

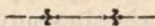
GAZETA LEKARSKA

I. JAKA JEST GRANICA doszczętnego leczenia przepuklin?

Odczyt wygłoszony na posiedzeniu Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego
d. 19-go stycznia 1904 r.

Przez

dra Władysława Stankiewicza.



Szanowni Panowie!

Ze wszystkich wad i ułomności, dotyczących organizm ludzki, przepuklina, powszechnie zwana rapturą, spotyka się najczęściej i to bez różnicy wieku, płci, stanu socjalnego lub warunków klimatycznych. Jako wadę rozwojową organizmu widzimy ją niemal codziennie u dzieci zaraz po urodzeniu; dalej spotykamy ją w wieku młodzieńczym i u dorosłych, powstającą pod wpływem najrozmaitszych przyczyn, a zwłaszcza czynników zawodowych, wreszcie jeszcze częściej występuje w wieku późniejszym skutkiem naturalnego osłabienia tkanek. W jakimkolwiek okresie życia pojawi się przepuklina, stanowi ona cierpienie dotkliwe i poważne, które zaniedbane, prowadzi często do groźnych następstw, a mianowicie do uwięzienia (*incarceratio*), z którego tylko wczesna i umiejętna pomoc chirurgiczna może uratować życie chorego. Jeśli niewielka przepuklina może zagrozić życiu człowieka, to z drugiej strony w przebiegu spokojniejszym z biegiem czasu osiągnąć może takich rozmiarów, iż czyni danego osobnika kaleką, niezdolnym do ruchu i pracy. Że zaś takie przypadki najczęściej dotyczą klasę niezamożną, biedaków, którzy zwiększają i tak liczny zastęp żebraków, oczywistą jest rzeczą, iż skutki raptury odbijają się bardzo niekorzystnie pod względem ekonomicznym społeczeństwa. To też od najdawniejszych czasów lekarze pojmowali całą ważność i niebezpieczeństwo przepuklin i starali się o złagodzenie doli biedaków nią dotkniętych, jak o tem świadczą obszernie traktaty w dziełach, znanych nam z różnych epok, autorów. Niestety jednak, brak gruntownych wiadomości co do składu anatomicznego

przepuklin udaremniał wszelkie plany leczenia; do końca bowiem XVII wieku wyobrażano sobie, że przepukliny powstają skutkiem peknięcia otrzewnej i stąd właśnie pochodzi powszechna nazwa ruptury. Pomimo to, gdy stosowane paski nie przynosiły żadnej ulgi, a chorzy z przepukliną wystawieni byli na pogardę i pośmiewisko ogółu, wędrowni operatorzy, specjaliści, puszczała się śmiało na operacje krwawe, które mnóstwo ofiar pochłaniały. Nierzadko bowiem wraz z workiem rupturowym wycinano wszelką ich zawartość, a więc kawały sieci, jelit, sznurki nasienne i jądra. Dopiero pod wpływem starannych badań anatomicznych, prowadzonych z nieustającym zapalem przez cały wiek XVIII, zmieniły się błędne pojęcia, a w miarę gruntownego poznania tak części składowych przepuklin, jak otaczających je organów, zaczęto inaczej zapatrywać się na ich etyologię i obmyślać sposoby zaradzenia tej kłesce.

Koniec XVIII stulecia zaznaczył się głównie w chirurgii tym przełomem, uwydatnionym przez wielkopomne prace ASTLEY'a COOPER'a, SCARPY i HESSELBACH'a. W kierunku tym prowadzone prace osiągnęły szczytu za sprawą niestrudzonego MALGAIGNE'a, który z niezwykłym talentem krytycznym w odczytach swych i rozprawach w Towarzystwie Chirurgicznem wykazywał znaczenie danych anatomicznych na powstawanie przepuklin. Trudność atoli wyjaśnienia sposobu powstawania ruptur jedynie na zasadzie warunków anatomicznych pobudziła badaczy do szukania tych przyczyn na innej drodze, a mianowicie do badania zmian, zachodzących w życiu płodowem [OKEN, VALENTIN, THUDICHUM], a następnie zwrócono się do studyowania rozwoju fizyologicznego przepuklin oraz zmian, zachodzących pod wpływem różnych stanów patologicznych. Na czele tego kierunku stanął JULES CLOQUET, wyjaśniając pracami swemi wiele kwestyi wątpliwych, na które w dalszym ciągu wielkie światło rzuciły gruntowne prace doświadczalne ROSER'a, BUSCH'a, LINHART'a i innych. Do poznania zmian patologicznych, zachodzących w rupturach wiele przyczynił się PITHA sprawami zaś mechanizmu zaciśnień ruptur z wielkiem powodzeniem dla nauki zajmowali się: BUSCH, ROSER, BORGRAEVE i LOSSEN, pracując przeważnie na drodze doświadczalnej. Żałuję, iż zakres mej pracy nie pozwala obszerniej traktować nadwyzczaj zajmującej historii rozwoju pojęć o przepuklinach, a przystępując do opisu leczenia doszczętnego, ograniczam się do ruptur pachwinowych, albowiem zasady ich leczenia operacyjnego zastosować się dadzą do innych, naturalnie z uwzględnieniem odpowiednich warunków anatomicznych lub zmian spowodowanych pod wpływem przejść patologicznych.

Przystępując do kwestyi leczenia, zaznaczyć muszę przedewszystkiem, iż leczenie paliatywne zapomocą noszenia bandaży rupturowych może być radykalne w razie pomyślnym. Takie jednak rezultaty należą do wyjątków i mogą być jedynie osiągnięte w wieku młodym. Mamy tu do przezwyciężenia nadwyzczajne trudności, gdyż bandaż musi być zastosowany wcześniej w wieku dziecięcym, noszony bezustannie dniem i nocą i to przez całe lata, gdyż nawet po zarośnięciu pozornem otworu zewnętrznego nieraz po usunięciu bandaża ruptura napowrót występuje. Nie mówiąc już o trudnościach zrobienia bandaża odpowiedniego dla danej ruptury, samo noszenie go przez czas dłuższy drażni skórę, wywołując często pryszcze, odparzenia, wymagające

usunięcie bandaża dla wygojenia skóry, zwłaszcza podrażnionej przez pot, mocz lub inne zanieczyszczenia, prawie nieodłączne w tym wieku. Nic więc dziwnego, że wyleczenie radykalne na tej drodze należy do wyjątków, a jeśli się zdarza, zawdzięczać je należy więcej żywotności organizmu, aniżeli używaniem bandażowi.

Leczenie doszczętne zapomocą krwawej operacji nie jest wynalazkiem naszych czasów, gdyż, jak nadmienilem we wstępie, wykonywane było na bardzo szeroka skale już w wiekach średnich. Było ono przeważnie w rękach wędrownych specjalistów, którzy niedbając o znajomość anatomiczną przepuklin, wycinali worek rupturowy wraz z jądrem lub sznurkiem nasiennym, co wychodziło na jedno. Jak rozległą była ich praktyka, wykazuje spis z dyecezyi Biskupa Wrocławskiego [w pierwszej połowie XVIII wieku], według którego liczono 500 kastrowanych dzieci i 200 dorosłych. Dopiero w końcu tego wieku wzbronioną została ta zgubna praktyka we Francyi, a wykonawcy jej surowemi karami zagrożeni.

Podwiązywanie worka rupturowego wykonywał już w VII stuleciu PAWEŁ z Eginy, w XI-ym ABULKAZEM, a w XV-ym ROGER z Parmy, ponieważ jednak nie oddzielano sznurka nasiennego, operacja równała się kastracyi w zupełności. Dopiero AMBROŻY PARÉ pierwszy zaczął starannie oddzielać sznurek nasienny. Sposób ten, jakkolwiek uznany za trudny, przyjęli jego następcy, jak: PETIT, ABERNETHY, a później OHLE, SCHMUCKER, LANGENBECK [1821]; polegał on na oddzieleniu worka, odprowadzeniu jego zawartości, przyczem w razie napotykaney trudności otwierano go, następnie podwiązany worek odcinano niżej ligatury i kikut odprowadzano do kanału pachwinowego. W tym samym czasie SHARP, LE BLANC i inni poszli dalej, gdyż zszywali wrota a nawet sam kanał, zostawiając szwy do wyropienia w otwartej ranie. Sposób ten został jeszcze bardziej udoskonalony i podniesiony do znaczenia metody przez I. WOOD'a [1865—1880], który zaczął używać szwu metalowego i wykonaniem licznych operacji osiągnął bardzo pomyślne rezultaty ¹⁾.

Leczenie radykalne przepuklin próbowano osiągnąć różnemi drogami i dlatego choć w krótkości wspomnieć o nich należy. DZONDI, JAMESON, ROTHMUND usiłowali przy herniotomiach wgajać płaty organiczne z najbliższych tkanek w otwory kanału przepuklinowego, lecz sposób ten, podobnie jak wpuklanie worka rupturowego we wrota w celu zamknięcia kanału, [PETIT, GARENGEOT, STEVENS, HANCKROFT], nie miało powodzenia.

Podobny wynik otrzymywano przez wprowadzanie obcych ciał do otwartego worka rupturowego w celu wywołania zapalenia i granulacyi, które miały przyczynić się do zarośnięcia worka i kanału.

Wobec niepomyślnych rezultatów otwartego leczenia przepuklin, usiłowano od początku zeszłego wieku wynaleźć sposoby operowania pod-

¹⁾ Operację tę widziałem wykonaną z szpitalu King's College w Londynie w r. 1882 i twórca jej I. WOOD w wydanej broszurze wykazał przeszło 300 operacyi z 1,75% śmiertelności.

s k ó r n e g o w celu wywołania zapalenia zlepnego w worku i kanale, a zarazem uniknięcia ropienia. VELPEAU, JOBERT wprowadzali w tym celu do worka nalewkę jodową, co nie tylko chybiało zamierzonego celu, ale narażało chorych na niebezpieczeństwo zapalenia otrzewnej. SCHWALBE [1876] wstrzykiwał alkohol w tkanki na około worka, lecz metoda ta, prócz silnego bólu i długotrwałego stosowania nie mogła wykazać swej skuteczności.

LANNELONGUE [1896] w podobnym celu używał 10%-go roztworu chlorku cynku, wstrzykując go w tkanki, otaczające obrączkę zewnętrzną, po uprzednim odprowadzeniu worka i utrzymaniu go dla bezpieczeństwa w kanale zapomocą wprowadzonego palca. Operacja ta odbywała się w uspieniu chloroformowym jednorazowo, poczem następował silny odczyn zapalny i, jak twierdzi autor, w 41 przypadkach na 44 ogółem wykonanych [u ludzi młodych przed skończeniem 20 lat] miał wynik dodatni, to jest zarośnięcie kanału bez żadnych poważniejszych powikłań.

Dla ścisłości wspomnieć jeszcze powinienem o kilku metodach, mających na celu zamknięcie worka i kanału przez wywołanie zapalenia zlepnego na drodze mechanicznej. Tu należą:

A k u p u n k t u r a, której wynalazcą był BONNET i wykonywał ją w ten sposób, że ująwszy wraz z skórą fałdę worka rupturowego, przeprowadzał przez nią grubą igłę, zostawiając ją w tym położeniu aż do wywołania obfitego wysięku zapalnego. Jakkolwiek metoda ta znalazła naśladowców [MAYOR, FERRARI, JOBERT], cieszących się dobrymi rezultatami, jednak wobec przypadków śmierci, spowodowanych przez operację, poszła w zapoznanie.

P o d s k ó r n e n a c i ę c i a worka robił VALPEAU, GUÉRIN i inni z lepszym wynikiem, a mniejszem niebezpieczeństwem dla chorych: jednak po skończonem leczeniu pacjenci musieli przez długi czas nosić bandażę i z tego powodu o trwałości wyleczenia trudno było wyrobić sobie sąd należyty.

MÖSNER i ROTHMUND po odprowadzeniu worka wsuwali palec wraz ze skórą moszny do samych wrót, a następnie idąc po palcu, przekłuwali krzywą igłą przednią ścianę kanału pachwinowego, a wyprowadziwszy jej koniec po nad skórę, pozostawiali ją w tej pozycji celem wywołania zapalenia zlepnego. Pomimo iż z zasady unikano przekłucia worka rupturowego, niezawsze się to udawało, a wynikłe stąd zejścia śmiertelne zdyskredytowały metodę, chociaż otrzymywano dość często pomyślne wyniki.

Nierównie szerszego rozgłosu i rozpowszechnienia doznała metoda, wynaleziona przez GERDY'ego w r. 1835, znana pod nazwą w p o c h w i e n i a (*invaginatio*). Polegała ona na wPOCHWIENIU skóry moszny zapomocą palca do kanału pachwinowego po uprzednim odprowadzeniu worka do jamy brzusznej i utwierdzeniu tak wprowadzonego stożka w kanale zapomocą kilku szwów, które po przebicciu skóry starano się przeprowadzić przez ściany kanału i wpukloną skórę moszny.

GERDY nie miał tu na celu, wbrew dotychczasowym metodom, wywołanie zapalenia zlepnego w samym worku, lecz tylko w ścianach kanału i otaczających tkankach, aby powstały w ten sposób wysięk zapalny umożliwił wrośnięcie trwałe wPOCHWIENIEGO stożka skóry, który w takim razie odgrywałby rolę

korca, zamykającego kanał pachwinowy. Tego jednak celu nie mógi nigdy osiągnąć w zupełności, gdyż po pewnym czasie wPOCHWIONA część moszny wysuwała się z kanału, z drugiej jednak strony otrzymywał dość liczne pomyślne rezultaty nawet trwałego wyleczenia, jak to stwierdziły badania na zwłokach osób operowanych na kilka lat przedtem. Znajdowano w tych razach znaczne zwężenie wrót i kanału pachwinowego, a nadto zarośnięcie i włókniste zgrubienie worka rupturowego. Widocznem było zatem, iż wPOCHWIONY stożek moszny uciskiem swym na ściany worka sprowadzał zapalenie zlepne, a przez ropienie przeprowadzonych nitek powstawało w kanale i tkankach otaczających zapalenie, prowadzące w razach pomyślnych do zarośnięcia lub zwężenia kanału. Nie obyło się jednak i bez powikłań niebezpiecznych, pomimo wszelkich ostrożności stosowanych dla uniknięcia zachwycenia worka ligaturą. Liczne modyfikacje pierwotnego sposobu GERDY'ego w celu udoskonalenia tegoż przez WUTZER'a ROTHMUND'a i innych, dowodzą jak wielką wagę przywiązywano do tej metody.

Nieodżałowany ś. p. profesor GIRSZTOWT, którego zapał i duch inicjatywy tyle przyczynił się do postępu chirurgii polskiej, już przed 40-u laty stosował metodę GERDY'ego i ROTHMUND'a u chorych w szpitalu Ujazdowskim.

Metoda GERDY'ego, przyjęta i praktykowana z zapalem przez chirurgów blisko przez ćwierć wieku, powoli straciła swój urok pod wpływem surowych wymagań krytyki, która śledząc gorliwie statystykę śmiertelności i trwałości wyleczenia, wykryła w tym względzie liczne zawody i braki, skutkiem czego poszła w zapomnienie. Co więcej, chirurgowie, jakby pod wpływem naturalnej reakcyi, popadli w pewne zniechęcenie, czego dowodem jest zupełne niemal zarzucenie leczenia radykalnego przepuklin w okresie, poprzedzającym epokę antyseptyczną. Przyznać jednak trzeba, że wszystkie prace naukowe, prowadzone z nieustającym zapalem od końca XVII wieku, rzuciły wielkie światło na anatomię, patologię i terapię ruptur i tym sposobem przygotowały grunt pod zasiew, z którego powstał wspaniały plon obecnej chirurgii pod wpływem wiekopomnej reformy LISTER'a.

Nowy ten okres leczenia doszczętnego przepuklin rozpoczyna CZERNY [1877], jakkolwiek przed nim już STEDE [1874], NUSSBAUM [1876], ANNANDALE [1877] wykonywali je i w pismach lekarskich ogłosili. Zasługa pierwszeństwa CZERNY'ego leży w tem, że metodę swoją oparł na racjonalnej podstawie i oparł ją szeregiem pomyślnie zakończonych operacyi.

Zanim przystąpie do opisu najbardziej upowszechnionych dziś metod, wypada poprzedzić je ogólnym poglądem na zasady, któremi kierują się chirurgowie.

W s k a z a n i a. Przed niedawnym jeszcze czasem wskazania do operacyi były znacznie ograniczone i to zależnie od stanu przepukliny, wieku pacyenta i innych okoliczności.

Do operowania kwalifikowały się przedewszystkiem ruptury, niedające się odprowadzić, dalej odprowadzalne, ale niedające się utrzymać bandażem, wreszcie takie, które, pomimo łatwego odprowadzenia i utrzymania bandażem, sprawiają przykre bóle, podrażnienia nerwowe i inne zaburzenia.

W dzisiejszym czasie wskazaniem do operacji jest życzenie pacyenta pozbycia się swej przepukliny, o ile ze strony ogólnego stanu zdrowia lub wyjątkowych zmian lokalnych nie zachodzą warunki, mogące wpłynąć niebezpiecznie na przebieg operacji lub udaremnić jej zadanie. Do pierwszej kategorii zaliczyć należy indywidua, których wątpliwy stan zdrowia mógłby być narażony na poważne niebezpieczeństwo skutkiem koniecznego leżenia w łóżku po operacji, a więc przy wysoko posuniętych wadach serca, płuc, ogólnym wycieńczeniu, chorobach nerek i t. p. Stany takie przedewszystkiem nie pozwalały na stosowanie narkozy ogólnej, niezbędnej dla operacji, dziś jednak względ ten stracił wiele na znaczeniu, albowiem wielu chirurgów wykonywa rzeczoną operację przy znieczuleniu miejscowem. Przeciwwskazaniami ze względu na niepomyślne warunki lokalne były wielkie, zadawnione przepukliny ze znacznem rozszerzeniem kanału pachwinowego, rozciągnięciem ściany brzusznej, wiotkością tkanek, a zwłaszcza mięśni brzusznych; również rozległe zrosty worka z zawartością, np. znacznej masy sieci zgrubiałej i przerosłej, której usunięcie do jamy brzusznej wymaga licznych podwiązań. Przy takich bowiem zmianach, nie tylko sama operacja sprawia poważne trudności, ale nawet w razie pomyślnego wyniku łatwo powstają nawroty, niweczące pracę chirurga.

Co do wieku wskazania dzisiejsze rozszerzyły swe granice nadzwyczajnie. Gdy niedawno jeszcze unikano operowania doszczętnego dzieci niemających lat 5 z powodu łatwego zakażenia rany moczem lub kałem, obecnie, jak przekonywają codzienne przykłady, operowane są z najpomyślniejszym wynikiem dzieci najmłodsze, a nawet przy piersi będące. W roku zeszłym operowałem dziecko, niemające 2 lat skończonych z powodu nieustających bólów, jakich doznawało ze strony ruptury mosznowej, niedającej się utrzymać bandażem i pomimo dość trudnej operacji z przyczyny nieustannego wypadania kiszek i niemożności utrzymania w stanie zupełnie czystym opatrunku, rana zagoiła się przez rychłozrost w ciągu dni 10-iu i obecnie zarośnięcie kanału jest doskonałe.

KAREWSKI ¹⁾ wykonywa tę operację ambulatoryjnie, zmienia opatrunki codziennie aż do wyjęcia szwów, a potem zaleca matce obmywać mydłem miejsce operowane dwa razy dziennie i smarować maścią ajrolową. Jak utrzymuje, wszystkie przypadki goją się doskonale w ciągu tygodnia do 10-u dni.

W wieku późniejszym operacja doszczętna bywa wskazana w rupturach nie dających się utrzymać bandażem, zwłaszcza przy dobrym stanie ogólnym, a najczęściej wykonywa się ją po operacji uwięznięcia. COLEY, w podobnych okolicznościach operował pomyślnie 70-letniego pacyenta.

Z tego, cośmy wyżej powiedzieli wynika, iż operacja doszczętna wykonywa się z powodzeniem nie tylko u dzieci, ale i w wieku późniejszym, najbardziej jednak jest wskazana u ludzi młodych i w wieku średnim, gdzie warunki pracy i ruchu wymagają pełni zdrowia, a żywotność organizmu sprzyja osiągnięciu doskonałego wyniku na drodze operacyjnej.

¹⁾ KAREWSKI. Zur Radicaloperation des angeborenen Leistenbruches kleiner Kinder. Centralblatt für Chirurgie 1902, Nr. 51.

Prawidła kardynalne leczenia doszczętnego są następujące: a) możliwie wysokie odjęcie worka rupturowego, aby uniknąć zagłębienia, do którego wciśkałyby się trzewa brzuszne; b) jak najdokładniejsze zamknięcie wrót kanału pachwinowego; c) szybkie zarośnięcie przez rychłozrost, na tej bowiem drodze otrzymujemy bliznę niewielką, silną, gdy tymczasem ropienie wytwarza bliznę obszerną i słabą, a więc podatną pod naparciem trzew; d) wreszcie głównie metody proste, łatwe do wykonania, przy których oprócz sznurka nasiennego, nic obcego nie pozostaje w kanale pachwinowym, zapewniają otrzymanie pomyslnego wyniku.

Przy opisie szczegółowym najbardziej uznanych dziś metod operacyjnych postaramy się wykazać różne ich odrębności, tymczasem zaś zajmiemy się przedstawieniem tego, co z natury przedmiotu wspólne jest wszystkim.

Po przecięciu skóry i luźnej powięzi aż do wrót zewnętrznych wyszukujemy przede wszystkim worek rupturowy i oddzielamy go od tkanek otaczających. Czynność ta nieraz nastrocza znaczne trudności, zwłaszcza oddzielenie od sznurka nasiennego, szczególnie przy rupturach wrodzonych u dzieci, gdzie niezarośnięty *processus tunicae vaginalis* ściśle jest zrośnięty ze sznurkiem i samym jądrem. W takich razach najpraktyczniej jest starać się o oddzielenie szyi worka, którą po podwiązaniu przecina się poniżej ligatury, a pozostałą część worka przy jądrze zaszywa się szwem zwykłym lub kapiuchowym. Głównym warunkiem jest oddzielenie szyi worka jak najwyżej, ile możliwości nawet od tylnej powierzchni obrączki wewnętrznej kanału; wszelkie zgrubienia w jego ścianie oraz zrosty powinny być starannie oddzielone i dopiero wtedy po wyciągnięciu szyi można przystąpić do podwiązania worka. Zanim to jednak nastąpi, musimy się zapewnić o dokładnem opróżnieniu worka z zawartości w nim będących. Jakkolwiek w wielu razach opróżnienie to łatwo się odbywa i podwiązanie można wykonać bez otwarcia go, jednak doświadczenie wskazuje że umyślne, metodyczne otwarcie worka przedstawia wiele innych korzyści, a mianowicie: już samo rozpoznanie worka w razie niewielkiej ruptury łatwe się staje przez nacięcie ściany jego, dalej po włożeniu wewnątrz palca niezmiernie ułatwiamy sobie oddzielanie go od przylegających błon, a zwłaszcza od sznurka nasiennego, wreszcie po otwarciu go przekonywamy się o jego wartości i wraz z zrostów odpowiednio postępujemy. Wszelkie zrosty worka z trzewami brzuszniemi, a mianowicie z siecią, muszą być jak najdokładniej oddzielone; jeśli zrosty z siecią są obszerne i trudne do oddzielenia, jeśli znacznie krwawią, a nadto część przyrośnięta jest zgrubiała i chronicznie zmieniona, należy ją wyciągnąć na zewnątrz i po podwiązaniu w zdrowym miejscu szeregiem ligatur odciąć, a resztę odprowadzić do jamy brzusznej. Dopiero po upewnieniu się dokładnem, iż żaden zrost, żaden sznurek nie pozostał w obrębie otworu od strony jamy brzusznej, możemy szyję worka podwazać i poniżej odciąć. Jeśliby wewnątrz worka znalazła się przyrośnięta pętlica kiszki, stanowiąca część masy powstałej ze zrośnięcia się kiszki z siecią lub krezką, natenczas po oddzieleniu całego pakietu od worka należy być przygotowanym nawet na rezekcję kiszki i dopiero po usunięciu tej masy, przystąpić do zamknięcia worka. O ile przy rupturach prostych i niewielkich wy-

starcza małe cięcie skóry i powięzi powierzchownej do należytego odosobnienia i usunięcia worka, o tyle w przypadkach cięższych, powikłanych należy przedłużyć cięcie wrót ku górze, aby mieć łatwy dostęp do wnętrza kanału i jasno zdać sobie sprawę z położenia worka do organów otaczających oraz znajdujące się w nim zawartości.

Chociaż przy opisie szczegółowych metod wskażemy różnice, cechujące je pod względem sposobu zeszywania kanału, tu zastanowimy się krótko nad zasadniczą stroną tej ważnej kwestyi. Nie mówiąc już o materiale do szwu, jakim się posługuje każdy chirurg, panuje tu dowolność, motywowana doświadczeniem, wynikami i zapatrywaniem osobistem. Jedni zeszywają tylko wrota, oraz przecięte brzegi rozciągną m. ukośnego zewnętrznego, czyli ścianę przednią kanału pachwinowego; druzzy zeszywają najpierw oddzielnie brzegi otworu tylnego kanału, a następnie dopiero ścianę przednią; inni znów nakładają szew na obie ściany kanału pachwinowego od razu. Przy szwie dwupiętrowym należy robić dłuższe cięcie ściany przedniej, aby uwydatnić sobie dokładnie stosunek obrączki wewnętrznej do sznurka nasiennego i nie ująć go w szew; w tym celu odciąga się sznurek zapomocą tępego haka na bok, a brzegi mięśni unosi się i wyciąga lekko szczypcami haczykowatymi przy przekłuwaniu igłą. Manipulacya ta szczególnie okazuje się skuteczną przy szwach dolnych w metodzie Bassin'ego, gdzie górny brzeg mięśniowy zszywamy z tkankami więzów Poupert'a. Liczba szwów zależy od każdego poszczególnego przypadku: im ruptura więcej zadawniona, otwór większy, tem więcej szwów potrzeba do zwężenia go. Podobnie się ma z odległością, w jakiej zakłada się szew od brzegu: w rupturach małych, przy mięśniach zdrowych i silnych wystarczy brać w szew wąską przestrzeń; przy otworach zaś dużych, gdzie brzegi mięśniowe są cienkie i wiotkie, należy brać znacznie głębiej, aby utworzona ściana miała odpowiednią spoistość i opór na przyszłość. Tutaj, jak wszędzie, obowiązuje ogólna zasada chirurgii: szew zbyt gęsty upośledza krążenie i odżywianie tkanek zeszytych; za rzadki—chybia celu. Przy zakładaniu szwu szczególnie od dołu należy unikać zachwycenia mięśnia prostego brzucha i wogóle brać niedaleko od brzegu, aby nie zakłócić rozgałęzień tętnicy nadbrzusnej (*art. epigastrica*), jak tego sam doświadczyłem, wyszukanie bowiem i podwiązanie tego naczynia przedstawia niemałe trudności. Wreszcie pamiętać trzeba o możliwych zboczeniach, tak ze strony wielkich naczyń, jak i zmienionego położenia głębszych organów, np. pęcherza moczowego.

Szew ściany przedniej, t. j. m. ukośnego zewnętrznego, jest o wiele łatwiejszy; tu głównie zwracamy uwagę, aby o tyle zwęzić wrota, ile potrzeba do swobodnego przejścia sznurka nasiennego. Bardzo ważnem jest, aby po przecięciu rozciągną nie oddzielać na znacznej przestrzeni od warstw głębszych, gdyż słabo unaczynione rozciągną łatwo może uleść zgorzeli. Dobrze więc jest pamiętać, aby szew nie był gęsto nakładany i niezbyt daleko od brzegów.

Ranę skórną zaszywa się zupełnie lub też z pozostawieniem luki w razie potrzeby sączkowania rany.

Ponieważ celem operacji doszczętej jest osiągnięcie zagojenia rany przez rychłozrost, musimy starać się o dokładne zatamowanie krwawienia, gdyż wszelkie wynaczynienia wewnątrz rany w okresie pooperacyjnym mogą dać powód do zakażenia i ropienia, które nie tylko sprawia wielkie przykrości pacjentowi i chirurgowi, ale może utrudnić cel podjętej operacji. W przypadkach zwykłych i prostych przepuklin operacja pod względem hemostazy nie przedstawia żadnych trudności i tą ranę skórną możemy zaszyć zupełnie. Jeśli zaś mamy do czynienia z rypurą zadawnioną, wielkich rozmiarów, gdzie liczne i grube zrosty tak zewnątrz, jak wewnątrz worka wymagają dłuższego czasu do ich nacięcia, z nieuniknionem przy tem podrażnieniem mechanicznem tkanek i długotrwałą operacją, tam oględność nakazuje pozostawić otwór w ranie, i wprowadzonym sączkiem z gazy ubezpieczyć się od stągnacyi możliwego wynaczynienia lub surowiczego wysięku, mogącego przy niektórych warunkach przejść w ropienie. W podobnych okolicznościach zwłaszcza przy rypurach mosznowych dobrze jest zrobić przeciwotwór niżej w samej mosznie i założyć na dni kilka sączek gumowy. Jako opatrunek rany skórnej w lekkich typowych operacjach możemy zastosować kawałek gazy, napojony *colloidium*, po operacjach zaś więcej powikłanych nakładamy opatrunek z licznych warstw gazy i poduszczonek waty, lekko uciskający.

P o w i k ł a n i a w okresie pooperacyjnym są ogólne i miejscowe. Do pierwszych należy głównie zapalenie płuc w postaci licznych, rozsianych ognisk, które zwykle występuje w kilka dni po operacji w różnem natężeniu tak co do zajętej przestrzeni płuca, jak odczynu gorączkowego i subiektywnego zachowania się pacjenta. Powikłanie to przy operacjach przepuklin, podobnie jak przy laparotomiach, polega widocznie na tych samych warunkach, dotąd jeszcze dostatecznie nie wyjaśnionych. Zdaje się, iż w niektórych przypadkach, przy ogólnych niekorzystnych warunkach przyczynić się do tego może wpływ dłuższej narkozy i dlatego robiąc operację u ludzi starszych, mających rozedmę płuca, przewlekły katar oskrzeli, chorobę serca lub u alkoholików, należy lepiej wyrzec się narkozy ogólnej, a posługiwać się znieczuleniem miejscowem, jak to czyni dziś bardzo wielu chirurgów. Niektórzy autorowie upatrują przyczynę zapalenia płuc w zatorach, powstających ze zgorzeli podwiązanych tkanek, których cząstki, prądem krwi uniesione, zatrzymują się w płucach. Gdyby tak było w istocie, to zapalenia tego rodzaju powinnyby występować nierównie częściej.

Jako powikłanie miejscowe występuje głównie ropienie szwów. Ropienie szwów płytkich nie przedstawia wielkiej wagi, natomiast ropienie głębsze może spowodować głębokie zatoki, a nawet wyjątkowo wywołać zapalenie otrzewnej. Już samo długie trwanie przetok ropnych jest dokuczliwym dla chorego, ważniejszym atoli następstwem bywa powstanie cienkiej, słabej blizny, ułatwiającej nawrót przepukliny. Jest to najważniejszy szkopuł, jakiego usilnie starają się uniknąć chirurdowie, wybierając do szwu materiał, dający wszelką możliwą rękojmię bezpieczeństwa. W tym celu jadni, chcąc uniknąć wpuszczanych szwów, wymyślili sposób zeszywania drutem metalowym [L. WOOD, JONESCO], którego końce wychodzą przez skórę na zewnątrz i tu się zawiązują,

aby w danym czasie po zrośnięciu się tkanek usunąć je z rany zupełnie. Przeważna zaś większość chirurgów zostawia szwy w ranie do zupełnego ich wessania się, zwracając głównie uwagę na dokładne ich wyjałowienie oraz na zachowanie najściślejszej aseptyki w czasie operacyi. Jako materiał najczęściej używany bywa jedwab, katgut oraz drut metalowy. Dawniej używano przeważnie jedwabiu, lękając się zbyt wczesnego wessania się katgutu, dziś jednak przekonano się, iż należycie przygotowany katgut posiada trwałość, dającą pewną rękojmię wytrzymałości.

Kwestya — przez jak długi przeciąg czasu należy trzymać chorego w łóżku po operacyi, zależy głównie od warunków miejscowych samej przepukliny; u osób młodych, silnie zbudowanych z małą rupturą bez ważnych powikłań w czasie operacyi, której wynikiem jest rychłozrost rany, można pacjentom pozwolić wstać po upływie 20-u dni, a po miesiącu zająć się pracą z pewnem jednak zastrzeżeniem co do podnoszenia znacznych ciężarów lub podobnych wysileń. Ludzie zaś starsi, dotknięci rupturami znacznej wielkości, przy wiotkich ścianach brzusznych, zwłaszcza po operacyach, powikłanych późniejszym ropieniem, powinni pozostać w łóżku znacznie dłużej, a w każdym razie zanim pogoją się przetoki ropne nosić opatrunek wzmocniony lekko uciskającą pelotą. Toż samo powiedzieć można o noszeniu bandaża rupturowego; operowani pierwszej kategorii wolni są od bandaży; tam zaś, gdzie zrost kanału jest słaby i obawa nawrotu istnieje, pacjenci winni stale nosić bandaż z płaską pelotą i lekko uciskającą sprężyną.

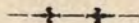
O prognozie operacyi i statystyce powiemy po opisie metod operacyjnych.
[D. n.]

II. PRZYCZYNEK DO LECZENIA BALNEOLOGICZNEGO chorych z eierpieniami sereą i tętnie.

Odczyt, wygłoszony na posiedzeniu Warsz. Tow. Lek. w d. 15 marca

Przez

dra Kazimierza Ciaglińskiego [Ciechocinek].



Nie mając zamiaru przedstawić całokształtu leczenia balneologicznego chorych na serce, chcę tylko w paru słowach zwrócić uwagę na podawanie wewnętrzne solanek i niektóre momenty stosowania kąpeli gazowych.

Solanek wewnętrznie chorym tej kategorii podajemy niejednokrotnie czyto z powodu współistniejącej skazy moczanowej, czy też z powodu cierpień przewodu pokarmowego i jak dotąd nie zalecano specjalnych w tej mierze ograniczeń, byle tylko zwracać uwagę na ilość moczu, *resp.* żeby ilość wprowa-

dzonych płynów nie przewyższała ilości moczu dobowej [GLAX]; jednakowoż, wobec nowych poglądów na zachowanie się soli kuchennej w ustroju chorych z cierpieniami serca i nerek, należałoby postępowanie nasze w tym względzie poddać rewizji.

Wynikła w ostatnich czasach dyskusja w paryskiej „*Société médicale des hopitaux*“, rzuca nowe światło na zajmującą nas kwestyę: pierwszy ACHARD ¹⁾ sformułował teorię obrzęków w chorobie BRIGHT'a w ten sposób, „że substancje mineralne, nie wydzielone z moczem, odkładają się w tkankach, a ponieważ mogą one, a s z c z e g ó l n i e j c h l o r k i istnieć w organizmie tylko w pewnym rozcieńczeniu, przyciągają więc do tkanek odpowiednią ilość wody i powodują obrzęki“; teorię tę potwierdza i obserwacja kliniczna: przy cierpieniach nerek, przeważnie ostrych, ale i przewlekłych, z obrzękami, znajdował ACHARD znaczne zmniejszenie wydzielania chlorków z moczem, a więc nagromadzenie ich w ustroju; natomiast przy usunięciu ich z pokarmów takich chorych następuje wyładowanie chlorkowe, znaczna ich ilość zjawia się w moczu, a jednocześnie obrzęki znikają; to samo działanie, co chlorkom przypisuje ACHARD w pewnej mierze i siarczanowi sodu.

VIDAL ²⁾ stwierdził słuszność tych poglądów doświadczalnie: podawał on dwóm chorym z miąższowem zapaleniem nerek po 10 gr. chlorku sodu dziennie — jednej przez 6, drugiej przez 9 dni i wywoływał tym sposobem obrzęki, których poprzednio nie było; znikaly one natomiast po dyecie mlecznej, *resp.* pożywieniu z małą ilością chlorków; w czterech przypadkach zapalenia nerek śródmiaższowego podawanie chlorków w nadmiarze obrzęków nie wywoływało, wszyscy jednak ci chorzy byli po świeżo przebytej dyecie mlecznej, a więc ze zmniejszoną ilością chlorków w sokach i tkankach organizmu; stąd wniosek, że dla wywołania obrzęków zwiększonym dowozem chlorków, trzeba żeby istniał już pewien ich nadmiar w ustroju; tę właśnie skłonność do nagromadzania chlorków widzimy u chorych z cierpieniami nerek.

MERKLEN ³⁾ zwraca uwagę, że chorzy na serce zachowują się względem chlorków tak samo, jak nerkowi: są skłonni do nagromadzania soli tych w ustroju i przy pochłanianiu ich w większej ilości zjawiają się u nich obrzęki.

Wynika z powyższego, że chorzy z cierpieniami nerek i serca znajdują się w stanie niestałej równowagi osmotycznej, że łatwo może ich z niej wyprowadzić podawanie większej ilości chlorków w pokarmach nawet, a tembardziej podawanie tych roztworów jeszcze poza pożywieniem.

Przytoczone powyżej debaty skłoniły dwóch badaczy — J. CASTAIGNE'a i F. RATHERY—do przeprowadzenia doświadczeń, jak działają roztwory chlorku sodu na nabłonek nerkowy ⁴⁾; badali wpływ pomienionych roztworów „*in vitro*“

¹⁾ Semaine médicale 1903, Nr. 20—25.

²⁾ Semaine médical 1903, Nr. 24.

³⁾ Semaine médicale 1903, Nr. 25.

⁴⁾ Semaine médicale 1903, Nr. 38: Etude expérimentale de l'action des solutions de chlorure de sodium sur l'épithelium rénal [ref. w „Gazecie Lek. Nr. 1, 1904].

i doświadczalnie na zwierzętach i klinicznie; macerując wycięte cząsteczki nerki w różnej koncentracji roztworach soli kuchennej, znaleźli, że tylko w roztworach zamarzających przy — 0,78 nabłonek pozostawał niezmienionym, we wszystkich innych zaś nabłonek kanalików krętych podlegał zmianom: komórki były albo pomarszczone, albo napęczniałe; autorowie wnioskują z tego, że roztwory soli kuchennej spacyalnie trującego działania na nabłonek nerkowy „*in vitro*“ nie mają, zmiany zaś powyższe zależą tylko od procesów osmotycznych.

Doświadczenia na zwierzętach i badanie kliniczne doprowadziły autorów do wniosku, że można wywoływać białkomocz i przez usunięcie chlorków i przez podawanie nadmiernych ich ilości z pożywieniem lub zastrzykiwanie podskórne roztworu fizyologicznego soli kuchennej — z trudnością u zwierząt ze zdrowymi nerkami, łatwo u takich, gdzie poprzednio wywołano cierpienie nerek; przy sekcyi znajdowali w nabłonkukanalików krętych zmiany, identyczne ze znajdowanymi przy doświadczeniach *in vitro*. Istnieje więc, jak się zdaje, dla nerki pewne *optimum* zawartości chlorku sodu we krwi, a przekroczenie jego w jednym lub drugim kierunku wywołać może w pewnych tylko warunkach w zdrowej, łatwo zaś w cierpiącej już nerce poważne zmiany w nabłonku kanalików krętych. Dla nas ważną jest szkodliwość powiększenia dowozu chlorków, bowiem szkodliwe skutki zmniejszenia tegoż obserwowali wymienieni badacze i u zwierząt i u ludzi tylko przy zupełnem usunięciu ich z pożywienia o s o b n i k ó w z d r o w y c h; natomiast u nerkowych i sercowych, u których — jak widzieliśmy wyżej — istnieje skłonność do nagromadzania chlorków w ustroju, zmniejszenie ich dowozu (*resp.* dyeta mleczna) lub usunięcie zupełne z pożywienia, powodowało znikanie obrzęków i poprawę ogólną.

Opierając się na powyższem, sędzę, że zalecając chorym z cierpieniami serca i tętnic wewnątrznie solanki, należy baczną zwrócić uwagę na stan ich nerek, tak często dotkniętych, szczególnie u tych ostatnich, a jeśli nawet nie skonstatujemy żadnych zmian wyraźnych, nie podawać ich [solanek] chorym sercowym, u których zjawiały się obrzęki.

Zdarzyło mi się dwa razy widzieć przypadki, że artrytycy, którzy poprzednio żadnych wyraźnych objawów ze strony nerek nie przedstawiali, w parę tygodni po przeprowadzeniu leczenia w Karlsbadzie dostali napadu moczniczy; kto wie, czy w tych razach nie zawiniło używanie przez czas dłuższy wody, zawierającej znaczne ilości siarczanu sodu, któremu ACHARD przypisuje w tym względzie działanie podobne, jak chlorkowi.

Od czasów BENEKE'go rozpowszechniło się stosowanie u sercowych chorych kąpieeli gazowych, t. j. zawierających znaczne ilości wolnego kwasu węglowego; główną cechą, a zarazem i zaletę ich stanowi, że, wskutek podrażnienia licznie skórę obsiadającymi pęcherzykami gazu, następuje czynne rozszerzenie tętnic obwodowych, zmniejszenie częstości tętna i powiększenie jego fali; sprowadzamy więc tym sposobem ważną zmianę w mechanizmie krążenia, nakładamy większą pracę na tętnice obwodowe, natomiast skutkiem zmiany warunków hydrostatycznych — zmniejszamy pracę serca, dajemy mu możność kurczyć się dokładniej i rzadziej — zatem dłużej — po każdym skurczu wypoczywać;

i—jednym słowem—ćwiczmy tętnice, oszczędzamy serce. Już z tego określenia wynika, że dla stosowania kąpeli gazowych koniecznym jest, żeby tętnice były w stanie odpowiedzieć narzuconemu im zadaniu, żeby posiadały pewien stopień sprawności, żeby mogły znieść bez szkody zmiany w ciśnieniu. Wszyscy niemal badacze zgadzają się, że obojętne i chłodne kąpiele gazowe ciśnienie w naczyniach podnoszą: LEHMANN ¹⁾ znajdował po kąpeli gazowej [25,7° R.—25 min.] znaczne podniesienie ciśnienia; STIFFLER w kąpeli gazowej [27,2 R.] znajdował z początku spałek ze 150 do 130 mm., potem podniesienie do 165 mm.; SCHOTT znajdował podniesienie ciśnienia; JACOB ²⁾ znajdował na przemian to podniesienie, to obniżenie ciśnienia, pierwsze ze zmniejszeniem, drugie z powiększeniem fali tętna; zmiany następowały mniej więcej co 20 sekund; ten sam objaw, tylko mniej wybitny, obserwował i w słodkiej kąpeli tej samej ciepłoty, ale podczas gdy w niej średniadawała obniżenie ciśnienia, to w gazowej natomiast—podniesienie. Tylko EWALD ³⁾ znajdował ciśnienie w kąpeli gazowej albo bez zmiany albo obniżone; ponieważ jednak operował z kąpielami zbyt ciepłymi [30° R.], a zawierającymi małe ilości gazu [sztucznie nasycone], więc wynikiem jego wielkiej wartości przypisywać nie można.

Do podobnego jednak wniosku, t. j. że kąpiele gazowe nie podnoszą znacznie ciśnienia w tętnicach, doszli O. REISSNER i G. GROTE ⁴⁾ na zasadzie 43-ch doświadczeń, robionych w Nauheimie na 14-u chorych z różnymi cierpieniami, między innymi serca i tętnic; pomiary ciśnienia robione były tonometrem GAERTNER'a przed i po kąpielach z większą (*Sprudelbäder*) i mniejszą (*Thermalsoolbäder*) zawartością gazu; badań robiono za każdym razem 3, z których brano przeciętną, przyczem jeden z badaczy uważał na palec badanego, nie widząc manometru; ciepłota kąpeli wahała się między 25,6—28° R. W rezultacie otrzymali: 1) 18 razy wahania ciśnienia nie przenosiły 5 mm. w jedną lub drugą stronę, 2) 14 razy obniżenie ciśnienia, 3) 11 razy podniesienie tegoż; wielkie różnice obserwowali tylko 2 razy: raz obniżenie z 40 mm. u chorego ze stwardnieniem tętnic i raz podniesienie o 43 mm. przy niedomykalności i zwężeniu zastawki dwudzielnej; badania, powtórzone w parę dni u tych samych pacjentów i w tych samych warunkach, już tak wysokich różnic nie dały.

Badanie REISSNER'a i GROTE'go nie są przekonującymi, nie wiadomo z nich nic bowiem o zachowaniu się ciśnienia w samej kąpeli, a tu może być decydującą dla chorego pierwsza chwila po wejściu do wanny.

Z przytoczonych głosów wywnioskować należy, że jakkolwiek w działaniu kąpeli gazowych na ciśnienie krwi znajdujemy dość znaczne różnice indywidualne, jednakże w większości przypadków otrzymujemy podniesienie ciśnienia, które trwa nierzadko i po kąpeli; czyż więc u chorych ze stwardnieniem tętnic stosować je można i w jakich warunkach? Na to pytanie w dostępnej

1) LEHRMANN. Blutdruck nach Bädern. Zeitschr. f. klin. Med. T. 6. 1883.

2) JACOB. Grundzüge der rationellen Balneotherapie. Berlin, 1870.

3) EWALD. Kurze Mittheilungen ueber Kohlensäurebäder. Berlin. klin. Wochenschr. 1887, Nr. 25.

4) Beitrag zur Wirkung der Kohlensäurehaltigen Thermalsoolen nach Versuchen an Nauheimer Bädern. München. medic. Wochenschr. 1903 r. Nr. 40.

mi literaturze jasnej odpowiedzi nie znalazłem: OERTEL wyraża się ogólnikowo, że „*man alles baden kann*“, GRÖDEL ¹⁾ mówi o kąpielach nauheimskich, że „mogą być pożyteczne nawet przy wyraźnem stwardnieniu tętnic“. REISSNER i GROTE chwala bardzo wyniki kąpeli gazowych „*gerade bei Arteriosclerose, auch bei Schrumpfniere*“; GLAX ²⁾ znajduje wskazanie dla gazowych kąpeli przy utajonem stwardnieniu tętnic (*latente Arteriosclerose v. Basch*) — ale dodaje, że mogą być dobrze znoszone i przy jasno wyrażonem stwardnieniu tętnic. Sądziłbym jednak, że w przypadkach tej ostatniej kategorii kąpiele gazowe stosować można tylko wyjątkowo, a nigdy tam, gdzie można przypuszczać zmiany w tętnicach mózgowych; bardzo ostrożnie stosować natomiast można w przypadkach, w których istniejąca obok niezbyt znacznego stwardnienia tętnic wada zastawkowa wpływa na obniżenie ciśnienia i śmieiej przy dusznicy bolesnej bez daleko posuniętych zmian w tętnicach obwodowych, co u chorych tego rodzaju spotyka się wcale nierzadko.

W ostatnich czasach DUNIN zwrócił uwagę na częstość niskiego ciśnienia tętniczego u cierpiących na dusznicę bolesną, co objaśnia fakt, że przy tem właśnie cierpieniu kąpiele gazowe cieszą się ustaloną reputacją; niemniej ważne dla interesującej nas kwestyi jest drugie spostrzeżenie tegoż autora, że około 20% chorych ze stwardnieniem tętnic ma ciśnienie normalne, lub nawet niższe od normy; u takich chorych także nie widziałbym przeciwwskazania do stosowania kąpeli gazowych.

Rzecz prosta, że w ocenianiu ciśnienia u chorych, którym chcemy kąpiele gazowe [a może i wogóle wszelkie kąpiele] stosować, należy starać się o możliwą dokładność i nie ograniczać zwykłemi klinicznymi sposobami, ale stosować także i pomiary; ja posilkowałem się ubiegłego lata tonometrem GAERTNER'a i w przypadkach wątpliwych wynik pomiarów bywał dla mnie decydującym.

¹⁾ GRÖDEL. Bad Nauheim und die Behandlung chronischen Herzkrankheiten. Pet. med. Woch. 1893, Nr. 16.

²⁾ Lehrbuch der Balneotherapie — Stuttgart 1897.

ODCINEK.

Syfilis w stosunku do społeczeństwa.

Odczyt wygłoszony dnia 10 lutego 1904 r. w wydziale biologicznym Warsz. Tow. Hygien.

Przez

dra Wacława Wesołowskiego,

lekarza ambulat. chorób skórnych i wener. w szpit. Ś-go Ducha.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 19].

Z powyższego widzimy, że co się tyczy dziedziczenia syfilisu ze strony matki, to nie mamy żadnych dowodów, ażeby mógł być syfilis przeniesiony za pomocą jaja (*ovulum*), tak że pozostaje jedynie pewny sposób przekazywania syfilisu z matki na dziecko za pomocą wewnątrzmacicznego zarażenia. Tą drogą przechodzi na dziecko syfilis matki, bez względu czy został zdobyty przez nią przed zapłodnieniem, czy też po zapłodnieniu. Dziedziczenie to przez łożysko nie jest bezwzględnie konieczne, lecz tylko możliwe.

Dziedziczenie syfilisu po ojcu w ścisłym tego słowa znaczeniu, t.j. przez nasienie jest dotychczas niedowiedzione. Za możliwością dziedziczenia wogóle syfilisu po ojcu przemawiają następujące względy:

I. Codzienne życiowe i lekarskie doświadczenie poucza, że w rodzinach, których ojciec przechodził syfilis a matka nigdy nie miała żadnych objawów syfilisu, często rodzą się dzieci obarczone dziedzicznością syfilityczną. Jeszcze bardziej przemawiającymi są przypadki, spostrzegane przez FINGER'a, w których ojcowie syfilitycy w czasie powrotów choroby wydawali potomstwo syfilityczne, a po zniknięciu objawów choroby — zdrowe.

Przypadki tych typów są tak liczne, że autentyczność samego faktu przechodzenia syfilisu z ojca na potomstwo nie podlega wątpliwości. Rzecz się ma inaczej, niestety, z interpretacją tego faktu, a mianowicie, czy potomstwo otrzymuje zarazek syfilityczny bezpośrednio przez nasienie ojca chorego, czy też za pośrednictwem matki już poprzednio zarażonej przez ojca — pozostaje jeszcze sprawą niedokładnie i niedostatecznie wyjaśnioną.

II. Drugi dowód, przemawiający za przekazywaniem syfilisu z ojca na potomstwo, stanowią bardzo częste poronienia w małżeństwach, w których mąż tylko przechodził syfilis, a żona pozornie przynajmniej zupełnie zdrowa.

Statystyka FOURNIER'a oblicza procent poronień w takich warunkach na 39, jeżeli zaś ojciec i matka są obarczeni syfilisem, to na 92. Jeśliby jedynym źródłem dziedziczności syfilitycznej była chora matka, to odsetek w obydwóch przypadkach, sprowadzonych w ten sposób do jednego, powinienby być jednakowy.

Jeszcze bardziej uderzającymi i przekonującymi są przypadki, w których w małżeństwie było już kilka ciąży najzupełniej szczęśliwych, a następnie po zachorowaniu ojca na syfilis zaczął się cały szereg samych tylko poronień.

III. Trzeci dowód mówiący za przekazywaniem syfilisu z ojca na potomstwo, dostarczają nam wyniki leczenia swoistego.

Znane są powszechnie spostrzeżenia następującego typu: żona zupełnie zdrowa, mając męża syfilityka, przebywa cały szereg poronień: 2 — 3 — 4 nawet

6, a po poddaniu się tylko wyłącznie męża eczeniu swoistemu następują zupełnie normalne ciążę.

Jako IV dowód przechodzenia syfilisu z ojca na potomstwo FOURNIER podaje t. zw. *syphilis par conception*, t. j. syfilis matki nabyty przez zapłodnienie od płodu. Syfilis przez zapłodnienie obejmuje następującą kategorię przypadków: mąż przechodził syfilis; w chwili żenienia się i ewentualnego zapłodnienia nie miał żadnych objawów choroby, żona zaś po zajściu w ciążę dostaje objawów wtórnych syfilisu, lecz bez objawu pierwotnego i dziecko rodzi się również syfilityczne.

FOURNIER, zestawivszy wyżej wspomniane 4 kategorye dowodów, powiada, że dziedziczenie syfilisu ze strony ojca stanowi prawdę kliniczną niezaprzeczoną. (*...une verité clinique irrecusable*).

Na korzyść dziedziczenia syfilisu ze strony ojca przemawia jeszcze i ta kategoria przypadków, w których żony dawnych syfilityków, niemających już żadnych objawów, rodziły dzieci syfilityczne, a owdowivszy z powtórnego małżeństwa z osobnikami zdrowymi rodziły dzieci zdrowe pod względem syfilisu.

Dla podtrzymania wątleo gmachu teoryi dziedziczenia syfilisu ze strony ojca, KASSOWITZ chciał zużytkować znane przypadki bliźniąt, z których jedno było syfilityczne a drugie zdrowe, wyjaśniając powyższe spostrzeżenie w ten sposób, że jedna nitka nasienna może zawierać zarazka syfilitycznego więcej, a druga mniej lub wcale.

Ze sprawą możliwości przechodzenia na potomstwo syfilisu, obarczającego wyłącznie tylko ojca, jest związane pytanie, czy może kobieta zdrowa urodzić syfilityczne dziecko?

MATZENAUER, przeciwnik dziedziczości ze strony ojca, odpowiada, że nie i że kobieta musi mieć syfilis co najmniej w stanie ukrytym.

Prof. NEUMANN, w którego klinice MATZENAUER się wykształcił i do dzisiaj pozostaje, nie zgadza się zupełnie z poglądami swojego ucznia i cytuje spostrzeżenia swoje z praktyki, z których wynika, że kobiety zapłodnione przez syfilityków były zarażane następnie w rozmaitych miesiącach ciąży i miawały pierwotne wrzody syfilityczne. A zatem pomimo zapłodnienia przez syfilityków były zdolne do przyjęcia zarazka syfilitycznego, czyli wolne od syfilisu.

Teraz postaramy się rozpatrzyć wszystkie główne dowody, mówiące przeciw możliwości dziedziczenia syfilisu bezpośrednio ze strony ojca.

Pierwszym dowodem, który podkopuje z góry samą myśl o możliwości istnienia wyżej wymienionej dziedziczości, jest zupełny brak zjawisk podobnych w przekazywaniu innych chorób zaraźliwych.

Nie znamy ani jednej choroby zaraźliwej, której dziedziczenie przez nasienie byłoby wiadomem i dowiedzionem.

Zarazki gruźlicy i trądu mogą być wprawdzie w pewnych warunkach przymieszane do nasienia i tam były spostrzegane, lecz nigdy i nikt nie stwierdził ich obecności w samych nitkach nasiennych.

Zwolennicy dziedziczenia syfilisu bezpośrednio z ojca przez nasienie na potomstwo opierają się między innymi na badaniach prowadzonych nad tak zwanymi „pebrine’ami albo gastine’ami“ u jedwabników.

Jest to choroba jedwabników zaraźliwa, nagminna, i jak zwykle nazywają — dziedziczna, przy której spostrzegano we krwi w i organach chorych poczwarek małe błyszczące ciała, zwane ciałkami CORNALI’a i przez COHN’a, LEBERT’a i NAEGELI do *schizomycetes* zaliczone. Też same ciała — duże koki — spostrzegano wewnątrz jajek, z których rozwijały się osobniki chore. Błąd przy zużytkowaniu tego spostrzeżenia na korzyść dziedziczenia chorób zakaźnych przez nasienie polega na tem, że koki owe były widziane w jaju już zapłodnionem, które odpowiada płodowi u zwierząt ssących, a nie komórce nasiennej.

Tak więc jak widzimy, spostrzeżenia nad pebryne'ami nie dowiodły wcale możliwości istnienia zarazków — drobnoustrojów wewnątrz samych komórek nasiennych.

Nie od rzeczy tu będzie przytoczyć zdanie PALTAUF'a, wypowiedziane w Towarzystwie lekarskiem w Wiedniu w roku zeszłym podczas rozpraw z powodu odczytu MATZENAUER'a o dziedziczności syfilisu, że komórka nasienne gdyby była zarażona zarazkiem organizowanym — drobnoustrojem, to należy przypuszczać, że względu na jej subtelną budowę, nigdy nie byłaby zdolną do dalszego normalnego rozwoju.

Drugim dowodem, mówiącym przeciw dziedziczności ze strony ojca, jest fakt niezaprzeczony, że nasienie syfilityków zwykłym sposobem przez dotyk nie jest zaraźliwym.

MIREUR szczepił rozmaitymi sposobami 4-em osobom zdrowym nasienie syfilityków z okresu zaraźliwego i otrzymał we wszystkich przypadkach wyniki ujemne.

Doświadczeń zrobiono tak mało, że należy je uważać stanowczo za niedostateczne do bezwzględnej przesądzenia tak ważnej sprawy.

FOURNIER nie uznając, ażeby niezaraźliwość nasienia syfilityków przez dotyk była faktem przeczącym dziedziczności syfilisu ze strony ojca, zaznacza, że jest poważna różnica pomiędzy przeniesieniem zarazka przez dotyk a rozwinięciem się zarazka w tych warunkach, jakie stwarza zapłodnienie i wśród biologicznych spraw z nim związanych, a dla nas do obecnej chwili prawie zupełnie tajemniczych.

FOURNIER przypuszcza, że zarażenie, niemożliwe przez dotyk, może nastąpić w warunkach stworzonych przez owe tajemnicze i nieznanne nam sprawy biologiczne, towarzyszące zapłodnieniu i następujące po nim.

Trzecim argumentem, stawianym przeciwko uznaniu dziedziczności syfilisu ze strony ojca, jest niezaprzeczone przez nikogo spostrzeżenie, że jest znacznie więcej ojców syfilitycznych, aniżeli dzieci syfilitycznych.

Według słusznej uwagi FOURNIER'a jest to tylko dowodem, że syfilis na szczęście ludzkości niezawsze przechodzi na potomstwo, ale nie przeczy wcale możliwości takiego przechodzenia, którego licznych przykładów dostarcza obficie codzienna życiowa praktyka. Tutaj jednak zaznaczyć należy, że jeżeli spotykamy przypadek syfilisu dziedzicznego u dziecka, pochodzącego ze stadła, w którym ojciec przechodził syfilis, a u matki pozornie zdrowej nie wykluczaliśmy ściśle istnienia syfilisu, to nie możemy wnioskować w takich przypadkach bez zastrzeżenia, że syfilis pochodzi od ojca przez nasienie bezpośrednio, t. j. bez zarażenia uprzedniego matki.

Dalej przeciw przypuszczeniu dziedziczenia syfilisu ze strony ojca mówią znane i wcale nie rzadkie przypadki, w których zupełnie zdrowe dzieci rodziły się z ojców z zupełnie świeżym syfilisem w okresie wtórnym, jeżeli tylko matki uniknęły zarażenia, t. j. pozostały zdrowymi.

Sam FOURNIER przyznaje, że nie można tego policzyć na korzyść leczenia specyficznego, ponieważ zdrowe dzieci zdarzały się w stadłach, w których ojciec miał syfilis świeży i go leczył bardzo niedbale lub wcale.

Przeciw dziedziczności syfilisu ze strony ojca mówi również fakt, że od czasu jak zaczęto badać dokładniej matki, liczba przypadków syfilisu, odziedziczonego jakoby wyłącznie po ojcu, znacznie się zmniejszyła. Co się tyczy przypadków, przytaczanych jako dowody dziedziczności ze strony ojca, w których zdrowe kobiety miały z mężami syfilitykami dzieci syfilityczne, a następnie wychodząc powtórnie za mężów zdrowych miały dzieci zdrowe, to można im przeciwstawić również przypadki, w których wdowy po syfilitykach przy wtórnych związkach ze zdrowymi mężczyznami miały dzieci syfilityczne.

MATZENAUER, przeciwnik teorii dziedziczenia syfilisu ze strony ojca, uważa, że dowód czerpany z wpływu leczenia ojca na przebieg ciąży następnych u żon jest stanowczo przesadzony i że wiele przypadków da się wytłómaczyć wpływem czasu, z którego biegiem wyczerpuje się zdolność przekazywania się zarazka drogą dziedziczenia.

Co się tyczy ciąży po ojcach syfilitykach, kończących się dziećmi zdrowymi, po których i przed którymi były dzieci syfilityczne, to takie uszeregowanie ciąży zdarza się tak dobrze jeżeli matka jest pozornie zupełnie zdrową, jak i wtedy, kiedy ma niezaprzeczenie syfilis.

Przeciw dziedziczeniu wyłącznie ze strony ojca przemawiają przypadki syfilisu dziedzicznego u dzieci, pochodzących ze stadel, w których nibyto tylko ojciec przechodził syfilis, a matka zupełnie zdrowa, gdy tymczasem badanie łożyska matczynego wykazuje zmiany syfilityczne.

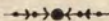
Na podstawie powyższego sprawa dziedziczności syfilisu ze strony ojca przedstawia się w następujący sposób. Że ojciec syfilityk wnosi syfilis do rodziny i często ma syfilityczne dzieci — nie ulega wątpliwości. Przekazanie to syfilisu dzieciom może nastąpić: 1) przez zarażenie matki, co nie podlega wątpliwości i na co się wszyscy zgadzają lub też 2) bez zarażenia matki, tylko przez samo nasienie, na co nie mamy żadnych dowodów — jak to już omówiono wyżej.

Jeżeli odrzucimy tedy możność przenoszenia się syfilisu przez nitki nasienne, dla wytłómaczenia pochodzenia syfilisu u dzieci, których tylko ojciec, choć w chwili zapłodnienia jest bez objawów, lecz kiedyś przechodził syfilis, a matka zdrowa, t. j. bez żadnych objawów syfilisu, narzuca nam się przypuszczenie jedynie mogące nas wybawić z kłopotu, że jednak w takich przypadkach syfilis udzielony został dziecku przez matkę, która w tej, czy w innej postaci musi go posiadać. U matek jednak w przypadkach wyżej wspomnianego typu wybitni nawet badacze nie znajdowali żadnych objawów ani śladów syfilisu.

A jednak bez syfilisu u tych matek nie moglibyśmy wytłómaczyć sobie syfilisu dziedzicznego u ich dzieci. Wobec tego nastęrcza nam się przypuszczenie, że owe matki mogły mieć jakieś minimalne objawy, których nawet wybitni badacze nie dostrzegli, lub że miały t. zwany syfilis ukryty z objawami niedostępnymi dla dzisiejszych sposobów badania, który w przyszłości dzięki udoskonaleniu tych sposobów może stać się zupełnie wykazalnym.

Możliwy jest jeszcze jeden sposób przekazania syfilisu z ojca bezpośrednio na płód, a mianowicie: wewnątrzmaciczne zarażenie płodu przez płyn nasienny ojca. Wiadomo, że chociaż nikt nie znalazł zarazków, *resp.* drobnoustrojów w komórkach nasiennych, t. j. w nitkach nasiennych ani w jajach, mimo to zarazki te mogą być przymieszane do płynu nasiennego i przez ten płyn dostać się do zapłodnionego jaja. W takim razie otrzymujemy wewnątrzmaciczne zarażenie płodu przez płyn nasienny ojca. [C. d. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



29. O. Vulpius. Leczenie stopy szpotawej.

W przeciągu ostatnich 10-u lat autor miał możność leczenia 1000 przypadków stopy szpotawej. Na zasadzie tak dalece obfitego materiału **VULPIUS** wypowiada swe wnioski, posiadające niezaprzeczenie doniosłą wartość praktyczną.

I. Leczenie stopy szpotawej wrodzonej powinno się rozpoczynać w drugim miesiącu życia dziecka, a u silniejszych osobników nawet wcześniej. Drugi i trzeci miesiąc autor poświęca zabiegowi przygotowawczemu, polegającemu na t. zw. *redressement* stopniowem, wykonywanem 1—2 razy dziennie i na owijaniu, ustalającym kończynę w położeniu możliwie zbliżonem do prawidłowego zapomocą bandaży flanelowego na przeciąg paru godzin na dobę. Właściwe leczenie przez zastosowanie t. zw. „*modellierendes Redressement*“ zaczyna się w 4-ym miesiącu życia dziecka i bywa dokonywane na jednym lub na kilku posiedzeniach. U dzieci, przybywających na leczenie po trzecim miesiącu życia i przed ukończeniem roku, V. stosuje zabieg przygotowawczy przynajmniej w ciągu dni 14-u. Również u chorych starszych należy przedewszystkiem próbować *redressement*, ponieważ wogóle, zdaniem autora, pierwotny zabieg krwawy winien być poczytywany za błąd leczniczy. Jednakowoż VULPIUS zadaje sobie następujące pytania: czy to *modellierendes Redressement* jest w samej rzeczy zabiegiem zupełnie bezkrwawym? Czy daje ono absolutną rękojmię bezpieczeństwa? Czy udaje się zawsze? Czy dobry wynik, w istocie odpowiada prawidłowym stosunkom anatomicznym? Czy leczenie następcze potrafi usunąć i to jakim sposobem pewne braki pozostałe po *redressement*?

Przedewszystkiem, zabieg omawiany rzadko bywa w zupełności bezkrwawym, ponieważ nie podobna obejść się w większości przypadków bez przecięcia ścięgna Achillesa, a w niektórych razach i bez przecięcia powięzi podeszwowej, bez aponeurotomii. Powtórę, sam autor spostrzegł po zabiegu u dzieci: drgawki, złamania przedudzia, wygięcia nieprawidłowe goleni u osobników dotkniętych krzywicą, pogorszenie objawów tej ostatniej podczas następczego unieruchomienia kończyny, wreszcie występowanie odleżyn, które w 4-ch przypadkach doprowadziły do ropówki (*phlegmone*), a nawet do zgorzeli oddzielnych kości śródstopia i stępu.

Po trzecim, niezawsze udaje się wykonanie *redressement*. Przy znacznem bowiem wrodzonym zniekształceniu stępu zabieg okazuje się niewykonalnym bez jednoczesnego nadwichnięcia śródstopia. Z powodów powyższych odprowadzenie (*abductio*) i zgięcie grzbietowe stopy staje się prawie niemożliwem; stopa przybiera położenie zbliżone do stopy końskiej, a wyrostek tylny kości piętowej bywa w tych razach znacznie uniesiony ku górze.

Po czwarte, pozornie dobre wyniki po *redressement* niezawsze odpowiadają w zupełności prawidłowym stosunkom anatomicznym: stopa pozostaje niekiedy skróconą w swym wymiarze podłużnym, wyrostek tylnej kości piętowej zostaje bez zmiany skierowany w górę, w niektórych przypadkach mamy do czynienia ze stopą wydrążoną albo przeciwnie ze stopą płaską wskutek zbyt forsownego *redressement*, dalej, spostrzegano znaczny zanik mięśni goleni, ruchy ograniczone w stawie skokowym, a nawet zupełną jego sztywność, szczególnie u dorosłych, wreszcie skłonność stopy, *resp.* stóp do zwracania się ku wewnątrz (*Innenrotation*).

Braki powyższe mogą być w znacznej części usunięte, lecz tylko na drodze operacyjnej. Mianowicie, w przypadkach zbytznego uniesienia ku górze wyrostka tylnego kości piętowej należy go odsłonić i silnie nagiąć ku dołowi zapomocą tępego haka. Wrazie stopy wydrążonej należy wykonać aponeurotomię. Jeśli zgięcie grzbietowe w stawie skokowym nie dało się osiągnąć, lub gdy wystąpiło zeszczywnienie stawu, to pozostaje wyłuszczenie kości skokowej. Częściowa rezekcja tej ostatniej wskazana bywa przy zeszczywnieniu kostnem kości stępu. Zdarza się, że po *redressement* małeńka stopa dziecka stale jak gdyby się wymyka z opatrunku ustalającego. Zaradzić temu można zapomocą skrócenia rozginaczy i operacji przeszczepiania ścięgien. W przypadkach uporczywego zwracania się stóp ku wewnątrz pozostaje wykonanie osteotomii nadkostkowej.

Pomimo więc niezupełnie pomyślnych wyników w niektórych przypadkach, autor oddaje pierwszeństwo w leczeniu stopy szpotawej wrodzonej zabiegowi bezkrwawemu, t. j. *redressement*. Dopiero gdy zabieg ten okaże się bezskutecznym lub pod względem wyników niedostatecznym, V. radzi przystępować do zabiegów krwawych.

II. Leczenie stopy szpotawej paralitycznej polega na leczeniu zniekształceń i na leczeniu porażeń. Pod względem zapobiegawczym autor daje następujące krótkie wskazówki: przy porażeniu mięśni przedudzia należy wykonywać systematyczne ruchy bierne, wyciągania ścięgna Achillesa, umieszczanie kończyny w opatrunku ustalającym na noc. W przypadkach stałych zniekształceń czyto ze strony części miękkich, czyto ze strony części kostnych winno się przedewszystkiem przystąpić do usunięcia zmian tego rodzaju. Na pierwszym planie znajduje się tu *modellierendes Redressement*, z tenotomią ścięgna Achillesa lub bez niej. Zabieg ten okazuje się jednak b. często niewystarczającym i to mianowicie w tych przypadkach, kiedy mamy do czynienia ze znaczną przewagą pewnej grupy — porażonej. Ta przewaga czynnościowa pewnych mięśni może być pokonana jedynie zapomocą operacji przeszczepienia ścięgien. Nie wdając się w szczegóły, wypada tylko zaznaczyć, że ten ostatni zabieg daje b. często wyniki pomyślne pod dwoma względami: 1) kończyna otrzymuje kształt i położenie prawidłowe, 2) stopa odzyskuje sprawność czynnościową mniej lub więcej zupełną i wszechstronną, zależnie od ilości mięśni porażonych. W przypadkach porażenia wszystkich mięśni lub najważniejszych z tych, od których zależą ruchy w stawie skokowym — otrzymujemy t. zw. staw cepowy. Rozumie się, że w takim razie przeszczepianie ścięgien wykonane być nie może dla braku mięśni zdrowych pod względem czynnościowym i pozostaje albo operacja skrócenia ścięgien, albo t. zw. *arthrodesis* stawu skokowego w celu unieruchomienia stopy w położeniu środkowym, najbardziej prawidłowym. *Arthrodesis*, dążąca do wywołania zupełnego zeszywnienia stawu (*ankylosis*), stanowi ostatnią instancję operacyjną, jest ona jednak niuunknioną, jeśli po skróceniu ścięgien następuje napowrót wskutek następczego rozciągnięcia się tych ostatnich. Zresztą, zdaniem autora, nawet *arthrodesis* nie doprowadza do absolutnego unieruchomienia stopy, tembardziej, że pewien udział współczynny w ruchach przyjmuje wówczas staw skokowy dolny (*das untere Sprunggelenk*). Autor w przypadkach stawu cepowego stosuje operację *arthrodesis* oraz skracanie ścięgien.

Prócz zabiegów krwawych, jak przeszczepianie i skracanie ścięgien, jak *arthrodesis*, można też po dokonaniem *redressement* posiłkować się przyrządami ortopedycznymi. Te ostatnie jednak ze względu na niewygodę w użyciu i obciążanie kończyny winny być stosowane w tych przypadkach, w których dla jakiegokolwiek powodów operacje powyższe wykonane być nie mogą.

Na zakończenie autor wyraża swe dość optymistyczne przekonanie, że stopa szpotawa wrodzona i paralityczna stanowią zniekształcenie zawsze uleczalne tak pod względem kształtu, jak i pod względem czynnościowym... z pewnemi jednak wyżej zastrzeżonemi ograniczeniami!

(Archiv. f. Orthop., Mechanotherap. u. Unfallchirurgie T.I Z. 3.)

Ludwik Zembrzuski.

Przegląd bibliograficzny.



O leczeniu chorób nerwowych na limanie Kujalnickim pod Odessą. Podał dr JAN CHMIELEWSKI, kierownik oddziału odesskiego szpitala miejskiego na limanie Kujalnickim. Odessa 1904. 8a-3-15.

Autor podaje wyniki leczenia rozmaitych chorób nerwowych, oparte na pięcioletniej obserwacji w limanowym oddziale odesskiego szpitala miejskiego. Najpomyślniejsze wyniki otrzymywał przy leczeniu porażień obwodowych, nerwobólów i zapaleń nerwów [313 przypadków — 64 $\frac{1}{4}$ % wyzdrowień].

Z chorób rdzenia najlepsze wyniki dają cierpienia syfilityczne.

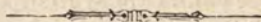
Zadowolające wyniki otrzymywano w przypadkach wylewu krwi w tkankę rdzenia i w świeżych sprawach urazowych rdzenia. Co się tyczy przewlekłego poprzecznego zapalenia rdzenia, to wyniki leczenia na limanie tego cierpienia poczytane być winny raczej za niepomyślne.

Autor nie zaleca kuracji limanowej we wszelkich postaciach zapaleń przewlekłych rdzenia w okresie postępującym. Niejaką poprawę uzyskać można przy leczeniu *arthritis doformans columnae*—jak również *spondylitis ankylosica*.

Sprawy mózgowie syfilityczne mniej się nadają do kuracji limanowej niż rdzeniowe i oponowe; gumatowe lepiej—niż arteryalne. *Cephalaea rheumatica* i *hemisplania ophthalmica* dobrze ustępują przy kuracji kąpielami ciepłymi i gorącymi.

Nie nadają się do leczenia limanowego, podług zdania autora: wiał rdzenia w okresie bezładu, *sclerosis lateralis amyotrophica*, *atrophia musculorum progressiva*, *syringomyelia*, a także—histerya, neurastenia i płasawica. A. C.

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.



16. O leczeniu gorączki połogowej surowicą na klinice prof. CHROBAK'a w Wiedniu podaje PEHAM następujące szczegóły. Zamiast surowicy MAMORKA stosuje się tam od roku 1903-go nową surowicę PALTAUF'a, otrzymywaną z konia, uodpornionego świeżemi hodowlami, pochodzącymi od człowieka b e z p o ś r e d n i o ze spraw połogowych i innych ciężkich zakażeń paciorkowcowych.

Zastrzykuje się ją wyłącznie pod skórę przedniej powierzchni obu ud, najczęściej w ilości 100 cm. sz., mianowicie po 50 cm. sz. do każdego uda. Rzadko kiedy trzeba było dawkę tę powtórzyć, a wtedy ogólna dawka w ciągu kilku dni nie przekraczała 250 cm. sz. P. kładzie nacisk na dużą dawkę jednorazową surowicy i na m o Ź l i w i e w c z e s n e zastosowanie jej w gorączce połogowej. Działania ubocznego na miejscu zastrzyknięcia — z wyjątkiem zaczerwienienia skóry (*erythema*) z lekkim podniesieniem ciepłoty ciała — nie spostrzegano.

Przypadki, leczone surowicą, należały wszystkie do bardzo ciężkich. W ciągu roku było ich 26. Z tych w 18-u stwierdzono paciorkowce, a mianowicie w 11-u w czystej hodowli, w 7-u w zakażeniu mieszanem. W żadnym z 11-u przypadków czystego zakażenia paciorkowcowego nie było zejścia śmiertelnego; pomimo, że były to postaci bardzo ciężkiego zakażenia, nastąpiło wyleczenie. Już w ciągu 24-ch—48-iu godzin ciepłota przewaźnie od razu opa-

dała do normy. Nawet przypadek, powikłany zapaleniem otrzewnej, lub inny, powikłany wytworzeniem się licznych ropni przerzutowych, zakończył się pomyślnie.

(*Wiener. klin. Wochschrift. 1904, Nr 15.*)

Z.

17. **Arhovinum.** Jest to produkt powstający ze współdziałania dwufenyliaku z eterem kwasu tymolbenzoesowego. Stanowi ciecz o woni aromatycznej i smaku lekko palącym; cięż. wł. 1,055. W wodzie jest prawie nierozpuszczalna, łatwo zaś rozpuszcza się w alkoholu, eterze i chloroformie. Wre w temp. 218°. W organizmie rozkłada się: tymol ukazuje się w moczu w postaci kwasu tymol-glikuronowego, druga zaś część składowa jest to kwas fenylhipurowy. Badania BURCHARDT'a i SCHLOCKOW'a dowiodły, że nawet kilkotygodniowe zażywanie arowiny nie sprawia następstw szkodliwych; nie działa ona źle na nerki, ani na żołądek. Środek ten ma w wysokim stopniu własności bakterycydyjne. Po zażyciu arowiny mocz powstrzymuje rozwój drobnoustrojów. Najczęściej współcześnie kwasność moczu podnosi się. Stąd wynikają wskazania. W rzęzączone ostrej i przewlekłej osiągnano wyleczenie po kilku tygodniach; również szybko znikają objawy kataru pęcherza. Dawka wynosi 0,25 g. trzy do czterech razy dziennie w kapsułkach żelatynowych. Dieta nie wymaga znacznego ograniczenia; wstrzykiwania do cewki również są zbyteczne.

(*Therap. Monatsh. Zesz. 3, 1904.*)

F.

18. **Gallogenum.** Kwas ellagowy wzoru empirycznego $C_{14}H_8O_8$ posiada, według HAAS'a, własności środka ściągającego (*adstringens*). Autor ten przeto zaleca go pod nazwą gallogenu do terapii chorób kiszkowych.

Gallogen jest proszkiem barwy żółtawej, bezwonnym, o smaku nie przykrym; nie rozpuszcza się w cieczach kwaśnych i obojętnych, dobrze natomiast w alkalicznych. Przechodzi przeto bez zmiany przez żołądek i dopiero w kiszkach poczyna działać swe wywierać.

Stosowano gallogen przedewszystkiem w gruźlicy kiszek, gdzie w przypadkach zwłaszcza świeżych ma wywierać działanie szybkie. W dyzenterji po kalomelu gallogen zmniejsza ilość wypróżnień, przyczem znika dość szybko śluz, ropa i krew; kolka i ból szybko ustają. Również skutecznym okazał się gallogen w obfitych rozwołnieniach na tle syfilisu kiszek. W praktyce dziecięcej gallogen z pożytkiem był stosowany jako *antidiarrhoicum* w *cholera infantum* i w przewlekłym katarze kiszek.

Dawka wynosi 0,3—0,5 g., *pro die* 2—2,5 g, lecz w przypadkach cięższych dawka dzienna może znacznie być powiększona.

(*Therap. Monatsh. Zesz. 3, 1904.*)

F.

19. **Hetralinum.** Jest to nowy związek pochodny sześciometylentetraminu. Krystalizuje w igły, rozpuszczające się w zimnej, łatwiej w gorącej wodzie. LEDERMANN stosował hetralinę w dawkach po 0,5 g. trzy do czterech razy dziennie zamiast urytropiny i helmitolu i nie spostrzegł ani razu zakłóceń w drogach moczowych, ani w narządach trawienia. Gdy środek ten stosowano w ostrym i przewlekłym katarze pęcherza, zwłaszcza w przypadkach z silnie mętną drugą porcją moczu, często osiągnano nader szybko zupełne wyklarowanie moczu z ustaniem wszystkich dolegliwości subiektywnych.

(*Therap. Monatsh. Zesz. 3, 1904.*)

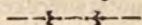
F.

20. **Hydrochinon.** W instytucie hydroterapeutycznym prof. BRIEGER'a w Berlinie E. MEYER stosował w wielu przypadkach nerwobólu hydrochinon. Rozpoczynał od dawki 1,0 i dochodził do 4,0 *pro die*. Podawano zawsze w roztworze łyżkami stołowymi na noc. Roztwór musi być świeżo przyrządzony i chroniony od światła. Często po zażyciu występują obfite poty, zwłaszcza w kończynach dotkniętych nerwobólem. Nie spostrzegano przykrych objawów ubocznych, z wyjątkiem jednego przypadku, w którym wystąpiły mdłości i zawrót głowy, natychmiast jednakże minęło to po zaprzestaniu użycia.

Dochodzą w niektórych przypadkach do 40 g. hydrochinonu razem przez szereg dni. W znacznej części podanych przypadków postrzegano skutek doskonały. Myalgie i neuralgie, które nie ustępowały poprzednio przy innych metodach leczenia, poprawiały się znakomicie od hydrochinonu. W reumatyzmie stawowym środek ten okazał się zupełnie nieskutecznym. Autor wnosi ze swych badań, że posiadamy w hydrochinonie nowe doskonałe *antineuralgicum*, tem dogodniejsze od innych, że stosunkowo tańsze.

(Berl. klin. Woch. 1904. Nr 6.— Therapie d. Gegenw. 1904. Nr 3). F.

List otwarty do Redakcji Gazety Lekarskiej.



SZANOWNY PANIE REDAKTORZE.

Kilka słów z powodu artykułu „O zachowywaniu się pepsyny w różnych cierpieniach żołądka“.

W № 14 i 15 Gazety Lekarskiej z r. b. ogłosił dr W. Róbin w artykule pod tytułem powyższym ciekawe rezultaty swych badań odnośnych. Wnioski, do jakich dochodzi dr W. R. w tej pracy, są naogół zgodne z wnioskami innych badaczy i z tej strony praca dra W. R. nie nastręcza nic godnego szerszej dyskusji. Natomiast w pracy tej uderza jakaś dziwna niechęć autora do metody określania sprawności trawiennej soku żołądkowego [ew. zawartości], podanej przez METTE'a. Ta niechęć jest tem dziwniejsza, że zgola nie uzasadnia jej autor przy pomocy badań własnych, lecz poprzestaje na przytaczaniu obcych danych, mających jakoby niweczyć metodę METTE'a. W ten sposób dr W. Róbin wyrządza niesprawiedliwie krzywdę nie tylko samej metodzie METTE'a ale i autorom, którzy się nią w swych badaniach posługiwali.

Dr R. jest zwolennikiem metody HAMMERSCHLAG'a. Czy metoda HAM. jest bezwzględnie ścisła, czy nie — o tem nie mam zamiaru tu mówić. Gotów jestem nawet przyznać, że metoda ta jest rzeczywiście ścisła. A jeżeli tak, to każda inna metoda, która daje takie same przeciętne rezultaty, będzie również ścisła. Czy metoda METTE'a [bez „poprawki“ NIERENSTEIN'a i SCHIFF'a], daje takie same rezultaty, jak metoda HAMMERSCHLAG'a? Na to pytanie odpowiadam stanowczo t a k, a upoważniają mnie do tego okoliczności następujące:

1) Ja sam stosowałem metodę METTE'a bez poprawki NIERENSTEIN'a i SCHIFF'a¹⁾. Nawiasem mówiąc, okoliczność ta nie podoba się drowi W. R., który mówi, że „posługiwał się metodą M. bez niezbędnej, zdaniem naszym, poprawki N. i SCH.“. Naprawdę szukam w badaniach dra R. czegoś, co by to „zdanie nasze“ uzasadniało. O ile zaś sądzić mogę ze słów dra R., pomimo sprowadzenia „umyślnie“ rurek METTE'a z pracowni prof. PAWŁOWA z Petersburga [1], zaniechał on na razie badań przy pomocy metody METTE'a. Z tego wnoszę, że dr R. nie miał wcale sposobności zbadać i ustalić faktu, czy i o ile „poprawka“ N. i SCH. jest „niezbędna“, a tem mniej miał danych do robienia mi z tego powodu jakiegos zarzutu.

Otóż ja sam stosowałem metodę METTE'a bez „poprawki“ NIERENSTEIN'a i SCHIFF'a i pomimo to znalazłem cyfry, odpowiadające tym, jakie inni znajdowali przy pomocy metody HAMMERSCHLAG'a. W artykule, jaki z powodu mej pracy ogłosił niedawno prof. SCHUELE [Freiburg]²⁾, który posługiwał się metodą HAM., znajdujemy na-

¹⁾ Patrz pracę moją: „Studia nad sprawnością proteolityczną zawartości żołądkowej“ Pam. Tow. lek. 1903, III. Dr R. zna tę pracę tylko ze streszczenia, drukowanego w Nrze 15 Przegl. Lek. [1903], w którym ogłosiłem w krótkości tylko ostateczne wyniki, do jakich doszedłem.

²⁾ Ueber die Pepsinwirkung im Magen. Arch. für Verd. Krankh. X. 1 str. 81. 1904.

stępujące słowa, które umyślnie przytaczam *in extenso*: „v. Rz. fand 6—8 mm. nach METTE. Durch einen Kontrollversuch ueberzeugte ich mich, dass 70 p. Ct. nach HAMMERSCHLAG 6—8 mm METTE entsprechen. In diesem Punkte bringt also die Arbeit von v. Rz. eine Bestätigung meiner früheren Angaben“. Znaczy to, że dobrze już zasłużona nauce metoda METTE'a daje średnio cyfry zupełnie odpowiadające metodzie HAMMERSCHLAG'a i jeśli zatem ta ostatnia jest ścisła, to i pierwszej nie zarzucić nie podobna. Co ciekawsze, to to, że i dr RÓBIN „za normalne cyfry pepsyny przyjmuje 50^o/_o—70^o/_o, a zatem równe cyfrom prof. SCHUELE'go i zupełnie odpowiadające według SCHUELE'go 6—8 mm. METTE'a, znalezionym przeze mnie. Zatem metoda METTE'a—bez żadnych „poprawek“ — jest co najmniej tak ścisła, jak i metoda HAMMERSCHLAG'a.

2) Dr W. RÓBIN na zasadzie metody HAMMERSCHLAG'a wykrył stany, które określa subtelnie brzmiącymi nazwami: „pepsinia“ „apepsinia“, „hyperpepsinia“ i t. d. Z tego powodu dr W. RÓBIN mówi: po stwierdzeniu powyższych przypuszczeń udało by się w ten sposób wyodrębnić ciekawą bardzo jednostkę chorobową, którą należałoby nazwać „hyperpepsinia“. Szkoda jednak, że autor przy tej sposobności nie uważał za stosowne zaznaczyć, że ja w pracy mej [loc. cit.], ogłoszonej przed pół rokiem z górá, przy pomocy metody METTE'a już wyodrębniłem stany: *hyperzymia* i *hypozymia*, odpowiadające temu, co autor nazywa „hyperpepsinia“ „hypopepsinia“. W ten sposób dr RÓBIN wprowadził nie nowe pojęcia, lecz nowe wyrazy i potwierdził przy pomocy metody HAMMERSCHLAG'a to, co ja dawniej wykryłem przy pomocy metody METTE'a. Analogia pomiędzy „hypopepsinią“ dra R., a moją hypozymią idzie jeszcze dalej. Tak, dr R. w jednym przypadku *hypochondriac* [Tab. I № 16] skonstatował „*hypopepsiniam*“, ja zaś w jednym przypadku tegoż samego cierpienia [loc. cit. str. 37] znalazłem wybitną hypozymię, na co już w pracy mojej położyłem nacisk. Gdyby dr R. zechciał uważnie przeczytać moją pracę—jedyną w polskiej literaturze, jaka dotyczyła omawianego przedmiotu — byłby zapewne wspomiał o tej uderzającej analogii pomiędzy wynikami obu rozmaitych metod badania i być może, nie wypowiadałby tak pochopnie potępiających metodę METTE'a wyroków.

3) W pracy dra RÓBINA czytamy, że metoda METTE'a, gdy robił swe badania, stawiała pierwsze kroki na polu klinicznym, gdyż dotychczas „posługiwano się nią jedynie w pracowni fizyologicznej“. Czy okoliczność ta na seryo przemawia przeciw metodzie METTE'a? Wcale nie. Jeżeli metoda, którą posługują się w pracowniach fizyologicznych, daje tak świetne wyniki, jakie metoda METTE'a dała PAWŁOWOWI i jego uczniom, to wprowadzenie tej metody do kliniki może być tylko faktem ze wszech miar pożądanym. Już to samo przemawia za tem, że metoda jest ścisła, i w żadnym razie nie upoważnia do jej lekceważenia, każdy zaś, kto metodę METTE'a osobiście stosował i zna ją z własnej pracy, nie zaś z cudzych artykułów, niezawsze uważnie czytanych, przynajmniej musi, że trudno wyobrazić sobie ścisłą metodę, któraby była łatwiejsza od metody METTE'a. Rurki METTE'a, które każdy sam potrafi sobie przyrządzić bez uciekania się do pracowni petersburskich, możemy przechowywać całymi miesiącami. Białko w nich b. mało się zmienia i pozostaje zawsze *steril* [jeżeli są zatopione z obu końców i dobrze zagotowane]. Wystarczy odciąć kawałek takiej rurki ostrym pilnikiem, wrzucić ją do próbówki z zawartością, a następnie zmierzyć rurkę i słupek w niej białka. I oto całe badanie skończone. Czyż można wyobrazić sobie metodę łatwiejszą? Co do „poprawki“ NIERENSTEIN'a i SCHIFF'a, to zwróciłem na nią uwagę w swej pracy. Znalazłem mianowicie, że rozwadnianie zawartości nie powiększa, lecz zmniejsza ich sprawność trawienną [str. 14, 15 i 16 mej pracy loc. cit.]. To właśnie upoważniło mię do odrzucenia „poprawki“ N. i S., niezbędnej zdaniem dra R.

Na zakończenie wyrazić muszę nadzieję, że gdy dr RÓBIN zapozna się bliżej z metodą METTE'a, niewątpliwie przyzna jej zalety, na co metoda w zupełności zasługuje. Zarzutów, jakie dr R. w swej pracy stawia metodzie METTE'a, nie podobna brać teraz jeszcze zupełnie seryo. Fizjologia narządów trawienia bardzo dużo zawdzięcza już metodzie METTE'a, a klinika chorób żołądka straciłaby niewątpliwie bardzo na tem, gdybyśmy tak nieopatrznie metodę METTE'a zarzucić mieli.

Te kilka słów podyktowała mi chęć zrehabilitowania metody METTE'a i zachęcenia szerszego koła badaczy do stosowania jej w celu dokładnego badania zawilej patologii funkcji wydzielniczej żołądka.

Kazimierz Rzętkowski.

Odpowiedź.

SZANOWNY PANIE REDAKTORZE!

Autor pracy, dr RÓBIN, przebywający obecnie na Dalekim Wschodzie, nie może odpowiedzieć na powyższe zarzuty. Z tego powodu muszę w tych szczególnych okolicznościach wyreczyć kol. RÓBINA, ponieważ praca jego wykonana została z mojej inicjatywy i w mojej pracowni i ponieważ przez cały czas prowadzenia badań bardzo się niemi interesowałem.

Streszczam mą odpowiedź w następujących punktach:

1) Wnioski, do jakich dr RÓBIN dochodzi, są nie tylko „na ogół zgodne z wnioskami innych badaczy”, ale zawierają też pewne rzeczy nowe i bardzo ciekawe, zarówno pod względem praktycznym, jak i teoretycznym.

2) W czasie, w którym kol. RÓBIN nad kwestyą zmian w wydzielaniu pepsyny pracował, t. j. od 1901—1903 roku, większość klinicystów wypowiedziała się przeciwko metodzie METTE'a. Mojem zdaniem, metoda ta bynajmniej na takie ryczałtowe potępienie nie zasługuje, lecz, jakim to doświadczalnie mógł się przekonać, nie daje ona zawsze w badaniach zawartości żołądkowej tak pewnych i stałych wyników, jak metoda HAMMERSCHLAG'a. Dla ostatecznego wyroku o znaczeniu metody METTE'a do określenia ilości pepsyny w zawartości żołądka niezbędne są dalsze, liczniejsze badania.

3) Klasyfikacja dra RÓBINA, będąca wynikiem badania 126 chorych w ciągu dwóch lat, jest oparta na zupełnie innej zasadzie, niż klasyfikacja dra RZĘTKOWSKIEGO, pierwsza bowiem polega na oznaczaniu bezwzględnej, jeżeli się tak wolno wyrazić, ilości pepsyny, a druga na oznaczaniu ilości pepsyny względnej do ilości kwasu solnego. W obu tych klasyfikacjach podobne są tylko, lecz nie jednakowe, nazwy różnych stanów, ew. zmian w wydzielaniu pepsyny.

Kol. RÓBIN miał najzupełniejsze prawo zaproponować wyodrębnienie oddzielnej postaci chorobowej pod nazwą „*hyperpepsinia*”, polegającej na tem, że przy prawidłowym stopniu ogólnej kwaśności i prawidłowej ilości kwasu solnego, ilość pepsyny jest zwiększona, a do tego upoważniają go wyniki badania kilku chorych, zamieszczone na pierwszej tablicy jego pracy. Dodam, iż właściwie należałoby tę postać chorobową nazywać „*hyperpepsinia simplex*”, dla odróżnienia od „*hyperpepsinia cum hyperchlorhydria*”. *Hyperpepsinia* RÓBINA niema nic wspólnego z hyperzycymią RZĘTKOWSKIEGO, gdyż ta ostatnia ma, według autora, oznaczać nie bezwzględnie wzmózoną ilość pepsyny, lecz zwiększony nad normę stosunek pomiędzy ilością pepsyny a ilością kwasu solnego. Przy zmniejszonej więc ilości kwasu solnego nawet mniejsza niż normalnie ilość pepsyny powinna, według kol. RZĘTKOWSKIEGO, nazywać się hyperzycymią, jeżeli stosunek pepsyny do kwasu solnego jest większy, niż w stanach prawidłowych.

Nazwy użyte przez kol. RÓBINA: *pepsinia normalis*, *apepsinia*, *hypopepsinia*, *hyperpepsinia* uważam za bardzo stosowne na określenie stanu normalnego i rozmaitych zmian w wydzielaniu p e p s y n y, t. j. tego tylko jednego fermentu, a nie innych, jakie się jednocześnie z sokiem żołądkowym wydzielają, bo zachowanie się, wydzielania tych innych fermentów nie wchodziło w zakres badań kol. RÓBINA. Jeżeli użyte nazwy rażą obecnie ucho, to dlatego, że są nowe. Z czasem się ucho do nich przyzwyczai.

4) Kol. RÓBIN ukończył swoje badania mniej więcej przed 8-u miesiącami a pracę swą złożył w Redakcyi Gazety Lekarskiej przed pół rokiem.

Mikołaj Rejchman.

Wiadomości bieżące.

— Dr HELIODOR ŚWIĘCICKI z Poznania, redaktor „Nowin Lekarskich“ [czy też redakcyja „Nowin“ bo to nie jest wyraźnie zaznaczone], zacznie w r. b. wydawać Bibliotekę dzieł znakomitych lekarzy i przyrodników polskich „które nie straciły dotąd swej wartości naukowej“. Zadaniem jej „będzie pogłębiać myśl naukową współczesnego pokolenia lekarzy i zachować ciągłość naszej tradycyi naukowej“. Jako zapoczątkowanie Biblioteki, w roku bieżącym, jako setnym pierwszego wydania wiekopomnej „Teoryi jestestw organicznych“ JĘDRZEJA ŚNIADECKIEGO, wyjdzie dzieło rzeczzone, by „oddać przez to cześć winną i hołd przynależny sławnemu synowi Wielkopolskiej ziemi. Ku uczczeniu nadto pamięci naszego rodaka nosić będzie Biblioteka nazwę Biblioteki JĘDRZEJA ŚNIADECKIEGO“. Do każdego dzieła, jakie się co rok w Bibliotece w jednym większym tomie lub kilku mniejszych ukazuje, dodany będzie wstęp obszerny, w którym oprócz życiorysu autora podana będzie naukowa ocena dzieła, napisana przez osobę kompetentną. Cena roczna 6 marek = 7½ koron = 3 rub. Dla prenumeratorów „Nowin“ połowa ceny. W zapowiedzi, pomieszczonej w Nrze 5-ym „Nowin“ prócz dzieła J. ŚNIADECKIEGO nie znajdujemy wzmianki, jakie to dzieła „Biblioteka ŚNIADECKIEGO“ ma zamiar w przyszłości przedrukowywać, dzieła, które „nie straciły dotąd swej wartości naukowej“ i które mają „pogłębiać myśl naukową współczesnego pokolenia lekarzy i zachować ciągłość naszej tradycyi naukowej“. Nie powątpiewając o pewnej korzyści z ponownego wydania „Teoryi jestestw organicznych“ i zapewne niejednego jeszcze dzieła, jakie pojawi się w „Bibliotece“, przyznajemy się z całą szczerością i otwartością, iż wolelibyśmy „pogłębiać myśl naukową“ przez założenie siłami zbiorowemi dobrze wyposażonej pracowni naukowej, w której możnaby użytkować siły naukowe już istniejące i wyrobić na przyszłość nowe, bo to byłby pewniejszy sposób zachowania ciągłości naszej tradycyi naukowej.

— Niektóre nasze czasopisma lekarskie podają, zazwyczaj w bieżącym sezonie, skorowidz lekarzy polaków, praktykujących w zdrojowiskach i stacyach klimatycznych. Skorowidz taki znajdujemy i w Nrze 5-ym „Nowin Lekarskich“. Pozwalamy sobie na kilka poprawek nam wiadomych: w Busku kol. OTTO już nie praktykuje, kol. PAJEWSKI, który praktykował w Ciechocinku, nie żyje już od lat kilku, a nie ma tam wymienionego kol. GRUDZIŃSKIEGO: kolega KLEMENS DEBICKI od lat 3-ch praktykuje w Krynicy, a nie w Iwoniczu. W Nałęczowie prócz kol. PUŁAWSKIEGO i MALEWSKIEGO praktykuje w lecie kol. MŁOZKOWSKI, a inni wymienieni już tam nie jeżdżą. Skorowidz aby był użytecznym, powinien być dokładnym, a więc corocznie sprawdzanym czy uzupełnianym.

— Prof. JORDANOWI w Krakowie, założycielowi znanego parku ćwiczeń cielesnych, w d. 8. b. m. jako w 15-ą rocznicę założenia, obywatele miasta Krakowa wyprawili uroczystą „wieczornicę“.

— W Nrze 19 „Przeglądu Lekarskiego“ czytamy: „Dr Z. PEŁCZAR z Drohobycza, w lecie praktykujący w Truskawcu, przesłał przez nasze pośrednictwo na cele „Towarzystwa samopomocy lekarzy“ 200 koron „zamiast ofiarowywania pacjentkom i znajomym kwiatków przy pożegnaniu“. Obok chwalebego celu tej ofiary podnieść należy z uznaniem zdrową myśl zwalczania nieuzasadnionego zwyczaju, który gdzieś indziej praktykują właściciele pensjonatów, ale nie lekarze“. Dodajemy od siebie, iż zwyczaj ten o między zaledwie od nas praktykowany, a tak uwłaczający powadze lekarza, był nam dotychczas nieznany, a zapewne i „Przeglądowi Lekarskiemu“, bo byłby go niewątpliwie już dawniej napiętnował.

— W Heidelbergu dzięki ofiarności osoby prywatnej, pozostającej w ukryciu, ma powstać Instytut badania raka.

— W Niemczech zawiązało się Towarzystwo psychologii doświadczalnej pod prezydencją prof. MUELLER'a z Getyngi.

— Z wydzielin osób, które w Darmstadtzie r. b. uległy zatruciu po zjedzeniu konserwów grochu, dr LANDMANN wyosobnił *bacillus botulinus*, którego preparaty i kultury demonstrowano w Towarzystwie fizyko—lekarskiem w Würzburgu.

— Zmarł w 72 r. życia znakomity anatom prof. HIS w Lipsku.