

GAZETA LEKARSKA.

I. NOWE BADANIA NAD UDZIAŁEM NERWÓW W ZMIANACH WIELKOŚCI ŻRENICY.

Przez

J. Dogiela.

— † — † —

Zauważyłem w swoim czasie ¹⁾, że pod wpływem drażnienia odcinka głowowego jednego nerwu współczulnego kota prądem indukcyjnym występuje po tej samej stronie rozszerzenie, a po drugiej zwężenie źrenicy. Drażnienie odcinka głowowego *n. vago-sympathici* psa wywołuje rozszerzenie źrenicy po stronie odpowiedniej i wahania się średnicy tego otworu z dążnością do zwężenia po drugiej stronie. Podobne drażnienie odcinka głowowego nerwu współczulnego na szyi królika pociąga za sobą rozszerzenie źrenicy po stronie podrażnienia i niestałe zwężenie lub rozszerzenie po stronie przeciwnej.

Różnica taka w zmianach wielkości źrenicy u kota, psa i królika, w czasie drażnienia nerwu współczulnego prądem indukcyjnym pochodzi ztąd, że raz drażnimy nerw współczulny [kot], a innym razem współczulny i błędny, powtóre ztąd, że do doświadczeń służą różne zwierzęta. Przy drażnieniu u psa odseparowanego nerwu współczulnego, bez jednoczesnego działania na nerw błędny, otrzymuje się nie wahanie wielkości źrenicy, a jej zwężenie, podobnie jak u kota. Co się tyczy zmian w wielkości źrenicy królika pod wpływem podrażnienia prądem indukcyjnym odcinka głowowego nerwu współczulnego, to pozostają one zapewne w związku ze stosunkiem anatomicznym obu nerwów wzrokowych u tego zwierzęcia (*chiasma nervorum opticorum*), a może zależą od innej jakiej przyczyny.

Zwężenie źrenicy po jednej stronie w czasie drażnienia odcinka głowowego nerwu współczulnego po stronie przeciwnej u kota i psa uważać należy za występujące drogą odruchową, ponieważ nie widzimy go w tym razie, jeżeli wywołamy poprzednio w odpowiednim oku bezwład mięśnia zwieracza tęczówki za pomocą atropiny. Zachodzi jednak kwestya, czy takie zwężenie źrenicy zależy od bezpośredniego przejścia pobudzenia z nerwu współczulnego jednej strony na nerw ruchowy drugiej, czy też powstaje inną jakąś drogą; pytanie to nie jest dotąd rozstrzygnięte. Na początku moich badań

¹⁾ Gazeta Lekarska, 1893 r. Nr. 43. Archiv f. d. gesammte Physiologie. Bd. 56.

w tym kierunku sądziłem, że zwężenie źrenicy po jednej stronie wytłumaczyć można podrażnieniem świetlnem nerwu wzrokowego po stronie przeciwnej, które to podrażnienie [ma miejsce dzięki rozszerzeniu źrenicy pod wpływem drażnienia nerwu współczulnego. Rzeczywiście też, usuwając wpływ światła na oko po stronie drażnionej w wielu razach prawie nie otrzymuje się zwężenia źrenicy w drugim oku. F. SCHENK wespół z E. FUSS'em ¹⁾, sprawdzając moje badania, przyszli do wniosku, że podobne zwężenie wcale nie występuje. Nowe badania w tym kierunku, jakie przedsięwziąłem, nie pozwalają mi pisać się na tak kategoryczne zdanie wzmiankowanych autorów. Podrażnienie świetlne wzmaga wprawdzie zwężenie źrenicy, nie zawsze jednak i nie ono samo jedynie wywołać może zwężenie źrenicy z jednej strony podczas drażnienia odcinka głowowego nerwu współczulnego po stronie przeciwnej, ponieważ i po usunięciu wpływu światła na oko po tej ostatniej stronie, w pierwszym oku otrzymać można zwężenie źrenicy, jak to widać z podanych niżej jako przykłady spostrzeżeń:

1. Niewielki pies, po dokonaniu na nim tracheotomii, został zatruty kurarą; zastosowano sztuczny oddech. Odpreparowano i przecięto na szyi *n. vago-sympathicus dexter*; oddzielono oba nerwy, składające ten pień, a odcinek głowowy nerwu współczulnego wzięto na ligaturę w celu drażnienia prądem indukcyjnym z jednego ogniwa GRENER'a średniej wielkości i aparatu indukcyjnego DU BOIS-REYMOND'a o pewnej odległości cewek. Drażniono nerw współczulny kolejno przy zamkniętym oku prawem i przy działaniu światła na oba oczy.

a) Drażnienie odcinka głowowego nerwu współczulnego prawego.

Odległość cewek w ctm.	Zmiany wielkości źrenicy lewej przy zamkniętym oku prawem.
12	Z początku rozszerzenie, następnie stopniowo zwężenie.
12	To samo; po zaprzestaniu drażnienia rozszerzenie.
12	Początkowo nieznaczne rozszerzenie, następnie stopniowo zwężenie, aż do znacznego.
10	Z początku nieznaczne rozszerzenie; znaczne zwężenie trwa i po przerwaniu drażnienia.

b) Drażnienia tego samego odcinka głowowego nerwu współczulnego przy obu oczach otwartych.

Odległość cewek w ctm.	Źrenica.	Zmiany wielkości źrenicy.
12	Prawa.	Rozszerzenie.
	Lewa.	Zwężenie.
10	Prawa.	Rozszerzenie.
	Lewa.	Zwężenie.

2. Pies niewielki, kuraryzowany; oddech sztuczny. *Nervus vago-sympathicus dexter* przecięty; odcinek głowowy wzięty na ligaturę w celu drażnienia prądem indukcyjnym.

¹⁾ Archiv f. d. gesammte Physiologie. Bd. 62.

a) Drażnienie odcinka głowowego nerwu błędno-współczulnego prawego.

Odległość cewek w etm.	Zmiany wielkości źrenicy lewej przy zamkniętem oku prawem.	
15		Zwężenie.
12		Zwężenie.
10	Z początku krótkotrwałe rozszerzenie, następnie zwężenie, a po przerwaniu drażnienia jeszcze wyraźniejsze zwężenie.	

b) Drażnienie odcinka głowowego *n. vago-sympathici dextri* przy otwartych obu oczach.

Odległość cewek w etm.	Źrenica.	Zmiany wielkości źrenic.
15	Prawa.	Znaczne rozszerzenie.
	Lewa.	Znaczne zwężenie.
12	Prawa.	Znaczne rozszerzenie.
	Lewa.	Znaczne zwężenie.

c) Drażnienie odcinka głowowego odseparowanego nerwu współczulnego prawego przy obu oczach otwartych.

Odległość cewek w etm.	Źrenica.	Zmiany wielkości źrenic.
12	Prawa.	Znaczne rozszerzenie.
	Lewa.	Znaczne zwężenie.
9	Prawa.	Znaczne rozszerzenie.
	Lewa.	Znaczne zwężenie.

d) Drażnienie odseparowanego odcinka głowowego nerwu współczulnego prawego przy prawem oku zamkniętem.

Odległość cewek w etm.	Zmiany wielkości źrenicy lewej.	
12	Nieznaczne rozszerzenie i wahania z tendencją do zwężenia.	
9	Krótkotrwałe rozszerzenie, potem zwężenie.	
8	Zwężenie, rozszerzenie i znaczne zwężenie.	

3. Kot kuraryzowany, oddech sztuczny. Wypreparowano i wzięto na ligaturę odcinki głowowe nerwu współczulnego prawego i błędnego prawego, w celu drażnienia prądem indukcyjnym.

a) Drażnienie nerwu współczulnego prawego przy prawem oku zamkniętem.

Odległość cewek w etm.	Zmiany wielkości źrenicy lewej.	
12	Krótkotrwałe rozszerzenie, zwężenie i stopniowe zwężenie.	
12	Nieznaczne zwężenie.	
10	Stopniowe zwężenie.	
9	Zwężenie, wahania; po przerwaniu drażnienia rozszerzenie.	
8	Nieznaczne rozszerzenie, potem znaczne zwężenie.	

b) Drażnienie odcinka głowowego nerwu współczulnego prawego przy obu oczach otwartych.

Odległość cewek w ctm.	Źrenica.	Zmiany wielkości źrenic.
15	Prawa.	Rozszerzenie.
	Lewa.	Zwężenie.
12	Prawa.	Maksymalne rozszerzenie.
	Lewa.	Zwężenie.

4. Kot kuraryzowany; oddech sztuczny. Wypreparowano nerw współczulny lewy w celu drażnienia prądem indukcyjnym.

a) Drażnienie odcinka głowowego nerwu współczulnego lewego przy lewym oku zamkniętym.

Odległość cewek w ctm.	Zmiany wielkości źrenicy prawej.
12	Nieznaczne i krótkotrwałe rozszerzenie, potem stopniowe zwężenie.
9	Krótkotrwałe rozszerzenie, zwężenie i wahania.
8	To samo, co przy poprzednim drażnieniu.

b) Drażnienie prądem indukcyjnym odcinka głowowego nerwu współczulnego lewego przy obu oczach otwartych.

Odległość cewek w ctm.	Źrenica.	Zmiany wielkości źrenic.
12	Prawa.	Zwężenie.
	Lewa.	Rozszerzenie.
9	Prawa.	Zwężenie.
	Lewa.	Rozszerzenie do <i>maximum</i> .

Zauważyć należy, że wspomniane zwężenie źrenicy występuje i przy częściowym zamknięciu oka po stronie przeciwnej, występuje przytem stopniowo powoli; czasami poprzedza je krótkotrwałe rozszerzenie. Tymczasem przy obu oczach otwartych zwężenie występuje prędzej, jest wyraźniejsze.

Kiedy światło poczyna działać na zabezpieczone poprzednio od jego wpływu oczy, następuje jak wiadomo u człowieka i zwierząt zwężenie obu źrenic. Należałoby się spodziewać, że przy znacznem rozszerzeniu źrenicy, zależnem od podrażnienia nerwu współczulnego po odpowiedniej stronie, powinny nastąpić zwężenie źrenicy nie tylko po stronie przeciwnej, ale i po tej samej. Powstaje tu jednak nie zwężenie, lecz rozszerzenie źrenicy po stronie drażnionej, a zwężenie po stronie przeciwnej. Zjawisko to należy wytłumaczyć zapomocą przypuszczenia, że działanie nerwu rozszerzającego źrenicę jest silniejsze od działania nerwu zwężającego ten otwór. W każdym razie rozszerzenie jednej źrenicy i zwężenie drugiej pod działaniem prądu indukcyjnego na nerw współczulny zależy od rozmaitych warunków: pobudzenie nerwu współczulnego przechodzi na nerwy, sprowadzające roz-

szerzenie źrenicy; wysoki zaś stopień pobudzenia nerwu wzrokowego tegoż oka pod wpływem drażnienia nerwu współczulnego odbija się na nerwie, od którego zależy zwężenie źrenicy w drugim oku. Pozostaje jednak nierozstrzygniętem pytanie, czy podrażnienie nerwu wzrokowego przez promienie światła przechodzi wprost na nerw ruchowy drugiego oka, czy też pośrednio, dochodząc naprzód przez pewne włókna nerwu wzrokowego do ośrodka, zwężającego źrenicę po stronie przeciwnej, a to dzięki wzajemnemu stosunkowi obu nerwów wzrokowych w jamie czaszkowej. Słowem, zmiany wielkości źrenicy pod wpływem drażnienia odcinka głowowego nerwu współczulnego jednej strony za pomocą prądu indukcyjnego są zjawiskiem dość złożonem, a nie tak prostem za jakie je uważają F. SCHENK i E. FUSS. Biorą tu udział nie tylko nerw wzrokowy, współczulny i ruchowy, ale i inne nerwy, np. błędny i wogóle nerwy czuciowe, lub raczej odczyn tęczówki występuje dzięki rozmaitym stosunkom wszystkich wspomnianych nerwów oraz wpływowi tego ustosunkowania na zakończenia nerwowe w mięśniach tęczówki.

Stopniowe, choć nie bardzo znaczne, zwężenie źrenicy jednego oka pod wpływem drażnienia odcinka głowowego nerwu współczulnego po przeciwnej stronie, gdzie oko jest zamknięte, jak również zwężenie źrenicy po stronie, drażnionej słabym prądem indukcyjnym, z jednoczesnem rozszerzeniem źrenicy w drugim oku, mogłyby zależeć od zmian światła naczyń siatkówki i naczyńówki. Aby rozstrzygnąć to pytanie, wykonałem kilka doświadczeń na królikach, kotach i psach, posługując się oftalmoskopem LIEBREICH'a. Zwierzęta przytem były zwykle kuraryzowane, oddech podtrzymywano sztucznie. Przy doświadczeniach tych nabrałem przekonania, że prąd indukcyjny pewnej siły sprowadza zwężenie naczyń krwionośnych siatkówki i naczyńówki [u królików albinosów] w obu oczach jednocześnie. Jeżeli spostrzeżenie to, które potwierdzili i inni koledzy, obecni przy moich doświadczeniach, nie jest złudzeniem, to zmiany wielkości źrenicy pod wpływem drażnienia odcinka głowowego nerwu współczulnego lub błędnego nie zależą wprost od zmian światła naczyń, lecz powstają przy udziale specjalnego przyrzędu nerwowego i mięśniowego tęczówki.

Ponieważ jednak wrażenia subiektywne mogą przy podobnych doświadczeniach odgrywać dość znaczną rolę, przedsięwziąłem próby w celu otrzymania na fotogramach dna oka naczyń siatkówki, coby pozwoliło dokładniej ocenić średnicę tych ostatnich. Dziś to tylko mogę zakomunikować, że za pomocą oftalmoskopu LIEBREICH'a i przyrzędu fotograficznego, przy pewnem oświetleniu światłem słonecznem, otrzymałem obraz fotograficzny naczyń siatkówki; obraz ten jednak nie jest jeszcze dość wyraźny, aby mógł służyć do moich celów. Wydoskonaleniem metody zamierzam zająć się w przyszłości.

W czasie kiedym pisał niniejszą notatkę, wyczytałem w № 25 „*Semaine Médicale*“ z r. b. komunikat V. GUINKOFF'a, donoszący o otrzymaniu przez autora fotogramów siatkówki; niestety jednak, doniesienie to nie zawiera opisu używanego w tym celu sposobu fotografowania.

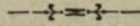
Kazań, 1 czerwca 1896 r.

II. OBECNY STAN CHIRURGII NEREK.

[Rzecz wyłożona w krótkości na VIII Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie 1896].

Napisał

Prof. Dr A. Obaliński.



[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 37].

Tutaj rozróżniamy znów dwa typy: GUYON'a i RIEDEL'a. Sposób postępowania GUYON'a jest następujący:

I akt. Przecięcie części miękkich. Cięcie rozpoczyna się ponad 12-em żebrzem i kończy się cokolwiek poniżej grzebienia kości biodrowej na zewnętrznym brzegu mięśnia krzyżo-łędźwiowego i podobnie jak przy cięciu łądźwiowem w celu wycięcia nerki, dochodzi aż do torebki tłuszczowej. W drugim akcie wyszukuje się nerkę i przytrzymuje za pomocą głębokiego szwu, założonego na dolnym jej końcu. Trzeci akt obejmuje istotną część metody GUYON'a, t. j. założenie szwów ustalających. Przeprowadza się podwójną nitkę katgutową № 2 przez miąższ nerkowy w odległości 1 ctm. od tylnego jej brzegu i zawiązuje obustronnie końce nitki w ten sposób, iż węzły leżą tuż na powierzchni nerki; następnie przeprowadza się przez części miękkie prawe końce nitki po prawej stronie, lewe po lewej niedaleko od siebie i związuje się, wskutek czego zostaje brzeg nerki mocno do części miękkich przyczepiony, nie zaciągając samego miąższu nerkowego. W ten sposób zakłada się 3—4 szwy, dopóki nie nabierzemy pewności, iż nerka mocno jest przyczepioną. W czwartym akcie, po wprowadzeniu drenu w dolny kąt rany, zeszywa się przecięte mięśnie katgutem, części miękkie powierzchowne jedwabiem.

RIEDEL, dając do tego, aby nerkę jak najwyżej umocować, poleca następujący sposób: Cięcie od 12-go żebra na zewnętrznym brzegu mięśnia krzyżo-łędźwiowego, aż do grzebienia kości biodrowej. Rozcięcie torebki nerkowej. Następnie po umieszczeniu nerki, o ile możności wysoko w normalnym położeniu, zeszywa tylną blaszkę torebki z mięśniem czworobocznym łądźwi, przednią zaś z fałdą otrzewnową, poczem wsuwa między nerkę a przeponę skrawek gazy jodoformowej w ten sposób, że tylna powierzchnia nerki z nią się styka. Drugi skrawek gazy jodoformowej wprowadza w miejsce dawnego położenia nerki, trzeci na przednią powierzchnię tejże. Końce wszystkich skrawków wyprowadza na zewnątrz. Gazę zostawia się przez 3—4 tygodni. Około tej gazy tworzą się silne zrosty, które nerkę w nadanem położeniu utrzymują.

Z innych modyfikacyj, wspomnieć jeszcze należy postępowanie SLAYD'a, który radzi odświeżenie miąższu nerkowego. W ślad zanim postępuje TUFFIER i DURET. Nacina się torebkę nerkową na długość 3—4 ctm., oddziela obustronnie cokolwiek od miąższu nerkowego, następnie powyżej i poniżej miejsca w ten sposób odświeżonego przyczepia tak, iż miejsce to z częściami miękkimi zostaje w bezpośrednim zetknięciu. TUFFIER, CURIAT i DELAGE-

MÈRE wykazali doświadczalnie na zwierzętach, iż zrosty, w ten sposób otrzymane, dostatecznie utrzymują nerkę w nadanem położeniu; mięsz nerkowy jednak w miejscu przyczepienia ulega stwardnieniu.

Stany chorobowe nerki. Rozpoznawszy środki, jakimi rozporządza chirurgia nerek, należy rozpatrzyć się w stanach patologicznych nerki, w których tych środków używamy, aby na mocy dotychczasowych doświadczeń i statystycznych obliczeń dać wskazówki dla każdego stanu z osobna.

1. Urazy nerki wywołują zranienia nerki, komunikujące na zewnątrz, lub tylko podskórne.

a. Rany nerki komunikujące na zewnątrz bywają najczęściej ranami klutemi lub postrzałowemi. Rany te mogą być proste lub powikłane, t. j., gdy prócz nerki uległy urazowi i inne ważne narządy, jak: otrzewna, wątroba, śledziona, jelito, żołądek i t. d. Ponieważ zranienia tychże narządów stoją na pierwszym planie, dlatego zajmiemy się tutaj tylko ranami nerki prostemi. Rany te przebiegają zwykle w kierunku od przodu ku tyłowi i nie bywają tak groźne, zważywszy, że śmiertelność po ranach nerek, zadanych białą bronią, wynosi 25%, po ranach postrzałowych 42%; przyczem dodać należy, że liczby te odnoszą się również do ran powikłanych, dotąd bowiem nie mamy statystyki prostych ran nerek.

Statystyka ta, jak również i kliniczne doświadczenie pouczają nas, iż proste rany nerki rzadko wymagają bezwzględnej interwencji chirurga, chyba, że wystąpią groźne objawy jak: silniejszy krwotok z rany i znaczna hematurya, rzadziej odpływ moczu z rany. Pierwszy objaw zwykle łatwo rozpoznamy. Zdarza się jednak niekiedy, iż krew nie odpływa na zewnątrz, lecz wnika w podotrzewnową tkankę łączną. Dlatego też chorych takich należy dobrze obserwować, gdyż mogą wystąpić następcze krwotoki, lub też przychodzi do omdlenia, przemawiającego za takim krwotokiem podskórnym.

Hematurya zniewala wtedy do zabiegu operacyjnego, jeżeli jest bardzo obfita, lub skutkiem długiego trwania [co się rzadko zdarza] zagraża życiu chorego.

Przystępując więc do leczenia rany nerkowej, powstałej przez uraz, działający od przedniej ściany brzusznej, musimy w każdym przypadku wskutek innych powikłań wykonać laparotomię i wtedy dopiero określić sposób postępowania. Zwyczajnie są to zranienia ciężkie i przeważnie kończące się śmiercią.

Ważniejszą jest rzeczą zastanowić się nad postępowaniem w przypadkach ran prostych niepowikłanych. Jeżeli objawy nie są ciężkie, zajmujemy stanowisko wyczekujące i chorego obserwujemy. Jeżeli jednak w dalszym przebiegu wystąpi zapalenie tkanki łącznej lub wytworzy się przetoka moczowa, postępuje się według prawideł, które w odpowiednim miejscu podane zostaną [patrz otok ropny nerki i przetoki moczowe].

Inaczej jeżeli po zranieniu występują objawy groźne, jak: krwotok znaczny lub hematurya. Wtedy wystąpić należy energicznie, aby zagrożone życie ratować. Należy ranę rozszerzyć, aby odsłonić nerkę, poczem szybko za-

stanowić się, czy wykonać wycięcie nerki [co się najczęściej wydarza], dalej czy się nie uda schwycić i podwiązać przedartych naczyń, lub też czy wykonać częściowe wycięcie nerki.

Szczególnym rodzajem zranienia nerki, obserwowanem przez TUFFIER'a i LE DENTU, jest zwichnięcie nerki (*luxatio renis*), t. j., gdy nerka wskutek gwałtownie działającego urazu ukaże się między brzegami rany. Jeżeli rana jest świeżą, a nerka nienaruszoną, natenczas po antyseptycznem oczyszczeniu rany nerkę się odprowadza, a w końcu ranę zaszywa, względnie tamponuje. Wobec rany świeżej i znacznego uszkodzenia nerki, wycięcie nerki natychmiast jest wskazane, tem więcej wobec rany dawniejszej.

b. Zranienia nerki podskórne powstają już to skutkiem upadku, już też skutkiem uderzenia w odpowiednią okolicę lędźwiową. I tutaj rozróżniamy zranienia nerki proste i powikłane, t. j. połączone z uszkodzeniem innych ważnych narządów, jak: wątroby, żołądka, śledziony, jelita i t. d. Powikłania te wobec rany nerki stoją na pierwszym planie i wymagają wykonania laparotomii.

Znacznie ważniejszymi i trudniejszymi, tak pod względem rozpoznawczym jak leczniczym, są zranienia nerki podskórne. Bardzo piękne studia w tym kierunku poczynili MAAS ¹⁾ i EDLER ²⁾. Rozpoznanie tych zranień opiera się na następujących punktach: a) Anamneza, wskazująca, iż chorobę poprzedziło uderzenie lub upadek na okolicę lędźwiową; b) *shok*, występujący bezpośrednio po urazie; c) bardzo często wymioty, występujące po przyjsciu do przytomności; d) bardzo ważny objaw, t. j. oddawanie moczu krwawego, które może być bardzo silne lub tylko przejściowe; e) wcześniej lub później pojawiający się obrzęk w odpowiedniej okolicy lędźwiowej.

Jeżeli uraz nie był zbyt silnym, a poszczególne objawy niezbyt wybitne natenczas rozpoznajemy zwykłą kontuzję nerki, której leczenie polega na spokojnem leżeniu w łóżku, zimnych okładach i podawaniu chłodzących napojów. Jeżeli jednak występują wyżej opisane objawy, wskazanym jest natychmiast zabieg operacyjny, zwłaszcza jeżeli chory wskutek obfitej hematuryi wpada w niedokrwistość, a guz w okolicy lędźwiowej, jako dowód podtrzewnowego krwotoku, szybko wzrasta.

Co począć wobec takiego guza? Zważywszy, iż guz taki powstaje prawie zawsze w przypadku poprzecznego pęknięcia nerki w miejscu tegoż pęknięcia, należy bezwarunkowo wykonać nacięcie lub też wycięcie nerki. Nie należy jednak zapomnieć poprzednio o wykonaniu przekłucia, gdyż DELABORR'owi ³⁾ udało się uratować życie choremu przez wydobycie 20.0 ctm. sz. jasnego płynu. Naturalnie w razie szybkiego wzrastania guza, gwałtownych bólów i podniesienia ciepłoty ciała, tem łatwiej zdecydujemy się na wykonanie operacji. Zresztą dotychczasowa statystyka powinna nas zachęcić do czynnej terapii zranień nerki, a mianowicie wykonano do 1895-go roku 13 ne-

¹⁾ Deutsch. Zeitschr. f. Chir. Band X.

²⁾ Arch. f. klin. Chir. Bd. 34.

³⁾ Patrz RÉCZEY. „Über subcutane Nierenläsionen“. Wiener Klinik. 1888.

frektomii po zranieniach nerki. Z tych 5 pierwszych przypadków, a więc 38%, zakończyło się śmiercią [ARX, RAWDON, FENGFR, MAC-EVEN i SONNENBURG] podczas gdy 8 ostatnich zostało wyleczonych [HOCHENEGG, KOSIŃSKI, OBALIŃSKI, SARGE, STUDSGAARD, BOBROFF, BARKER i KEHR].

2. Nerka wędrująca jest cierpieniem znanym od połowy tego stulecia, dokładnie jednak dopiero w ostatnim dziesięcioleciu zbadanem. Cierpieniu temu ulegają po większej części kobiety, a występuje często w połączeniu z opadnięciem jelit, znanem od czasów GLENARD'a. Przyczyną tych cierpień jest właściwe ułożenie anatomiczne narządów kobiecych jamy brzusznej i miednicy. Uwzględnwszy do tego niehygieniczne używanie gorsetów od wczesnej młodości, zmiany w układzie krążenia wywołane miesiączką, ciążą i porodami, znajdziemy dostateczną ilość etyologicznych momentów do zrozumienia, dlaczego właśnie kobiety temu cierpieniu podlegają.

Badanie okolicy nerki wykonywamy albo jedną ręką albo oburącz. Pierwsza metoda GLENARD'a: „*la palpation nephroleptique*“, polega na tem, że chwytamy chorą w okolicy między ostatnim żebrzem a grzebieniem kości biodrowej jedną ręką w ten sposób, iż palec duży przypada na przednią ścianę brzucha, pozostałe zaś cztery palce układa się na lędźwiach. Zastosowując metodę drugą, układa się jedną ręką na lędźwiach, drugą płasko na przedniej ścianie jamy brzusznej. Zbliżając w pierwszym przypadku palce, w drugim—ręce ku sobie, możemy nerkę wymacać, jeżeli jest powiększoną, albo ku dołowi zesuniętą. W stanie normalnym nerki w ten sposób wyczuć nie można. W pierwszym stopniu nerki wędrującej wyczuć można tylko dolny jej koniec, w drugim można ją jużto palcami, jużteż oburącz uchwycić; w trzecim stopniu leży nerka poniżej poziomu pępka i jest zwykle ustalona.

Rozróżniamy jeszcze nerkę wędrującą prostą, jeżeli objawy cierpienia, czyto w zakresie żołądka i jelit, czyteż w zakresie narządu płciowego, pochodzą wyłącznie od nerki, czego dowodem okoliczność, że objawy te po odprowadzeniu nerki ustępują; i nerkę wędrującą powikłaną, która towarzyszy ogólnej enteroptozie w myśl GLENARD'a, gdzie odprowadzenie nerki nie usuwa przypadków nerwowo-histerycznych. Niekiedy przyczyną nerki wędrującej po stronie prawej są sprawy chorobowe, rozgrywające się w wątrobie, jak *cirrhosis* lub *echinococcus*, co ze względu na specjalne wskazania uwzględnić należy.

Nie są wykluczone w wędrującej nerce i inne sprawy, które już same przez się dają wskazania do zabiegu operacyjnego, a tymi są: kamica, gruźlica i nowotwory złośliwe.

Nakoniec wspomnieć jeszcze należy stan, wywołany zбочeniem w samym narządzie, który ALBARRAN nazwał uwięźnięciem nerki (*l'etranlement renal*), a który nierzadko jest powodem powrotnej hydronefrozy.

Leczenie nerki wędrującej jest trojakiiego rodzaju: opaska, przysycie nerki i wycięcie tejże.

Bandaż składa się z wypukłej peloty nerkowatego kształtu, którą układa się pod nerką, a która ma na celu podtrzymywanie nerki. Pelota umocowana jest na sprężynie, a całość przytrzymaoną jest pasem elastycznym,

otaczającym cały brzuch. W razie więc nerki wędrującej niepowikłanej może opisany bandaż, jeżeli dobrze przylega i nerkę utrzymuje w normalnem położeniu, usunąć wszelkie dolegliwości. Ponieważ jednak wiele osób nie może znieść ucisku peloty, a z drugiej strony noszenie bandaża nie należy do przyjemności, powinno się w każdym przypadku nerki wędrującej prostej, gdzie noszenie peloty staje się uciążliwem, przystąpić do przysycia nerki, co nie jest operacją ciężką i daje prawie pewne wyniki. Według statystyki TURRIER'a na 100 przypadków nefropeksyi było 20 niepomyślnych wyników, stosunek, który z pewnością się poprawi, jeżeli tylko postępować będziemy ściśle według wyżej opisanych prawideł. Nadmienić wypada, że w razie niepomyślnego wyniku można tę operację jeszcze raz powtórzyć.

Nefrektomię wykonywamy tylko w bardzo wysoko posuniętym przypadku nerki wędrującej prostej.

Wobec nerki wędrującej powikłanej operacja chirurgiczna jest bezskuteczną. Nie pomaga tutaj ani bandaż, ani przysycie, ani wycięcie nerki, a wstępują tu w swoje prawa środki, zachwalane przeciw enteroptozie jak: opaski brzuszne, podtrzymujące całą ścianę brzuszną, mięsienie metodą THURRE BRANDT'a, leczenie rozszerzenia żołądka i t. p..

Również i przypadki nerki wędrującej, odznaczające się częstem występowaniem napadów uwięźnięcia nerki, operowano z pomyślnym wynikiem za pomocą nefropeksyi. Inne powikłania, jak: kamica, gruźlica, nowotwory, a nawet otok ropny, dają wskazania do wycięcia nerki, które w tym przypadku łatwiej wykonać od strony jamy brzusznej, niż lędźwiowej.

3. ¹/₂ Kamica nerkowa. Nie zastanawiając się bliżej nad przyczyną powstawania kamieni nerkowych i moczowodowych, jakoteż nad ich składem chemicznym, zajmijmy się pytaniem, w jaki sposób obecność ich rozpoznamy i jak wobec nich postąpimy.

Najważniejszymi objawami kamicy nerkowej są charakterystyczne bóle, rozpromieniające się do pęcherza i krwawe moczenie. Jeżeli te objawy są wybitne, a z wywiadów dowiemy się, iż przedtem z moczem odchodził piasek moczowy, natenczas możemy z największem prawdopodobieństwem przypuszczać, iż w dotyczącej nerce jest kamień. Pewność daje tylko zmysł wzroku i dotyku.

Jeżeli więc, mimo odpowiedniego leczenia, napady bólu ciągle się powtarzają, lub jeżeli odznaczają się niezwykłą uporczywością i długiem trwaniem, natenczas chirurg jest uprawnionym do odsłonięcia nerki zapomocą cięcia lędźwiowego, w celu upewnienia się co do rozpoznania i rozpatrzenia się, co dalej czynić należy.

Odsłoniwszy nerkę, oglądamy ją i obmacywamy systematycznie ze wszelkich stron, przyczem albo możemy znaleźć kamień w mięszu nerkowym, albo w miedniczce nerkowej, albo wcale go nie znajdziemy. W pierwszym przypadku wskazanem jest nacięcie mięszu nerkowego a następnie zeszytie rany; w drugim należy rozstrzygnąć, czy odpowiedniej jest wykonać nacięcie miedniczki nerkowej, kamień wydobyć a następnie ranę miedniczki zaszyć, czy też wykonać typowe rozplatanie nerki. W ostatnim przypadku możemy

albo natrafić na kamień, który łatwo wyjąć się daje, albo na kamień, który w postaci gałązek wrósł w kieliszki i bez uszkodzenia mięszu nerkowego wydobyć się nie daje, a wtedy wyluszcza się nerkę, zwłaszcza wobec znacznego zniszczenia nerki skutkiem samej sprawy chorobowej.

Jeżeli kamienia nie wyczuwamy, natenczas przypuszczać musimy, że albo tenże mimoto w mięszu nerkowym tkwi, albo też niżej w moczowodzie leży. W celu szukania takiego kamienia przedłużamy cięcie cokolwiek ku dołowi, aby przeszukać moczowód, albo prowadzimy cięcie, używane do sekcji nerki, jeżeli podejrzujemy, że kamień tkwi w mięszu nerki.

W razie kombinacji kamicy nerkowej z otokiem ropnym czyli, inaczej powiedziawszy, jeżeli kamień, w nerce leżący, doprowadził do ropienia, zapatrywanie co do rozpoznania i leczenia wcale się nie zmienia.

Ropa, pokazująca się w moczu, jest nam zupełnie obojętną, zmuszeni raczej napadami gwałtownych bólów i hematurji do przedsięwzięcia kroku operacyjnego, odsłaniamy nerkę zapomocą cięcia lędźwiowego, aby się przekonąć czy w nerce kamień się znajduje.

Po skonstatowaniu obecności kamienia, nasuwa się znowu pytanie, czy wydalic go przez rozcięcie nerki, a następnie założenie przetoki nerkowej, czy też nerkę wraz z kamieniem całkowicie wyciąć. Tak jedno, jak i drugie zapatrywanie ma swoich zwolenników. Zwolennicy pierwszego zapatrywania, do których należą LAWSON-TAIT, NEWMANN, ISRAEL, CZERNY, KUESTER, TRELAT i LE DENTU, podnoszą na korzyść nefrolitotomii okoliczność, że nigdy nie znamy dokładnie stanu drugiej nerki, która przecież po wycięciu całkowitem nerki, całą pracę wydzielania moczu obejmuje, a chociażby druga nerka w czasie operacji była zdrową to jednak nie wiemy, co w przyszłości się stanie, bo wiadomą jest rzeczą, że kamienie nerkowe zwykły występować obustronnie.

Stronnicy nefrektomii [MARRIS, CLARKE, THORNTON, BERGMANN] zarzucają stronnikom nefrolitotomii, że po operacji pozostaje na długi czas, a niekiedy na zawsze przetoka moczowo-ropna, tak, iż rozsądniej jest wykonać odrazu radykalną operację, aniżeli ją po krótszym lub dłuższym czasie następczo wykonać, tem bardziej, że ogłoszono dosyć znaczną ilość przypadków, wykazujących, że drogą nefrolitotomii dokładnie kamieni nie wydalono.

Dzisiaj więc sprawa stoi tak, iż w przypadkach nerki ropno-kamicowej, wycinamy nerkę, jeżeli ona jest znacznie powiększoną, a mięsz jej zniszczonym; to samo wobec zupełnej niedrożności moczowodu. Przeciwnie, wykonywamy tylko litotomię, jeżeli mamy podejrzenie, że druga nerka jest zajęta, albo jeżeli nerka jest zrosnięta z narządami sąsiednimi, tak, iż jej wyluszczenie zagrażałoby życiu chorego. Pozostaje jeszcze trzecie wskazanie, a mianowicie: Jeżeli stan ogólny chorego jest ciężkim i sądzimy, że tak ważnego zabiegu jak nefrektomia chory nie przetrzyma, należy czasowo wykonać nefrotomię nawet, jeżeli badanie odsłoniętej nerki nakazuje wycięcie całkowite tejsze, które wykonamy skoro chory tylko do sił wróci.

Tak więc musimy potwierdzić zdanie ISRAEL'a ¹⁾, który mówi, że obie

¹⁾ Erfahrungen über Nierenchirurgie. Arch. f. klin. Chir. XLVII 2.

operacye mają odrębne wskazania, tak, iż jednej drugą zastąpić nie można, ani też nie można orzec, która z nich jest więcej niebezpieczną.

Jeżeli ISRAEL wypowiedzeniem tego zdania położył wielkie zasługi w chirurgii nerek, należy wyciągnąć jeszcze jedną wskazówkę, wypływającą z jego doświadczeń, a mianowicie, że odmawia on znaczenia wszystkim znanym dotąd metodom bezkrwawym badania moczu każdej nerki z osobna, a w szczególności za pomocą katetyzowania moczowodów, a nawet w sprawach, jak otok ropny i gruzlica, uważa je za szkodliwe. Podnoszę tu w szczególności tę okoliczność, gdyż, obserwując własne swe przypadki, przyszedłem do tego samego przekonania i dodać muszę, iż my chirurgowie ISRAEL'owi za to zdanie wdzięcznymi być powinniśmy, że nimbus, otaczający katetyzowanie moczowodów znacznie się zmniejszy, a przez to odbierze się broń z rąk tych, którzy fantomem drugiej nerki chorej starają się nieraz odstraszyć a częstokroć i odstraszać od wykonania operacyi, usuwającej groźne objawy, a nie rzadko ratującej nawet życie.

4. Większa część otoków ropnych nerki (*pyonephrosis*) pozostaje z kamieniami nerkowymi w związku przyczynowym, nie są bowiem czem innym, jak powstałą, skutkiem zatkania kamieniem moczowodu, hydronefrozą do której dołączyło się zakażenie. Zkąd zakażenie pochodzi nie zawsze można wykazać. Najczęstszą przyczyną zdaje się być równocześnie zajęcie pęcherza moczowego, którego przyczyną bywają zazwyczaj sprawy chorobowe w narządzie płciowym (*gonorrhoea*, przetoka pęcherzowo-pochwowa i t. p.).

Otok ropny nerki, powstały z innych przyczyn, a nie z kamieni nerkowych, podlega tym samym prawidłom leczenia, dlatego równocześnie otok ropny i kamicę nerkową omawiano.

Mówiąc o otoku ropnym nerki, zając się nam wypada zarazem 5. ropniem nerki, którego etyologia jest zwyczajnie tą samą, co otoku nerkowego (*gonorrhoea*) jakoteż 6. ropniami okołonerkowymi (*abscessus paranephriticus*), które po większej części biorą początek od ropni nerkowych.

Otok ropny nerki, który nie zawdzięcza swego pochodzenia ani kamieniom nerkowym, ani moczowodowym, rozwija się zwykle z „*pyelitis*“, t. j. zapalenia ropnego miedniczki nerkowej, którego rozpoznanie i leczenie w podręcznikach medycyny wewnętrznej dokładnie jest opracowane. Jeżeli więc z jakiegokolwiek przyczyny przyjdzie do niedrożności moczowodu, powstaje otok ropny t. j. stan, w którym miedniczka nerkowa wypełnia się ropą i moczem tak, iż w odpowiedniej okolicy lędźwiowej wytwarza się obrzek chęłbocący. Niekiedy w początkach cierpienia przywraca się chwilowo drożność moczowodu, a wtedy zatrzymana ropa odpływa do pęcherza i właśnie na owem pojawieniu się ropy w moczu i jej znikaniu, a następczem podniesieniu się ciepłoty ciała i powiększeniu obrzęku bolesnego, opieramy rozpoznanie otoku nerkowego z zapalenia miedniczek powstałego; niekiedy jednak trudno odróżnić otok ropny od ograniczonej [ale tylko ograniczonej] „*perinephritis*“, ta bowiem prowadzi zwykle do „*paranephritis*“, następnie przebija się pod skórę okolicy lędźwiowej i jako taką łatwo rozpoznajemy. Wskutek czego po

wstają ropnie nerki? Naturalnie zwykłą ich przyczyną jest „*cystitis*“ i to „*cystitis gonorrhoeica*“; jednak mogą i inne choroby zakaźne być ich powodem, jakto było w przypadku ISRAEL'a, gdzie ropnie nerkowe wytworzyły się w przebiegu karbunkułu na karku. Tu należą także owe przypadki licznie rozsianych ropni nerki, które Anglicy przez „*surgical kidney*“ rozumieją, a które najczęściej się wytwarzają po zranieniach moczowodów, skutkiem zakażenia nerki. Z dobrym skutkiem operował podobny przypadek ISRAEL (*Deutsche med. Woch.* 1896. Nr. 22).

Bez względu na rodzaj ropienia, zanim zajmiemy się samą nerką, wskazanem jest przedewszystkiem leczenie choroby przyczynowej, a więc zwięzienia cewki moczowej usuwamy przez wykonanie uretrotomii, przewlekłe rozszerzenie pęcherza przy przeroście gruczołu krokowego przez systematyczne kateteryzowanie i przepłukiwanie pęcherza. Faktem jest uznanym i udowodnionym przez szkołę GUYON'a, iż pod wpływem tego postępowania ropienie nerkowe bardzo często się zmniejsza. W przeciwnym razie należy wprost przystąpić do operacji.

Czy każdy otok ropny nerki operować należy, jeżeli inne środki nie pomagają? Nie; przecież znanych jest dosyć przypadków otoków ropnych pewnie rozpoznanych, w których chorzy długo żyli i tak małych doznawali dolegliwości, iż swobodnie swym zajęciom oddawać się mogli, ba nawet znane są w literaturze przypadki zupełnego wyleczenia. Operować powinniśmy, jeżeli występują częste napady bólów, trawiąca gorączka, brak łaknienia, a wyczerpanie sił zagraża życiu chorego. Bezwłocznie operować należy, jeżeli do otoku ropnego nerki dołączy się anurya. [C. d. n.]

Z ODDZIAŁU D-RA MED. T. DUNINA W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS.

II. O ETYOLOGII DYZENTERYI.

Podał

Władysław Janowski,
asystent oddziału.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 38].

Jak widzieliśmy, już prawie od samego zapoczątkowania w nauce interesującej nas tu kwestyi kilku autorów odczuwało potrzebę otrzymywania sztucznych hodowli ameb, widząc w tem słusznie jeden z ważnych środków, któreby się przyczyniły do rozwiązania pytania, czy ameby posiadają jakieś znaczenie chorobotwórcze, czy nie. Streszczając powyżej prace CUNNINGHAM'a (23), KARTULIS'a (44), VIVALDI (78), KRUSE i PASQUALE'a (48), DOCK'a (25), STENGEL'a (77), oraz FAJARDO (27), zaznaczaliśmy, że autorowie ci robili już, z okazji badanego przez siebie materiału, próby badania ameb i otrzymywali wyniki albo ujemne, albo takie, które, po poddaniu ściślejszej krytyce, muszą się wydać niepewnymi. To ostatnie odnosi się i do badań KARTULIS'a (44). Autor ten, położwszy tak wielkie zasługi dla całej kwestyi ameb w patologii

człowieka, mylił się jednak, sądząc, że swemi hodowlami i doświadczeniami, robionemi z niemi, kwestyę całą rozwiązał. Nie będziemy tu poddawali szczegółowej krytyce metody hodowania ameb, używanej przez KARTULIS'a, gdyż czyniono to już parokrotnie, a bardzo szczegółowo rozebrał ją SCHUBERG (73). Zaznaczymy tylko, iż KARTULIS otrzymywał, zdaniem naszym, niewątpliwie nieczyste hodowle ameb, co zależało głównie od hodowania ich w niezatkanych wata kolbach. Próby hodowania ameb na glebie KARTULIS'a [wodny odwar słomy] w zatkanym naczyniu, robione przez kilku autorów, nie powiodły się, tak, iż posunięcia tej strony kwestyi najprzód KARTULIS'owi przypisywać nie można. A tymczasem coraz większy nawał prac o amebach przy dyzenterji robił kwestyę ich hodowania palącą. Pierwszy oryginalny pomysł hodowania pierwotniaków podał OGATA; po nim ogłosili szereg swoich prac o hodowaniu ameb CELLI i FROCCA. Z prac tych dowiadujemy się, iż autorowie ci, aczkolwiek ogłosili swoją metodę hodowania ameb na twardym podłożu dopiero w r. 1895-ym, posiadali ją jednak już na 2 lata przedtem. Następnie, w czasie pomiędzy ogłoszeniem oddzielnych prac CELLI'ego i FROCCA opisywali metody hodowania ameb na płynnych podłożach, C. MILLER, a już w bieżącym roku BEYERINK, SCHARDRINGER i GORINI opisują znowu hodowle ameb na twardych podłożach.

Dalszy postęp całej kwestyi roli ameb nie tylko w dyzenterji, ale wogóle w patologii zależy w bardzo znacznym stopniu od wyrobienia się i ustalenia w nauce metod hodowania tych tworów. Dlatego też prace wyżej wymienionych autorów tu streszczamy.

Opisana przez OGATA'ę (61) metoda hodowania pierwotniaków jest bardzo dowcipna. Szczepił on materiał, zawierający pierwotniaki, do 2,5%-ego roztworu cukru gronowego w brudnej, wyjałowionej, wodzie. Gdy po 5—6 dniach rozwinęły się na tej glebie infuzorye wraz z bakterjami, postępował dla oddzielenia pierwszych w sposób następujący: wzięwszy rurkę kapilarną o średnicy 0,3 mm.—0,5 mm. i długości 10—20 ctm., napełniał ją wyżej wymienioną glebą jałową tak, aby około 2 ctm. rurki pozostało wolne. Zatkawszy palcem silnie koniec górny rurki tak, aby przez dolny nie dostało się do niej ani trochę powietrza, pogrążał ją w wymienioną glebę, zawierającą wymoczki razem z bakterjami. Gdy rurka się napełniała, wtedy OGATA lutował ją z obu końców. Już gołem okiem, a jeszcze lepiej pod drobnowidzem, widać, gdzie się jałowa gleba z zapłodnioną styka. Ten punkt oznacza się na szkle. Po 5—30 minutach następuje nowe badanie zawartości rurki pod drobnowidzem. Pokazuje się wtedy, że jedna do kilku infuzoryi posunęły się w kierunku czystej gleby o 1 do kilku centymetrów, przyczem bakterye im nie towarzyszą. OGATA odpilowywał wtedy część rurki, zawierającą same wymoczki, i zalutowywał ją. Badając jej zawartość po miesiącu, znajdował w rurce same tylko wymoczki. Ruchy tych ostatnich widać było najlepiej przy ogrzaniu rurki w rękę. Postępując w ten sam sposób, OGATA otrzymywał jeszcze lepsze hodowle wymoczków, używając za podłoże 2,5%-owego roztworu cukru gronowego w buljonie mięsny [bez peptonu], z dodatkiem 3% wodorostu *porphyra vulgaris*, wyjałowionego i zubożonego według zasad ogólnych.

Jeżeli z owej rurki kapilarnej wydmuchnąć zawartość do jednej z powyżej opisanych gleb, rozwija się w nich czysta hodowla danego wymoczka [autor pracował z *polytoma uvella* i *paramecium aurelia*]. Czysta hodowla wymoczków, nie zawierająca bakteryi, nie powinna mętnieć przed 7—8 dniami. Dopiero po 4—6 dniach występuje na powierzchni gleby obrączka, która składa się, przy badaniu drobnowidzowem, z czystej hodowli wymoczków. Po 7—8 dniach zmętnienie gleby sięga coraz niżej. Wtedy można przenieść wymoczki na żelatynę. Otrzymuje się białe hodowle, które po 2—3 tygodniach dochodzą do wielkości 1 mm.. Szczepiając wymoczki na żelatynę w ułcutiu, otrzymuje się rozwój ich większy na powierzchni, niż w głębi.

C. MILLER (57) z Heidelbergu ogłosił, że udawało mu się otrzymać przy 37° C. hodowle ameb w 2—4% ym roztworze wodnym buljonu, w 1% roztworze gliceryny z dodatkiem kawałka ścięгна [około 1 ct. sz. na szklanke], w 1/3% ym roztworze wodnym mleka lub w 1/2% ym roztworze cukru gronowego w rozcieńczonym nastoju siana. Autor twierdzi, że niektóre z posiadanych przez siebie hodowli przeszczepiał dotąd [r. 1894] z dobrym skutkiem 25 razy. Nie opisuje jednak żadnej z pomiędzy nich.

Na kilka miesięcy przed powyższym artykułem MILLER'a, CELLI i FIOCCA (15) ogłosili w tem samym piśmie wiadomość, że posiadają glebę, na której już od 2-eh lat hodują rozmaite ameby. Przekonali się, że każda ameba ma swój okres życia amebowy i otorbiony. Opisują niektóre ciekawe szczegóły z rozwoju ameb, które jednak podamy przy streszczeniu ich obszernej pracy o tej samej kwestyi. Przed wydaniem tej ostatniej ci sami autorowie ogłosili w *Riforma medica* i *Centralblacie bakterjologii* (16) szemat, według którego należy opisywać ameby, ażeby nie pominąć żadnej ich własności, i w ten sposób rozróżnić z łatwością oddzielne ich postacie między sobą. Należy, mianowicie, brać przy opisie pod uwagę miejsce zamieszkania ameby, jej kształt, wielkość, budowę, ruchy, sposób mnożenia się, wygląd w stanie spoczynku i otorbienia oraz długość czasu, potrzebną na przebycie całego okresu rozwoju. Według tego szematu opisują autorowie w krótkości szereg wyhodowanych przez siebie odmian ameb, ale nie podają jeszcze gleby, na której te hodowle otrzymali. To ostatnie ma miejsce dopiero w najnowszej i wyczerpującej pracy tych autorów, ogłoszonej w sprawozdaniach Rzymskiego Towarzystwa Lekarskiego, z której sam tylko opis metody hodowania został podany w jednym z ostatnich numerów *Centralblatu bakterjologii*.

Z tej pracy CELLI i FIOCCA (18), która z powodu trudnej swej dostępności jest dotąd nieznaną w literaturze, a którą uważamy za niezmiernie ważną, stanowiącą punkt wyjścia do wszystkich przyszłych badań tego rodzaju, dowiadujemy się, iż, autorowie ci, wypróbowaawszy, w celu hodowania ameb, bardzo wiele gleb, doszli do wniosku, że ameby rozwijają się skąpo na alkalicznym kartoflu, na płynie ascytycznym, oraz na białku jajek, obficie zaś i zupełnie dobrze rosna tylko na jednej glebie, mianowicie na *fucus crispus*. *Fucus crispus* jest wodorosłą morską. Otóż 5%-owy roztwór jej w wodzie albo w rosole, dokładnie zalkalizowany, jest najlepszem podłożem dla ameb. Jeżeli ma się już pewną wprawę w badaniu ameb, to gleby tej można nie filtrować,

lecz wprost rozlewa się ją z kolbek na płytki. Jeżeli idzie o hodowlę w kropli wiszącej, najlepiej używać *fucus crispus* bez dodatku rosołu, mocno jednak glebę tę alkalizując przez dodanie do każdych 10 ctm. sześć. jej jednego ctm. sześć. $\frac{1}{10}$ normalnego roztworu ługu potasowego albo też 1—5 ctm. sześć. stężonego roztworu sody. W ten sposób łatwo jest otrzymać wspaniałe hodowle ameb, z domieszką tylko bardzo nielicznych bakterii. Otrzymać je zupełnie bez bakterii jest bardzo trudno. Autorowie uciekali się w tym celu do bardzo licznych sposobów [frakeyonowane jałowienie przy 55°—60° przez 10 dni, dodatek do podłoża środków dezynfekujących i t. d...], ale gdy im się to czasami po wielu trudach udało, to nie mogli takiej hodowli przy dalszych przeszczepianiach utrzymać przy życiu. Sądzą więc, że symbioza pomiędzy amebami a bakteriami jest bardzo ścisła. O ile trudno jest otrzymać hodowlę ameb bez bakterii, o tyle łatwo otrzymać hodowlę wyłącznie tej lub owej postaci ameb, głównie dlatego, że pewne ich postacie rosną wyłącznie w tej lub owej wodzie. Gdy idzie o oddzielenie od siebie różnych ameb, wyhodowanych z ziemi, postępuje się w ten sposób: materiał szczepi się na płytki PERRI'ego z *fucus crispus*; czeka się aż dojrzeją formy otorbione. Wtedy robi się z nich hodowlę w kropli wiszącej i z niej otrzymuje się oddzielne postacie ameb albo korzystając z tego, że jedna z nich bierze przewagę na innemi, albo też korzystając z różnego czasu, potrzebnego na cykl rozwoju różnych form, albo wreszcie oddzielając od siebie różne formy za pomocą igły platynowej. Do hodowli z ziemi lub kału dołączają się zwykle nieliczne wymoczki, ale te giną po 1—3-krotnem przeszczepieniu, i w ten sposób ameby zostają od nich w zupełności oddzielone.

Autorowie radzą badać ameby bez barwienia, gdyż wszystkie barwniki powodują marszczenie się form zarówno amebowatych, jak i otorbionych, zmieniając w ten sposób znacznie jedne i drugie.

Używając wyżej opisanej gleby, autorowie szukali ameb w ziemi z różnych części Włoch i Egiptu, z równin, gór, nizin, w błocie i stawach z miejscowości malarycznych i zdrowych, w wodzie studziennej, rzecznej, jeziorowej, morskiej, w kloakach, w kurzu domowym i ulicznym, w sianie, trawie, śluzie z ust, gardzieli, oskrzeli, ucha, pęcherza, pochwy oraz w zawartości kiszek zdrowych i chorych, włącznie z dyzenteryą.

Wyhodowawszy różne rodzaje ameb, starali się CELLI i FIOCCA nadawać im nazwy już znane, jeżeli tylko opisano dotąd w nauce twory, były podobne do wyhodowanych przez autorów. Zastrzegają się jednak, iż nie ręczą, czy nie popełnili przytem błędów, ze względu iż inni autorowie opisywali tylko wygląd drobnowidzowy ameb. Opis ameb podawany jest zawsze według następującego szematu: miejsce znajdowania się, kształt, ruchy, wielkość i budowy w okresie amebowatym; mnożenie się; kształt, wielkość i budowa wewnętrzna w okresie spoczynku; kształt, wielkość i budowa wewnętrzna w okresie otorbienia; czas trwania całego cyklu rozwoju.

Nazwy oddzielnych rodzajów ameb zależą od różnego kształtu, wielkości i rozgałęzienia wypuszczanych przez nie w okresie amebowatym nibynózek. Załączone przez autorów 2 tablice rysunków wykazują rzeczywiście, jak

olbrzymie mogą być różnice pomiędzy oddzielnymi rodzajami ameb. Autorowie opisują według swego szematu *amoeba lobosa*, (*varietas guttula*, *oblonga*, *undulans*, *a. coli* Lösch), *a. spinosa*, *a. diaphana*, *a. vermicularis* et *a. reticularis*.

Przytaczamy tu tylko opis *amoeba coli*, jako nas bezpośrednio interesującej. Według CELLI i FIOCCA brzmi on jak następuje:

Miejsce z najdywania się: ziemia [z Belluno] w sąsiedztwie wypróżnień dyzenterycznych; woda z kanału Nilu [i jego ocembrowania], od którego idzie wodociąg do Aleksandryi; kiszki osób zdrowych i chorych na dyzenteryę lub inne choroby.

W okresie ameboidnym mają kształt typu zrazowego (*tipo loboso*), t. j. daje nibynóżki zrazikowate, hyalinowe, względnie liczne; ruch nie jest bardzo żywy; wielkość 4—8 μ . [a tymczasem w stolcach LOESCH i inni podają wymiary 15 μ . — 35 μ .]; budowa: mają jednolicie drobnoziarnistą entoplazmę, szczupłą, szklistą ektoplazmę, jądro pęcherzykowate, nie zawsze z wakuolą. Mnożenie się odbywa się za pomocą dzielenia się i jest dość obfite. Czasem po 1—3 przeszczepieniach mnożenie się to ustaje, co się zdarza tem prędzej, im więcej ameby zawierają w sobie czerwonych ciałek krwi,

W okresie spoczynku *amoeba coli* ma kontur pojedynczy, protoplazmę jednolicie drobnoziarnistą; wielkość jej wynosi 1,5—2 μ ; spotyka się przytem często formy zwyrodnione, z ziarenkami wewnątrz; formy te mogą dawać powód do mylnego zmieniania, iż ameby sporulują. Obserwacya pod drobnowidzem pokazuje, że ameby te mnożą się za pomocą dzielenia.

W okresie otorbienia *amoeba coli* ma kontur podwójny, z których wewnętrzny jest grubszy; zawartość torebek jest drobnoziarnista.

Cykl rozwoju trwa jak następuje: po 12—15 godzinach ameby wychodzą z torebek i przyjmują postać amebowatą z charakterystycznymi ruchami; po 40—48 godzinach niektóre z ameb stają się już okrągłymi, a po 60—65 godzinach wszystkie są już otorbione albo zwyrodnione.

Opisawszy w sposób analogiczny wyżej wyliczone inne rodzaje ameb, autorowie wyprowadzają na zasadzie swoich badań następujące uwagi ogólne o amebach.

Kształt ameb zależy od kształtu i wielkości nibynóżek, które mogą być zrazikowe, cierniste, robaczkowe i t. d.. Jest on dla każdej ameby charakterystyczny. Z kształtem ameb stoi w związku ich ruch. Żywość tego ostatniego zależy od mniejszej lub większej ilości substancji szklistej w amebach. Wogóle ruchy żywsze obserwuje się u form młodszych ameb, mniej odżywianych.

Wielkość ameb jest różną. Najmniejsze są *a. diaphana* et *guttula*. Zmienną jest wielkość *a. diaphanae*, której nawet formy otorbione są wielkości tak zmiennej, iż możnaby czasem myśleć, że hodowla jest nieczysta. Zmienną jest też wielkość *amoeba coli*. Wogóle, *ceteris paribus*, wielkość ameb jest mniejsza na podłożach, niż w płynach, z których się je wyhodowuje.

Co do budowy, to nie w każdym rodzaju ameb widać entoplazmę i ektoplazmę. Widać je w *a. lobosa*, *spinosa* i *arborescens*, w innych zaś dopatrzeć się ich nie można. Jądro nie jest stałą częścią składową ameb. Brak go

stale w *a. diaphana* i *a. reticularis*. Autorowie nigdy nie widzieli w amebach dwóch jąder, choć dwaj uczniowie GRASSI'EGO, CASAGRANDE i BARBAGALLO (14) twierdzą, że *ameba coli* zawiera czasem 2 jądra. Ilość wakuol w amebach jest bardzo zmienna. To samo odnosi się do zawartych w nich drobnych ziarenek. Hemoglobina rozpuszcza się w nich, nie dając z ziarenek barwnika.

Mnożenie się ameb następuje przez podział, bez uprzedniego spółkowania. Podział ich następuje przez ruchy, dążące do rozerwania jednej ameby na dwie. Taka „walka“ trwa nieraz długo. Nieraz już tylko cienka nitka łączy ze sobą dwie połowy jednej ameby, gdy zlewają się one nanowo w jedną całość. Ostatecznie po kilku takich próbach oddzielenia się od siebie 2-u połów ameby, dzieli się ona na 2 młode osobniki. Co do jądra, to nawet w formach największych nie mogli C. i F. osądzić, czy zachodzą w niem przy dzieleniu się sprawy mitotyczne, czy nie. Szybkość mnożenia się różnych ameb na jednym i tem samym podłożu jest różna. Najszybciej mnoży się *a. reticularis*, mianowicie, prawie tak szybko, jak bakterye. Gdy ameby pochłoną czerwone ciała krwi, tracą możność dzielenia się. Dlatego też hodowlę *amoebae coli*, otrzymywane ze stolców krwawych, są tak niestałe. Podziału endogennego oraz sporulacyi u żadnej ameby nie widzieli. Dlatego też, zdaniem autorów, plazmodye malaryi, jako sporulujące, nie są amebami, lecz zarodnikowcami (*sporozou*).

W okresie spokoju wiele ameb staje się do siebie podobnemi. *Amoeba coli* staje się w tym okresie przejrzystą i rozpada się, rozplywa wskutek zachodzącego w niej rodzaju zwyrodnienia szklistego.

Najważniejszym przy rozpoznaniu rodzaju badanej ameby jest jej okres otorbienia, gdyż w tym okresie różne ameby różnią się od siebie bardzo znacznie. Kontur ameb w okresie otorbienia może być albo pojedynczy (*a. diaphana*, *reticularis*) albo podwójny. W tym ostatnim razie albo oba kontury są okrągłe (*am. coli*), albo też jeden jest okrągły, a drugi ząbiony (*a. guttula*, *oblongata*, *spinosa*). W tym okresie rozwoju większe postacie ameb mogą być mieszane z wymoczkami. Rozstrzygają jednakże dalsze okresy.

Długość czasu, potrzebnego na rozwój różnych postaci ameb jest bardzo zmienna. Zależy ona od czasu, potrzebnego do dojrzewania postaci otorbionych. Przy przeszczepianiu ameb otrzymuje się hodowlę ich łatwiej, jeżeli użyte do przeszczepienia torbiele skórzaste nie są młode. Wszystkie ameby wyzwalają się z torbieli jednakowo. To przejście ameb z okresu otorbionego w amebowaty najlepiej obserwować na tych ich postaciach, które mają torbiele ze ścianami grubemi. Natychmiast po opuszczeniu torebki ameba wypuszcza charakterystyczne dla siebie nibynóżki i wykonywa charakterystyczne dla siebie ruchy, torebka zaś rozpada się. Zestawiając ze sobą formy otorbione i amebowate, łatwo jest rozpoznać daną amebę.

Co do miejsca znajduwania się ameb wogóle, to CELLI i FIOCCA znajdowali je wszystkie w ziemi uprawnej, na łąkach, nawet na głębokości 2 metrów, oraz na wysokości 1500 metrów. Po kilka gatunków wyhodowali z błota [Maccarese] oraz ze stawów [Calabria, Sardinia]. Ameby przechodzą z ziemi do wody. W wodzie do picia autorowie nie znajdowali więcej nad je-

dną postać ameb, w nieczystych zaś studniach i stawach, w wodzie z Nilu, która używana jest bez uprzedniego przefiltrowania do picia w Aleksandryi, znajdowali po 2 rodzaje ameb (*a. guttula* i *a. spinosa*). Znaleźli też po jednej postaci ameb w wodzie termalnej w Civita-Vecchia, Abano i Ischia. Z ziemi i wody ameby dostają się do powietrza. Ze wszystkich zaś trzech tych źródeł dostają się do ustroju zwierzęcego.

Z własności biologicznych ameb zanotujemy tu jeszcze co następuje: ciepłota 0°—15° nie zabija ameb ani w okresie otorbionym, ani w ameboidnym w ciągu kilku godzin ani dni; ciepłota + 45° C. zabija je w ciągu 5 godzin, a + 50° C. — ciągu 1 godziny w okresie ameboidnym. Formy otorbione ostoją się nawet przy działaniu + 55° C. przez 4 dni, + 60° C. przez godzinę, a nawet przy działaniu + 67° C. w ciągu kilku dni z rzędu przez godzinę. Przy świetle słonecznem żyją przy ciepłocie + 12° C. do + 15° C. do 270 godzin. Wysuszeniu opierają się 11—15 miesięcy. Bez dostępu powietrza ameby się nie rozwijają, ale przeniesione na zwykłą glebę nawet po 4—6 miesiącach, znowu się na niej rozwijają. Dopiero trzymanie ameb bez dostępu powietrza przez 10 miesięcy zabija je. W płynie gnijącym formy ameboidne giną po 23 dniach, a otorbione po 33 dniach. Są one daleko wrażliwsze na działanie środków antyseptycznych, niż bakterye. Nie znoszą ośrodków kwaśnych; za to zbytek nawet zasad nie przeszkadza ich rozwojowi. Siarkowódór zabija formy amebowate w ciągu 8 godzin; bezwodnik arszeniku [AsH₃]—w ciągu 3—10 minut; tlenek węgla [CO] — w ciągu 5—30 minut; siarek węgla [CS₂]—w ciągu 7 godzin, a spirytus amyłowy—w ciągu 8 godzin. Kwas węglany na ameby szkodliwie nie działa.

Co do zwierząt, u których spotyka się ameby, to CELLI i FIOCCA znajdowali je w kiszkach żab, kur, jagniąt, świnek morskich, królików i kotów [z nich 3 razy spotkali przy doświadczalnie wywołanej dyzenterji kotów *am. coli*]. U człowieka nie znajdowali autorowie ameb przy różnych cierpieniach ostrych i przewlekłych nosa, krtani, oskrzeli, ucha i narządów moczopłciowych męzkich. U kobiet zaś znaleźli w narządach moczopłciowych ameby (*a. spinosa* *a. vermicularis*) 3 razy na 16 dokonanych badań. W jamie ustnej nie znajdowali ameb [13 badań]. W żołądku znaleźli je raz (*a. spinosa*) na 4 dokonane badania. W kiszkach u dzieci znaleźli ameby 26 razy na 78 badanych przypadków [14 dzieci zdrowych, 50 przypadków kataru kiszki, 5 przypadków zielonej biegunki, 6 przypadków biegunki krwawej i 3 — kataru folikularnego]; z nich 2 razy—same *amoeba coli* u dzieci zdrowych. U osób dorosłych znaleźli ameby 12 razy [na 111 dokonanych badań]; z nich 11 razy u chorych na dyzenterję [na 65 badanych przypadków], a jeden raz u osobnika zdrowego. Widzimy więc, że ameby spotyka się u ludzi dorosłych rzadziej, niż u dzieci.

W końcu swojej pracy CELLI i FIOCCA omawiają rolę ameb przy dyzenterji. Badając stolce drobnowidzowo, znaleźli na 54 badane przypadki dyzenterji 23 razy *amoeba coli*. Na tę ogólną ilość 23-ch badań z wynikiem dodatnim 14 przypada na stolce z Egiptu [na 16 ogółem badanych], co zależy od tego, że woda z Nilu zawiera, jak wiemy, *amoeba coli*. Ponieważ jednak autorowie wyholowali z 8-iu przypadków dyzenterji i inne jeszcze ameby (*a. dir-*

phana, spinosa, lobosa, vermicularis), twierdzą więc, że zanim się przyzna własność wywoływania dyzenterii amebie, zwanej *amoeba coli*, trzeba wykluczyć działanie w tym kierunku innych ameb, które przy badaniu stolców bez hodowli uszłyby zupełnie uwagi badaczy. Autorowie są zdania, że dotąd niema ścisłych dowodów doświadczalnych za tem, że ameby *coli* mogą same wywoływać dyzenterję; uważają oni słusznie, że nawet doświadczenia ze szczepieniem stolców *amoeba coli* do *rectum* i ropy z niemi, nie zawierającej bakterji, jeszcze tej kwestji nie rozwiązują, gdyż doświadczenia te są z punktu widzenia bakteriologii nieczyste. Osobiście wywoływali u kotów dyzenterję nawet po zaszczeniu im stolców dyzenterycznych, ogrzanych przedtem do 45°—70° C., a więc takich, w których ameby na pewno poginęły. Zdaniem CELLI'ego i FIOCCA'y, dyzenterję wywołuje jadowita odmiana bakterji *coli*, t. zw. *bact. coli dissenterico*. W towarzystwie tej jadowitej bakterji inne nabierają również własności jadowitych, ale w mniejszym stopniu, i tracą ją przy przeszczepianiu, podczas gdy wymieniona odmiana *bact. coli* zachowuje jadowitość swoją nawet po licznych przeszczepieniach.

BEYERINCK (7) z Delft hodował dwa gatunki ameb (*a. nitrophyla* i *a. zymophyla*) na glebie, którą przygotowywał w sposób następujący: warstwę agaru wylugowywał kilka razy wodą przekroploną. Po 7—14 dniach, stosownie do grubości tej warstwy agaru, wylugowane są już z niego wszystkie części organiczne. Wtedy BEYERINCK dodawał do niego kredy i gotował go. Ażeby ameby mogły wytwarzać na tej glebie nitryty [azotony], B. dodaje do niej jeszcze 0,5% $\text{NH}_4\text{NaHPO}_4$ i 0,05% CaCl_2 .

SCHARDRINGER (72) hodował ameby, interesując się niemi jako przypuszczalnymi sprawcami dyzenterji. Podłoże, na którem hodował ameby, przygotowywał w ten sposób, że do wodnego odwaru siana [30—40 grm. na litr wody] dodawał 1%—1½% agaru. Otrzymywał zaś te hodowle w ten sposób, że badany przedmiot [np. brudną wodę] szczepił najwpierw na nastój siana i trzymał ten ostatni przez dobę przy ciepłocie 37° C. Po tym dopiero czasie szczepił ów zapłodniony nastój siana do wody kondensacyjnej wyżej wymienionego agaru z sianem i obmywał tą wodą powierzchnię agaru. Po kilku dniach wyrastały na niej, obok bakterji, twory podobne do kolonii wielkich kokków. Z takich miejsc robił szczepienia na nowe płaszczyzny agarowe i, robiąc rozcieńczenia, otrzymywał czyste hodowle pierwotniaków. Chcąc mieć te hodowle czyste, trzeba rozlewać je kilka razy na powierzchnię agaru z nastojem siana i dopiero potem przenosić je na glebę płynną.

Gdy szło o wyhodowanie ameb z wypróżnień [pewnego chorego na tyfus, u którego badanie drobnowidzowe ameb nie wykrywało], SCHARDRINGER zaszczenił je na nastój siana i dopiero po 3-ch dniach, gdy drobnowidz widywał w nim dużo ameb, przenosił je na płaszczyznę zwyczajnej żelatyny, z której znowu wybierał miejsca, zawierające same ameby i przeszczepiał je kilka razy do wody kondensacyjnej wyżej wymienionego agaru z sianem. — Powtarzając to przeszczepienie 6 razy, otrzymał na tym ostatnim prawie czyste hodowle ameb. Pewna ilość bakterji w hodowlach tych zawsze pozostaje, bo znajdują się one w samych amebach. Wyhodowane przez siebie

ameby SCHARDRINGER uważa za identyczne z *amoeba coli*. Wielkość ich wynosi 15—20 μ . Formy ich otorbione rozwijają się najprędzej na powierzchni pochyłej agaru. W wodzie kondensacyjnej agaru widać również prawie same postacie otorbione ameb. Są one okrągłe lub wielokątne, z bezbarwną otoczką i lekko brunatną ziarnistą zawartością, z 1—2 jądrami. Po zaszczerpieniu do wody kondensacyjnej agaru, ameby już po 2—dniach stania probówek w termostacie „wpełzają“ na powierzchnię pochyłą agaru i pokrywają $\frac{2}{3}$ jej wysokości, *resp.* długości jakby lekkim piaskiem. Dodawszy trochę tej „piaszczystej“ masy do kropli wiszącej, otrzymuje się w niej mnóstwo żywych, szybko poruszających się ameb. Przeprowadzając taką wiszącą kroplę 3—4 razy nad płomieniem, otrzymuje się w amebach różowawe jądro w wąskiej, zielonkawej otoczce. Autor sądzi, że *amoeba coli* nie jest tak bardzo rozpowszechnioną jak niektórzy twierdzą. Przynajmniej, badając w tym kierunku wiele przypadków tyfusu, ameb z nich nie otrzymał.

W końcu wreszcie zaznaczymy, że w ostatniej chwili GORINI (30) podaje notatkę, w której powiada, że *amoeba zymophila* daje się hodować na zwyczajnym, nie alkalicznym kartoflu. Sądzimy jednak, że ten fakt w każdym razie przy wyosobnieniu ameb z wypróżnień znaczenia mieć nie może.

[D. n.]

W KWESTYI PROFILAKTYKI CHOROŃ WENERYCZNYCH.

Podał

D-r med. Antoni Elzenberg,

ordynator oddziału dla chorych wenerycznych i skórnych w szpitalu starozakonnym w Warszawie

[Dokończenie. — Patrz Nr. 27].

Posiedzenie XIV.

Dnia 5 czerwca 1896 r..

D-r PUSZKIN poruszył kwestyę, będącą w związku z leczeniem trypra i syfilisu, mianowicie: czy jest pożądanem, by prostytutka musiała jeszcze przez czas pewien przebywać w szpitalu po ustąpieniu objawów chorobowych?

Prof. TRAUTVETTER jest zdania, że chociaż tryper trwa niekiedy lat kilka, jest uleczalny, jeżeli leczenie jest wytrwale prowadzone, jednak nie można ściśle określić terminu wyleczenia. Pobyt kobiet publicznych w szpitalu powinien trwać tak długo, pokaż się nie dostrzeże, iż wydzielina jest czystą, szklistą i w ilości minimalnej [normalnej].

D-r KOPYTOWSKI wypowiedział co następuje:

1. 90% jeżeli nie 99% kobiet publicznych cierpi na przewlekłego trypra. Tryper wskutek obowiązkowego spółkowania kobiety publicznej, ciągle się recyduje. U kobiet publicznych, przebywających w szpitalu, u których przy zapisaniu się do szpitala, nie znaleziono trypra macicy, bardzo często po miesiączkowaniu z kanału szyjki macicy wypływa ropna wydzielina,

2. Badanie śluzu z kanału szyjki u kobiet publicznych, leczonych w szpitalu i uznanych za zdrowe, wykazuje obecność w nim gonokokków u 8%, a najrozmaitszych bakteryj, prócz gonokokków, u 41%.

3. Klinicysta, któryby dla rozpoznania trypra macicy kierował się metodą SCHREDER'a, skazałby na wieczne zamknięcie w szpitalu 90% kobiet publicznych.

4. O ile z powodzeniem stosujemy leczenie trypra narządów płciowych zewnętrznych i pochwy, o tyle jest utrudnione leczenie trypra macicy. Klinicysta może tylko współdziałać szybszej przemianie wycieku ropnego z szyjki macicy na wyciek śluzowy, który bez nowego zakażenia, ale wskutek częstego spółkowania albo miesiączkowania, staje się znowu ropnym.

Tryper przewodów FALLOPIUSZA i otrzewnej nie daje się leczyć.

5. Jak u mężczyzny w przebiegu trypra przewlekłego bywają zaostrzenia dwu, trzydniowe, tak samo bywa i u kobiet. Niemożliwym jest jednak z góry określić, jak długo w każdym przypadku potrwa zaostrzenie sprawy i kiedy wydzielinę ropną zastąpi śluzowa, czy we 2 dni, czy też w 2 miesiące lub później jeszcze. Zatrzymywanie więc w szpitalu kobiet publicznych, które nie mają żadnej wydzieliny z szyjki macicznej, lub też wydzielina jest szklisto-śluzową, jest bezcelowe; wszystko jedno czy do rezultatu takiego dojdziemy po 2-ch dniach czy dwóch miesiącach.

D-r ELZENBERG wyraził w następujący sposób swój pogląd:

Propozycya D-ra PUSZKINA, aby prostytutki, dotknięte tryprem narządów płciowych, pozostawały jeszcze w szpitalu przez czas pewien po wyleczeniu, jest niemożliwą do urzeczywistnienia i nie prowadzi do pożądanego celu. Tryper kobiet jest dotąd tylko uleczalny, pokąd sprawa zajmuje pochwę i kanał szyjki macicznej do wewnętrznego jego otworu (*orificium uteri internum*): skoro tylko sprawa tryprowa przejdzie po za ten otwór, wtedy już szerzy się na całą jamę macicy, a bardzo często i na przewody FALLOPIUSZA; wówczas tryper jest nieuleczalny. Najrozmaitsze przemywania samej jamy macicy, nawet stężonymi rozczynami różnych przetworów, nie dają oczekiwanych wyników. U prostytutek ta postać trypra narządów płciowych należy do bardzo częstych i niemal każda prostytutka, po upływie 2—3 lat, a nieraz i wcześniej miewa takie zmiany narządów płciowych.

Wydzielina z kanału szyjki macicznej u takich chorych bywa zawsze mętna, barwy żółtawej lub biało-mlecznej i często niezbyt obfita. Od czasu do czasu zaś zauważyć się daje pogorszenie sprawy tryprowej pochwy, wskutek przedostania się na jej błonę śluzową większej ilości gonokokków z jamy macicy lub jej szyjki. Od czego to zależy, jakie temu sprzyjają warunki, to kwestya bardzo skomplikowana; niepoślednią tu rolę odgrywają własności biologiczne gonokokków, ich faza rozwoju i t. p.. Dostyć wspomnieć, że przy zaostrzeniu się sprawy tryprowej pochwy jej wydzielina ropna jest bardzo obfita i zawiera bardzo wiele gonokokków w tej fazie ich rozwoju, kiedy najtańwiej sprzyjają zarażaniu.

Jasną jest rzeczą, iż w tym okresie choroby, prostytutkę należy w szpitalu leczyć, ale tylko do chwili, pokąd nie będą usunięte zmiany błony ślu-

zowej pochwy i pokąd wydzielina kanału szyjki macicy nie ograniczy się znów do swych poprzednich własności i ilości. Dłuższe zaś leczenie należy uważać za bezpożyteczne; bez względu na to czy będzie ono trwało tygodnie, czy lata, innych wyników nie osiągniemy. Co się zaś tyczy dążenia niektórych lekarzy, by przez leczenie doprowadzić do tego, żeby wydzielina z kanału szyjki nie zawierała gonokoków, albo żeby była szklistym śluzem, to tego ostatniego osiągnąć niepodobna, gdyż przy tryprze przewlekłym macicy w wydzielinie jej znajduje się zawsze mniej lub więcej obfita ilość komórek śluzowych i ropnych, oraz mnóstwo różnych pasożytów, co wydzielinie nadaje wygląd mętny; co zaś do gonokoków, to niewykrycie ich nie jest jeszcze dowodem, że ich nie ma. Badanie drobnowidzowe często ich nie wykrywa z powodu znacznej ilości różnych schyzomycetów, rozpadu komórek, a wskutek tego rozrzucenia gonokoków i utraty ich charakterystycznego układu; w takich razach tylko drogą hodowli można stwierdzić obecność w wydzielinie gonokoków. Albo też i tak bywa, że ich rzeczywiście nie ma w wydzielinie kanału szyjki, gdyż znajdują się w niewielkiej ilości w jamie macicy i, jeśli można się tak wyrazić, w fazie unieruchomionych, t. j. czasowo się nie mnożą, ale nie tracą własności rozmnażania się przy sprzyjających okolicznościach; o ile się zdaje, podrażnienie błony śluzowej pochwy i wskutek tego zaostrzenie jej stanu zapalnego stanowi właśnie dla nich taki sprzyjający warunek; niekiedy u dotkniętych przewlekłym tryprem udaje się sztucznie wywołać niektórymi środkami farmaceutycznymi takie zapalenie, przyczem w wydzielinie znajdujemy znaczną ilość gonokoków.

W takim stanie omawianej kwestyi przetrzymywanie prostytutek w szpitalu, po usunięciu zaostrzonych objawów trypra, nie prowadzi do żadnego celu.

D-r WATRASZEWSKI wypowiedział co następuje:

Prostytutki, przysyłane na kurację do szpitala Ś-go Łazarza, prawie zawsze miewają wypływ ropny, zmiany zaś błony śluzowej narządów płciowych przedstawiają tylko pewne różnice co do natężenia i rozciągłości sprawy. Również do rzadkości należą te względnie niedawne postacie czerpienia, gdzie sprawa nie przeszła jeszcze na szyjkę macicy.

Jeżeli zupełne wyleczenie tych ostatnich postaci sprawy tryprowej, względnie lekkich, przedstawia pewne trudności i wymaga często kilkomięsięcznej kuracji i długiej następnie jeszcze obserwacji, to przy przejściu sprawy na szyjkę, *resp.* jamę macicy i t. p., szanse wyleczenia są coraz mniejsze, a poświęcić mu trzeba wiele miesięcy [?]. Są nawet specjaliści, którzy poczytują sprawy tryprowe za nieuleczalne.

Dlatego też leczenie w szpitalu prostytutek, dotkniętych tryprem, pomimowoli musi się ograniczać tylko do usunięcia ropnej wydzieliny, poczem pozostaje wypływ śluzowy, który staramy się ograniczyć do *minimum*; zaraźliwość tej ostatniej wydzieliny zmniejsza się stopniowo, a może nawet zupełnie ustać. Nie można wszakże wcale być pewnym, że wypisana w tym stanie prostytutka nie zaraża, owszem tak łatwo zarazić może męzczyznę tryprem, jak zarazić może syfilisem prostytutka dotknięta świeżą postacią syfilisu, ale chwilowo bez objawów, po przebytej tylko co kuracji swoistej.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

— 2 = 2 —

77. J. Huguet i M. Peraire. O postępowaniu chirurgicznym w przypadkach zadanej bronią białą rany drążącej klatki piersiowej.

Powszechnie przyjęty sposób postępowania z rannym, którego po zaszłym wypadku przenosi się lub odwozi z miejsca, gdzie ranę otrzymał, bądź do szpitala, bądź też do domu, jest w razie uszkodzenia klatki piersiowej zwyczajem nielogicznym, a nawet barbarzyńskim. O ile bowiem doświadczenie poucza, następstwa, wynikające z nieodzownego podczas jazdy kołysania się i podskakiwania powozu są dla życia rannych częstokroć o wiele więcej niebezpieczne, niż sama rana, z drugiej zaś strony niewątpliwie niejednokrotnie możnaby uniknąć w przypadkach tego rodzaju wielu powikłań, gdyby chory z raną klatki piersiowej nie był ruszany z miejsca, tem bardziej, iż szereg oględzin pośmiertnych przekonywa wymownie, jak rzadko ma się tu do czynienia z uszkodzeniem naczyń ważniejszych. Słuszność powyższego poglądu przebija aż nadto wyraźnie z trzech, przytoczonych przez autorów spostrzeżeń, z których pierwsze dotyczy 28-letniego mężczyzny, zranionego floretem podczas ćwiczeń szermierskich w okolicy prawej pachy, przyczem uszkodzoną została górna część płuca, a ranny jeszcze przed zdjęciem zeń maski wypluwał krew obficie i bezwzględnie doznawał napadu silnej duszności. Na urządzonem natychmiast w sali fechtunkowej posłaniu ułożono rannego, który dzięki bezwzględnemu zachowaniu spokoju, uniknięciu konieczności przejazdu, ścisłej na razie dyecie, oraz pozostawaniu w łóżku przez 6 tygodni, przy jednoczesnem leczeniu miejscowem, pomimo ciężkiej rany wyzdrowiał zupełnie.

W dwóch innych spostrzeżeniach natomiast otrzymano wyniki niepomyślne, co w znacznym stopniu zależnem było od przewożenia rannych do dość odległych od miejsca wypadku szpitali.

Jednym z tych dwóch rannych był młody mężczyzna, który otrzymał w pojedynku pchnięcie szpadą na wysokości 3-go prawego międzyżebra z tyłu od mięśnia piersiowego wielkiego, przyczem jak stwierdzonem zostało na sekeyi, oręż zagłębił się na 32 ctm., wytworzywszy kanał na 5 mm. szeroki, przebiegający skośnie ku dołowi i nieco z tyłu od kręgow, ostrze zaś szpady po przebicciu na wylot mięszu płucnego i połowy dolnej 12-go kręgu grzbietowego oraz chrząstki mięazy-kręgowej utkwilo w trzonie 1-go kręgu lędźwiowego. Podczas jazdy w powozie ranny, blizki omdlenia, czuł się coraz gorzej: prócz duszności wystąpiło nader obfite krwioplucie, nie zmniejszające się pomimo licznych wstrzyknięć ergotyny pod skórę; przy badaniu w szpitalu na sali znajdującej się, mówiąc nawiasem, na pierwszym piętrze, przekonano się, iż obfity upływ krwi odbywał się bez przerwy. Po upływie godzin kilkunastu przy coraz dalej szerzącej się rozedmie podskórnej i po przebyciu napadu gwałtownego krwioplucia chory zmarł. Następnie w przypadku drugim miano do czynienia z rannym w klatkę piersiową również pod-

czas pojedynku, przyczem w tym razie szpada trafiła w powierzchnię przednią mostka na wysokości połączenia chrząstki 5-go żebra z mostkiem i zagłębiła się w śródpiersiu prawie na 8 ctm. 4-go dnia po wypadku, prócz stale zwiękkszającej się duszności stwierdzono u chorego obecność wylewu w opłucnej lewej, który w dniu 7-m sięgał na dwa palce powyżej kąta łopatki; jakoż po dokonaniu przekłucia wydobyto z opłucnej do pół litra krwawego płynu. Zabieg ten jednak nie uratował rannego od śmierci, która nastąpiła po upływie dni 16.

To niepomyślne w obu przypadkach zejście, według mniemania autorów, w znacznej swej części, jeśli nie zupełnie, zależnem było od nieodpowiedniego postępowania z rannym po pojedynku. Dla osiągnięcia wyniku dobrego i zabezpieczenia się od krwioplucia jest rzeczą niezmierniej wagi, jak przekonywa przypadek pierwszy, ściśle „unieruchomienie“ rannego, pod czem rozumieć należy konieczność pozostawienia rannego na miejscu wypadku, co najczęściej jest całkiem możliwe. Jeżeli zranienie nastąpiło podczas lekcji fechtunku, a więc w mieszkaniu, o przenosinach nie powinno być mowy zupełnie; chwiejącego się szermierza należy podtrzymać, po umieszczeniu zaś go na łóżku zasłaniające ranę ubranie rozciąć nożycami, wyrzekłszy się stanowczo zgubnego zwyczaju natychmiastowego przebierania rannych, gwoli estetyki, w bieliznę świeżą i zaniechawszy na razie przynajmniej przeróżnych sposobów badania, jak opukiwanie, osłuchiwanie, wywiady i t. p.. Po opatowaniu krwawienia i obmyciu nader wazkiej zazwyczaj rany wyjałowionym i zmaczanym w roztworze sublimatu [1:1000] wacikiem, ranę w każdym przypadku zaszywa się i pokrywa warstwą kollydjonu. Choremu bezwarunkowo zabrania się mówić lub czynić poruszenia, za czem pilnujący rannego bacznie śledzić powinien; nadto trzeba ustrzedz chorego od takich wysiłków, jak: łykanie, spluwanie lub odkasływanie i z tej przyczyny pierwszy posiłek: ewentualnie kilka łyżeczek mrożonego szampana daje się po wielu godzinach dopiero, wreszcie dla uspokojenia zupełnego wypadnie wstrzyknąć rannemu pod skórę mōrfinę. Postępowanie takie zaleca się i wtedy, jeżeli rana zadana została przy pojedynku, który, czego lekarz dopilnować powinien, należałoby wyznaczać, o ile to będzie możliwem; w pobliżu jakiegoś zamieszkałego domostwa, gdzie ranny mógłby przebyć całkowitą kurację. Lecz i w razie przeciwnym przewożenie zaniechanem być musi, a rannego ułożyć trzeba na materacach lub świeżą słomą wypchanym sienniku pod rozpiętym w tym celu na miejscu walki namiotem i przystąpić bezzwłocznie do opatrunku, przyczem zabiegi wszelkie wykonywać należy tak, by choremu zaoszczędzić jak najbardziej poruszeń. Po obmyciu wodą z mydłem i odkażeniu rany karbolem [1:20] lub sublimatem [1:1000] w razie krwotoku z naczyń większych krwawienie powstrzymuje się doraźnie.

Przy uszkodzeniu płuca i krwotoku wewnętrznym ma się na względzie tę znów okoliczność, że z płuca zranionego powietrze przedostaje się do opłucnej, która przy każdym oddechu wypełnia się niem coraz więcej; obecność jednak otoku powietrznego posiada i dobre swe strony, powietrze bowiem, uciskając na zapadające się płuco przy każdym wydechu sprzyja zwieraniu się rany

plucnej, a więc łatwiejszemu sklejeniu się oraz zrostowi jej brzegów. Że i w tej sprawie unieruchomienie chorego i ustrzeżenie go od ruchów wykrztuśnych jest niesłychanie ważnym, to zdaje się nie ulegać żadnej wątpliwości i również zrozumiałem tu będziecie zalecanie wstrzemięźliwości co do użycia stosowanych podskórnie środków podniecających, trzeźwiących rannego ze stanu półomdlenia, które częstokroć nie przedstawia niebezpieczeństwa wcale, a pomaga do ustąpienia krwotoku. W przypadkach wreszcie następczego wylewu krwawego do klatki piersiowej (*haemothorax*) po zranieniu naczynia poważniejszego nie należy zanadto spieszyć się z zabiegiem chirurgicznym i do przekłucia przystąpić tylko wtedy, gdy w opłucnej wylew jest duży, a objawy duszności znaczne.

(*Revue de chirurgie*. 1895).

K. Niedzielski.

Druga wystawa higieniczna w Warszawie.

— 1 — 3 —

Sekcja fizyczno-chemiczna.

Program sekcji fizyczno-chemicznej ułożony jest rozlegle i wielostronnie. Z natury rzeczy powołać tu musiano znaczną liczbę referentów, którzy mieli za zadanie dział ten przedstawić naukowo, dydaktycznie i popularnie zarazem. Trudności zaś nastęrczają się tu wcale poważne. Modele, tablice, dyagramy, nawet obrazy w naturze, nie przemawiają dość wyraźnie do przeciętnej publiczności, dla której przecie wystawę powołano do życia. I dostrojenie się wzajemne poszczególnych referentów tak co do granic swego przedmiotu, jak i do poziomu tego pogładowego wykładu, przedstawia zadanie niełatwe. Nikt przeto z ludzi kompetentnych dziwić się nie będzie, jeżeli w tym właśnie dziale znajdzie tu i ówdzie usterki. Z tych usterek jedną, najważniejszą, najogólniejszą wytknąć uważamy za właściwe na tem miejscu. Tkwi ona w tem, że referenci przedstawili swe działy znakomicie pod względem fizyczno-chemicznym, nawet pod względem ogólnie biologicznym, lecz za mało wysunęli na widok publiczny pierwiastek najważniejszy w danym razie, najpraktyczniejszy, higieniczny. Lekarz, zwiedzający sekcję fizyczno-chemiczną, stosunkowo łatwo z nagromadzonego tu materiału wyprowadzi wnioski treści higienicznej. Przeciętny natomiast widz, choćby i najuważniej studyował tę moc tablic porozwieszanych w pawilonie głównym, mało dorzuci istotnie pouczającego do swego zapasu wiadomości z higieny. Pochodzi to z braku pomysłowości w przedstawianiu pogładowem rzeczy, ztąd przedewszystkiem, że za mało posiadamy daru nauczania, że będąc zapewne dobrymi fizykami, chemikami i lekarzami, nie jesteśmy dobrymi pedagogami.

Każdy z referentów przedstawił okazy tych materiałów, których opracowania się podjął, tablice ich składu chemicznego, przyrządy i odczynniki, służące do badania jakości danego wytworu natury lub przemysłu, obrazy przeróbki, rysunki mikroskopowe i t. d.

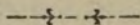
Powietrze, woda i dział żywienia zostały opracowane wyłącznie tylko z takiego stanowiska ogólnie-biologicznego. Całą stronę bakteryologiczną tych działów opuszczono, odsyłając zwiedzającego wystawę do specjalnego pawilonu bakteryologicznego. Szczegółowo uwzględniono pokarm, nader ważny pod względem higienicznym, mianowicie mleko, z którym spotykamy się nietylko w tej sekcji, ale i w dziale wychowawczym. Używki znalazły bardzo sumiennych referentów i stosunkowo najobszerniej, pod względem naukowym, zostały opracowane. Zwłaszcza dział piwa przedstawiony jest wyczerpująco w kierunku chemiczno-technologicznym. Gorzelnictwo natomiast i wyrób wina usunięto na drugi plan.

O stronie fizyologicznej i higienicznej alkoholu, o alkoholizmie na całej wystawie zupełnie poinformować się nie można. Botanika i chemia z b o z a i jego przetworów, a także strona botaniczna i chemiczna herbaty, kawy, kakao przedstawione są wyczerpująco i nawet zewnętrznie bardzo pięknie. Co do tych ostatnich używek nader cenną i pouczającą jest wystawa Urzędu Lekarskiego m. Warszawy, w której falsyfikaty zwłaszcza pilną powinny zająć uwagę naszych higienistów. Nie zapomniano również o tytoniu i tabace, ani o barwnikach, których kolekcya, starannie zebrana i usegregowana według własności chemicznych i składu, mało mówi o ich znaczeniu higienicznym. Oleje jadalne i ocet również znalazły opracowanie. Łatwiejsze stosunkowo zadanie mieli referenci działu dezynfekcyi i odwaniania; dowodzenie bowiem potrzeby wykonywania dezynfekcyi w najrozmaitszych warunkach mogło być pominięte i dość było przedstawić na tablicach rozmaite systemy dezynfekcyi, środki dezynfekcyjne, kilka przyrządów, oraz dać ogólne pojęcie o sposobie wykonywania dezynfekcyi. W dziale oświeślenia uwzględniono wszystkie najważniejsze sposoby stosowane obecnie, a zatem oświeślenie naftą i olejami, oświeślenie gazowe i elektryczne. Z pomocą bardzo czynną pośpieszył tu właściwym referentem Zarząd Inspekcyi oświeślenia gazowego miasta Warszawy, który w licznych tablicach, okazach i modelach nie pominął istotnie ani jednego ważniejszego punktu z dziedziny fizyki i techniki światła gazowego.

Długi jest szereg wystawców prywatnych, których należałoby podciągnąć pod ten dział. Naukowa wszakże strona w ich eksponatach pominięta jest zupełnie lub pozostaje na ostatnim planie.

M. Flaum.

Wiadomości drobne.



— WALTON stosował przez czas dłuższy przy wszelkich oparzeniach opatrunki arystolowe [arystol w proszku *per se*, lub w maści z oliwą i waseliną] i przyznaje im wyższość nad innymi środkami. Zaletą tych opatrunków jest to, że 1-o rany szybciej ziarninują, a blizny mniej są twarde i szpecące, 2-o że arystol jest mało trującym ciałem, a więc przewyższa pod tym względem jodoform. Należy tylko starać się każdą zakazoną lub ropiejącą powierzchnię uprzednio dokładnie oczyścić [najlepiej wodą z mydłem i, o ile można, eterem].

(Wien. Med. Presse. Nr. 24. 1896).

W. Z.

— Amerykańscy profesorowie STEWART i SALINGER mieli osiągnąć wyleczenie tętniaka aorty za pomocą elektrolizy. Tętniak sięgał od środka prawego obojczyka do stawu mostko-obojczykowego lewego. Wymienieni profesorowie wkłuli w środek guza cienką kaniulę, przez którą wprowadzili do środka tętniaka cienką nić złotą długości 3 metrów. Przez tę nić w ciągu pięciu kwadransów przepuszczali prąd stały o sile 80 miliamperów. Biegun czynny bateryi był połączony z nicią złotą i z dwiema platynowymi igłami, wbitymi w dwa przeciwległe bieguny guza. Placuszek z gliny, ułożony na brzuchu, stanowił elektrod obojętny. Chory nie odczuwał żadnego bólu ani podczas przepuszczania prądu ani później. Bezpośrednio po rękochnie zmniejszyło się tętnienie i szmer w guzie. Od tego czasu upłynęło już 3 lata tętniak uległ zarośnięciu.

(Sem. med. 19 Août. 1896).

B. S.

— J. NOWAK. Wyniki badania krwi u dzieci zmarłych na błonicę. Wielu autorów utrzymuje, że krew chorych na błonicę nie zawiera bakteryi. Dopiero badania ostatnich lat kilku fakt ten w wątpliwość podały. Chcąc kwestyę tę rozstrzygnąć, autor badał w instytucie prof. BROWICZA w Krakowie 22 przypadki śmiertelnie zakończonej błonicy. Okazało się, że krew z serca i ze śledziony zawierała we wszystkich tych przypadkach bakterye, mianowicie 21 razy paciorkowce, [z których 6 razy w towarzystwie laseczników LOEFFLER'a], a raz gronkowce w towarzystwie

laseczników LOEFFLER'a. Wynika ztąd, że blonica jest cierpieniem miejscowem, wskutek zakażenia mieszanego paciorkowcami i lasecznikami LOEFFLER'a powstałem, tylko w początku swego rozwoju, później zaś przechodzi w zwykłą posocznicę, wywołaną najczęściej przez same paciorkowce, a czasem i przez przenikłe do krwi laseczniki blonicy.

(*Centrblt. f. Bacter.* 1896. Bd. 19. Nr. 25. Str. 982).

Wł. J.

— PERTHES opisał bardzo szczegółowo wyniki operacji na nerkach, mianowicie wyluszczeń nerek dokonanych w ciągu ostatnich dziesięciu lat na klinice prof. TRENDELENBURG'a. Podczas gdy większość chirurgów tegoczesnych jest za wyluszczeniem nerek sposobem zaotrzewnowym, Tr. trzyma się stale drogi wewnątrzotrzewnowej i, zaiste, może poszczycić się doskonałymi wynikami. Na 22 przypadki dokonał on 15 razy wyluszczenia sposobem wewnątrzotrzewnowym i miał odsetkę śmiertelności 15,6%, gdy tymczasem statystyki innych chirurgów, operujących sposobem zwnątrzotrzewnowym, posiadają odsetkę śmiertelności 18—51%. Poszczególne wskazania do wewnątrzotrzewnowego wyluszczenia nerek stanowiły: nowotwory złośliwe 12 razy, otok wodny lub ropny—3 razy; natomiast przy gruźlicy nerki i przy *pyelonephritis* używał Tr. sposobu zaotrzewnowego. Wyższosc laparotomii nad cięciem lędźwiowem widzi autor w tem, że przy pierwszym sposobie operujący daleko lepiej może rozejrzeć się w polu operacyjnem i dojść do celu swych usiłowań; powtórne, samo wyluszczenie daje się szybciej wykonać i prowadzi za sobą nierównie mniejsze obrażenia wśród tkanek otaczających. Z drugiej strony, twierdzi autor wraz z TRENDELENBURG'iem, obawa wstrząsu jest zbyt przesadną, nie jest on jak wiemy wybitniejszy, niż przy rozmaitych innych operacjach w jamie brzusznej, jak resekcya kiszek i t. p., których tak wiele dokonywa się w tych czasach; co się tyczy możności zakażenia jamy brzusznej, to, na zasadzie przypadków swoich, Tr. stanowczo twierdzi, że można go uniknąć; zaszczepienie zaś cząstek nowotworowych [raki] grozi tak przy operowaniu sposobem wewnątrzotrzewnowym jak i zwnątrzotrzewnowym.

(*Dent. Zeit. f. Chir. T. 42. Z. 3*).

W. Ż.

Wiadomości bieżące.

— IV międzynarodowy kongres dermatologów i syfilidologów odbędzie się w Paryżu w r. 1900.

— Mianowani zostali: D-r BAUROWICZ docentem laryngologii, D-r REISS docentem dermatologii, D-r KRYŃSKI docentem chirurgii, D-r RACZYŃSKI docentem pediatrii przy Uniwersytecie Jagiellońskim.

— Prof. LESSER z Bernu powołany został na następcę LEWIN'a jako profesor dermatologii w Berlinie.

— Prof. FOSTER z Amsterdamu obejmuje katedrę higieny w Strasburgu.

— Katedrę oftalmologii otrzymali: D-r HEISS w Marburgu, D-r HOSCH w Bazylei, prof. UTHOFF [z Marburga] we Wrocławiu w miejsce ustępującego prof. FOERSTER'a.

— Opuścili zajmowane katedry: Prof. HALBAN w Krakowie, prof. BEHRING w Marburgu, prof. ZACHARIN i ERISMAN w Moskwie.

— **Zmarli:** D-r ZYGMUNT DOBIESZEWSKI, w Marjenbadzie;
D-r PIOTR JANUSZKIEWICZ w Turkiestanie;
Prof. anatomii RUEDINGER, w Mnichowie.

Do dzisiejszego N-ru Gazety Lekarskiej dołącza się tablica fotodrukowana do pracy prof. HOŁOWIŃSKIEGO, mieszczącej się w N-rach 30 i 31 Gaz. Lek.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Доволено Цензурою, Варшава, 13 Сентября 1896. Друк Ковалевського. Warszawa, Mazowiecka 8