiedzieć i pamiętać, co jest dla zdrowia pożyteczne, a co jest szkodliwe“. Nauka, która daje odpowiedź na to pytanie, nazywa się higieną.

Po wstępie autorka kilku słowy określa „co jest życie i czego do utrzymania życia potrzeba“.

Następnie idzie rozdział o jedzeniu w ogólności i obszerny rozdział o pokarmach poszczególnych. W 15 punktach tego rozdziału, poświęconych tyluż rodzajom pokarmów, autorka nie pomija sposobności, by podać, gdzie należy, odpowiednie wskazówki gastronomiczne i dyetetyczne, a w szczególności to wszystko, co się odnosi do wymagań dyetetyki niemowląt, dzieci, osób wiekowych i chorych. Autorka przytem rachuje się zawsze z warunkami bytu sfery ludowej, wiejskiej i miejskiej, dla której książka jest przeznaczona.

Punkt 16-ty tegoż rozdziału poświęcony jest truciznom, tym mianowicie z którymi lud nasz często ma sposobność spotykać się.

W rozdziale piątym autorka mówi o napojach.

Rozdziały następne—szósty do piętnastego włącznie — obejmują naukę o powietrzu i oddychaniu, o powietrzu czystem i zepsutem, o czystości i porządku w izbie, o porządku i czystości koło domu, o czystości ciała i porządku koło siebie, o odzieniu, o robotach, o kościele, o zabawach, targach, jarmarkach, chrzcinach, weselach, karczmach, wreszcie o zarazie, chorobach i pielęgnowaniu chorych.

Niektóre z przedmiotów pomienionych wyłożone są znakomicie. W szczególności wykłady o kartoflach, o mięsie, o czystości w izbie i koło domu zasługują na największe uznanie. Wszystko zresztą odznacza się jasnością, żywością, niekiedy swadą, która uwagę czytelnika przykuwa.

Autorka posługuje się stylem przystępnym dla sfery, dla której pisze, wyraża się nieraz dosadnie, ale nie wpada w trywialność.

Jeden tylko rozdział wydał nam się co do sposobu opracowania mniej odpowiednim, mianowicie rozdział o powietrzu i oddychaniu, w którym autorka stara się wtajemniczyć czytelnika w wiadomości z fizjologii wymiany gazów. Przedmiot to zresztą dla nieprzygotowanych trudny do uprzystępnienia. Sądzymy również, że można się było obejść zupełnie bez nazwy „higiena“. W literaturze

obcej, książki treści higienicznej, dla ludu przeznaczone, słusznie nazwy tej unikają. Ostatnie doskonale wydawnictwo państwowego urzędu zdrowia w Niemczech nosi tytuł „Gesundheitsbüchlein“. Wprowadzona u nas przed laty kilkunastu, w wydaniu popularnej higieny Reclam'a, nazwa „nauki o zachowaniu zdrowia i zdolności do pracy“ jest wprawdzie długa, ale wymowna i dla sfer szerokich zachęcająca.

Całość uważamy za bardzo dobrą i zasługującą na jaknajwiększe rozpowszechnienie.

St. M.

O ruchu chorych w szpitalu Zapasowym za m. listopad r. b.

Pozostało z zeszłego miesiąca chorych 66 (m. 33, k. 28); przybyło w listopadzie 98 (m. 44, k. 54); wypisało się 82 (m. 40, k. 42); zmarło 12 (m. 7, k. 5); pozostało na miesiąc następny chorych 65 (m. 29, k. 36).

Ogólna liczba chorych była taka sama, jak w miesiącu ubiegłym. Toż samo da się powiedzieć i o samych chorobach zakaźnych, jakie w tymże miesiącu panowały. Prócz bowiem tyfusu brzuszego, który znacznie rzadziej występuje, wszystkie inne choroby w jednej prawie trzymały się mierze. Płonica w dalszym ciągu występowała niezmiernie często, zdarzały się nawet częste epidemie domowe w szkołach i ochronach z przebiegiem dość ciężkim, prawie zawsze powikłanym. Zaznaczyć również trzeba, iż pod koniec miesiąca zdarzały się coraz częstsze przypadki niewatpliwej grypy (influenza), która nieraz panujące choroby wikała.

Najliczniejszą rubrykę w miesiącu ubiegłym stanowiła w dalszym ciągu płonica, której mieliśmy jeszcze więcej, niż w październiku, t. j. przypadków 26 (m. 10, k. 16), u starszych dzieci i dorosłych, przeważnie z przebiegiem ciężkim, powikłanym. Śmiercią zakończyły się 2 przypadki. Chorzy przybyli z następujących ulic i domów: Leszno 41, Pawia 66, Górczewska 24, Krakowskie Przedmieście 52 (seminarium) (3 przypadki), Wspólna 9, Zakroczymska 1 (ochrona Mikołajewska) (12 przypadków), Rybaki 26, Próżna 3, Orla 16, Nowy Świat 67, oraz wieś Czyste.

W jednej mierze trzymała się ośpa, której mieliśmy przypadków 16 (m. 12, k. 4), z przebiegiem niezbyt ciężkim. Niepomyślnie zakończył się tylko jeden przypadek u chorego nieszczepionego. Chorzy pochodzili z następujących ulic i domów: Królewska 17, Krucza 5, Furmańska 14, Twarda 66, Sienna 9, Grzybowska 7, Nowy Świat 70, Wspólna 7, Żabia 3, Rybaki 6, Szpital dla dzieci, Elektoralna 6, Chmielna 110, Ś-to Krzyska 9, oraz wsie: Łosice i Marki.

Częściej, niż w ubiegłym miesiącu, występowała róża, której zanotowaliśmy przypadków 21 (m. 9, k. 12), z przebiegiem dosyć ciężkim, powikłanym zapaleniem tkanki łącznej podskórnej. Śmiercią zakończyły się 2 przypadki u chorych w podeszłym wieku. Chorzy pochodzili z ulic i domów: Nowy Zjazd, Grzybowska 70, Bracka 9, Marszałkowska 86, Smocza 35, Pawia 30, Krucza 6, Twarda 20 (2 przypadki), Senatorska 1, Wolska 35, Krakowskie Przedmieście 38, 99 i 13 (2 przypadki), Złota 14, Szpitalna 10, Wilcza 24, Chmielna 80 i Hoża 9.

Na szczególne zaznaczenie zasługuje fakt, iż tyfus brzuszny, tak groźnie zapowiadający się w miesiącu ubiegłym, zupełnie w listopadzie przycichł. Zanotowaliśmy tylko jeden przypadek z ul. Miedzianej Nr. 5. Śmiertelnych natomiast—4, u chorych przybyłych jeszcze w październiku.

Pojawił się również od dłuższego czasu nienotowany tyfus wysypkowy, którego mieliśmy 2 przypadki (Jerozolimska 68, Wolska 35), pomyślnie zakończone.

Nie więcej, niż w ubiegłym miesiącu, było odry, której mieliśmy przypadków 7 (m. 1, k. 6), u dorosłych, pomyślnie zakończonych, z ulic: Wołowa 13, Krakowskie Przedmieście 37 i 72, Sapieżyńska 19, Lipowa 6 i Brukowa 11.

Z innych chorób zakaźnych mieliśmy: 9 przypadków zapalenia gardła, 4—zapalenia płuc krupowego, 3—biegunki krwawej i 2 przypadki błonicy gardła (Żelazna 49, Grochowska 5).

Z niewłaściwie do nas skierowanych chorych mieliśmy: 3 przypadki nieżytu żołądka i kiszek, oraz po 1 przypadku: nieżytu oskrzeli, zapalenia nerek, zapalenia odbytnicy i pokrzywki.

Biletów odmownych chorym, nie kwalifikującym się do szpitala Zapasowego, wydano 14 (m. 10, k. 4).

Rewakcynacji w miesiącu ubiegłym dokonano 67 (m. 30, k. 37).

J. Sz wajcer.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

== ZETTNOW zbadał dokładnie lasecznika dżumy pod względem morfologicznym. Przy barwieniu metodą LOEFFLER'a spostrzeżono duże otoczki, niekiedy z delikatnem uwarstwieniem; otoczki te uważa Z. za zaródź, a same bakterye za jądra komórkowe. Laseczniki są niekiedy prawie kuliste, zwłaszcza z młodych hodowli, i połączone w łańcuszki, po 4—6, zupełnie pozbawione ruchu, obok nich jednak widać osobniki trzy razy dłuższe niż szersze, a także dłuższe i krótsze nitki bez wyraźnego podziału; są to już prawdopodobnie postacie uwstecznione. Zdarza się niekiedy, że część środkowa zabarwiona jest znacznie słabiej, niż oba końce; taką postać mają właśnie laseczniki ze śledziony zwierząt zakażonych (myszy, szczury), a także ze krwi i ropy u ludzi. Na żelatynie rosną laseczniki dżumy w postaci śnieżno-białej hodowli, nie rozpuszczającej żelatyny, z wybitnym charakterem aerobowym. (Zeit. f. Hyg. XXI. str. 165).

== JAECKH znalazł w trzech przypadkach na pięć badanych laseczniki gruźlicze w nasieniu suchotników. Próby czyniono na świnkach morskich. Dowodzi to, jak niesłuszne jest rozpowszechnione mniemanie, że w nasieniu nie bywa jadowitych laseczników gruźliczych. Inne doświadczenia na zwierzętach wykazały, że łożysko stanowi doskonałą przegrodę dla tych pasorzytów;

wynik ten zgadza się ze spostrzeżeniami dawniejszemi. (Cent. f. Bakt. XVIII. N. 19).

== PERLES czynił doświadczenia nad wpływem rozmaitych bakteryi na oczy królików. Hodowle laseczników siana, wibryonów cholery i różnych niechorobotwórczych saprofitów, zaszczerpię do komory przedniej lub do ciała szklatego, nie wywierają szczególnego wpływu; niekiedy jedynie zjawia się zapalenie tęczówki włóknikowo-krwotoczne z zamknięciem źrenicy, ustępujące zresztą dość łatwo. Laseczniki tyfusu, wprowadzone do komory przedniej, wywołują opad ropny i zamknięcie źrenicy, a wprowadzone do ciała szklatego, zropienie tegoż. Paciorkowce wywołują mniej więcej to samo, zarówno jak lasecznik błonicy, który wywołuje także zapalenie rogówki i tęczówki. Najzłośliwszym jest lasecznik FRIEDLAENDER'a: wywołuje on zapalenie ogólne gałki ocznej, prowadzące często do pęknięcia jej już w 16 godzin po zakażeniu. Wystarcza do tego zaszczerpienie najdrobniejszych ilości do ciała szklatego. Podobny wynik, tylko mniej gwałtowny, następuje po zarażeniu komory przedniej. Na rogówce powstają wrzody pokryte białym nalotem, łącznica zaś, byle nienaruszona, zachorowaniu nie ulega. Lasecznik ten nie bywa nigdy przyczyną zakażenia ogólnego, lasecznik zaś FRAEN-

KEL'a wywołuje po kilku dniach zakażenie ogólne. (Virchow's Archiv CXI).

— LAUENSTEIN dowodzi, że t. zw. ropienie katgutowe istnieje rzeczywiście. Przemawia za tem zdaniem okoliczność, że tak zwany katgut wyjąłowany zawiera często bakterye zdolne do rozwoju. L. zbadał dużo prób takiego katgutu i przekonał się, że 25% próbek zawiera bakterye, bądź laseczniki siana, bądź gronkowca białego lub *m. tetragenus*. Wobec takiego wyniku badań należy uznać, że przy dzisiejszych poglądach na asepitykę wypada zarzucić stosowanie katgut. (Centr. f. Bakt. XVIII. 19). Ż.

— OIKONOMOS zastosował z wybornym skutkiem *eucalyptus* przy leczeniu odry. Podczas epidemii w Pyrgos w 1886 roku miał on na 400 przypadków tylko jeden zakończony śmiercią; w epidemii w 1889 r. z 275 przypadków wszystkie zakończyły się pomyślnie. Leczenie polegało na systematycznym podawaniu naparu z 1,0—2,0 liści eukaliptusa na 120,0 wody z dodatkiem ekstraktu, tynktury lub olejku, stosownie do wieku dziecka lub ciężkości zachorowania. Autor przypisuje pomyślny wynik leczenia temu, że stosując lek powyższy, chroni się dzieci od nieżyty płuc i najdrobniejszych oskrzeli. (Centr. f. Bakt. XVIII. 2—3).

Wiadomości bieżące.

— Koledzy: BRONOWSKI Szczesny, DANIIEWSKI Włodzimierz, GASZYŃSKI Stefan, KRAKÓW Kazimierz oraz MINZ Samuel powiększyli grono współwłaścicieli oraz współpracowników naszego pisma.

— Na Zarządzającego Kasą Wsparcia wdów i sierot po lekarzach pozostałych, na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego w dniu 15-ym grudnia r. b. wybrany został kol. ŚLIWICKI Franciszek.

— Posadę ordynatora nadetatowego w szpitalu Dz. Jezus, na konkursie odbytym w tymże szpitalu w dniu 16-ym b. m., otrzymał kol. JANOWSKI Władysław. Do konkursu stawało 7-iu kandydatów.

— D-r MAŁOW mianowany został starszym ordynatorem szpitala Dz. Jezus.

— Udział w uczczeniu zasług PASTEUR'a, z którego wiekopomnych prac i odkryć cała ludzkość korzysta, wzięły wszystkie narodowości. W Krakowie zorganizował się Komitet Polski do zbierania składek na pomnik PASTEUR'a. Ko-

mitet wydał odezwę, podpisaną przez Prezesa Akademii umiejętności St. TARNOWSKIEGO, Rektora Uniwersytetu Szczesnego KREUTZA, Prezesa Tow. Lek. J. SURZYCKIEGO, przewodniczącego w Tow. Przyrodniczem Krakowskim A. WITKOWSKIEGO i Dyrektora Zakładu higieny oraz Skarbnika Komitetu O. BUJWIDA, wzywającą o nadsyłanie składek na ręce skarbnika prof. O. BUJWIDA (ul. Kolejowa № 3) w Krakowie. Dla ułatwienia, kwoty, zaofiarowane na ten cel, mogą być składane w Redakcyi „Medycyny“ (Obożna 5—w dniu powszednie od 5—7 wieczorem), która po upływie każdego tygodnia Skarbnikowi odsyłać je będzie.

— Zjazd terapeutów niemieckich odbędzie się w roku przyszłym pomiędzy 9-m a 12-m czerwca w Berlinie. Mają być odczytane i przedyskutowane prace następujące: 1) BAEUMLER'a—Oprzewlekłym gośćcu stawów; 2) UNVERRICHT'a—O epilepsyi; 3) EULENBURG'a — O chorobie GRAVES'a.

Od Administracyi.

Uprasza się Sz. abonentów o wczesne nadsyłanie prenumeraty na rok 1897 i o wniesienie zaległej.

Do dzisiejszego numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratorów prospekt „Hotel-Pension Skoczyska“ w Zakopanem.



Rok XXXII-gi.

M E D Y C Y N A

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW,

będące dalszym ciągiem „Kliniki“, w r. 1866-ym założonej, a pod nazwą „Medycyny“ od r. 1873-go wychodzące, wydawane i redagowane przez gremium lekarzy, w Warszawie, na prowincyi i za granicą mieszkających, wychodzić będzie w r. 1897 w tym samym zakresie i kierunku.

„Medycyna“, nie zaniedbując tego wszystkiego, co naukowego lekarza obchodzić może, ma przede wszystkim na celu potrzeby lekarzy-praktyków; zatem, za najważniejsze zadanie dla siebie poczytuje uprawianie medycyny klinicznej w obszernem znaczeniu tego słowa; dalej, podawanie wszelkich nowych zdobyczy, dotyczących ulepszenia metod leczniczych, z wszelkich bez wyjątku dziedzin, obszar nauk lekarskich stanowiących, przy uwzględnieniu wszelkich działów, dotąd w „Medycynie“ opracowywanych, które, o ile to będzie możebne, rozszerzeniu ulegną. Wobec sformułowania w sposób powyższy zasadniczych kierunków pisma, program szczegółowy jest zbyteczny.

Numer „Medycyny“, która w miarę potrzeby podaje rysunki, drzeworyty lub litografie, obejmować będzie tekstu najmniej **stron 24** dotychczasowego formatu.

Cena „Medycyny“ w Warszawie rs. 6, półrocznie rs. 3.

Na prowincyi rocznie rs. 7 — lub półrocznie rs. 3 kop. 50.

Każdy artykuł pomieszczony w „Medycynie“ jest płatny.

Z wszelkimi interesami treści naukowej, jakoto: nadsyłaniem artykułów, żądaniem wyjaśnień lub pomocy naukowej i t. d. i t. d., zwracać się należy pod adresem: **Redakcja „Medycyny“ w Warszawie — ulica Oboźna N-r 5**; z wszelkimi zaś interesami, dotyczącymi administracyi pisma, jakoto: wnoszeniem prenumeraty, odbiorem wszelkich należności, reklamacyami, nabywaniem numerów i wydawnictw „Medycyny“, zamawianiem odbitek, kupnem zamówionych książek i t. d., zwracać się należy **nie do Redakcyi**, lecz do Wydawcy pisma pod adresem: **D-r L. Guranowski w Warszawie, Nowo-Zielna 47.**

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. H. Dobrzycki.

Доволено Цензурою. Варшава, 5 Декабря 1896 г.

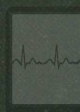
Друк К. Ковалевського, Warszawa, Mazowiecka 8

Biblioteka Główna WUM

B.085



400000009793



www.dlibra.wum.edu.pl