

GAZETA LEKARSKA.

I. O ROLI DROBNOUSTROJÓW W CHOROŻACH PRZEWODU POKARMOWEGO NIEMOWLĄT.

[Rzecz, czytana w sekcji pediatrycznej IX Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich
w Krakowie].

Przez

Józefa Brudzińskiego.



Od czasu badań PASTEUR'a nad kiśnieniem mleka pod wpływem bakterji, zaczyna już kielkować myśl o możliwym wpływie bakterji na powstawanie chorób przewodu pokarmowego u niemowląt. Powstaje myśl o zakażeniu i zakaźnym pochodzeniu chorób przewodu pokarmowego—*gastroenteritis infectiosa* [SEVESTRE, BAGINSKY], przedewszystkiem zaś o zakażeniu zewnętrznym z pokarmu [późniejsza *ectogene Infection* ESCHERICH'a]. Tym pierwszym początkom zawdzięczamy myśl o sterylizowaniu mleka, podawanego niemowlętom jako pokarm, co uważać należy za punkt zwrotny w sprawie sztucznego karmienia niemowląt.

W poglądach klinicznych, powstałych na gruncie tych teorii o wpływie bakterji, już od początku zauważyć się dają dwa kierunki. Pierwszy z nich [BAGINSKY i jego szkoła] znaczenie bakterji, z punktu widzenia zakażenia zewnętrznego, sprowadza do *minimum*; przypisuje główne znaczenie przekarmianiu z jego skutkami: nadmierne ilości mleka w przewodzie, nie mogąc być należycie przetrawione, podlegają, pod wpływem zwykłej flory bakteryjnej, rozkładowi, co wytwarza produkty amoniakalne. Te ostatnie przez podrażnienie błony śluzowej wywołują *gastroenteritis acuta* z jej różnorodną symptomatologią. Podług BAGINSKY'ego zachodzi tu sprawa zatrucia typu zasadowego. CZERNY, wychodząc z tego samego punktu założenia—fermentacji wewnętrznej—różni się od szkoły BAGINSKY'ego co do natury zatrucia, które zdaniem CZERNY'ego jest typu kwasowego (*Säureintoxication*).

Drugi kierunek badań, nie zaprzeczając, że istnieją zaburzenia przewodu pokarmowego, wskazanego wyżej pochodzenia, stara się wykazać, iż znaczna część cierpień przewodu pokarmowego powstaje wskutek działania pewnych

bakteryi. W tym zakresie wymienić należy prace ESCHERICH'a i jego szkoły, BOOKER'a, LESAGE'a i inni.

Nim przystąpimy do bliższego rozpatrzenia roli poszczególnych bakteryi w wywoływaniu cierpień przewodu pokarmowego u dzieci, musimy parę słów poświęcić normalnej vegetacyi bakteryjnej przewodu pokarmowego niemowlęcia. Pierwsze i zasadnicze badania w tym względzie, które posłużyły za podstawę do dalszych badań, zawdzięczamy ESCHERICH'owi. Co należy rozumieć przez vegetacyę bakteryjną normalną kanału kiszkiowego? Większość autorów mniema jeszcze i obecnie, że jest to nic innego, jak suma drobnoustrojów, wypadkowo się z pokarmem do kanału kiszkiowego przedostających i tam się rozmnażających. ESCHERICH zwrócił uwagę, że dziecko karmione piersią, otrzymujące zatem pokarm nie zawierający, oprócz nielicznych gronkowców, zgoła bakteryi, wydziela jednak stolec, rojący się od bakteryi. Badania ESCHERICH'a dowiodły istnienia stałego w kanale kiszkiowym dwóch postaci bakteryjnych: *bact. coli com.* i *bact. lactis aërogenes*. Są to gatunki jakby przystosowane do ustroju. Normalna vegetacya bakteryjna u niemowląt (*bact. coli* i *lactis aër.*) i podtrzymywany przez nią rozkład węglowodanów, jest stałą i swoistą własnością zdrowego kanału kiszkiowego u niemowlęcia, której broni on przeciw przybyszom obcym i dąży do przywrócenia jej w razie chwilowych zaburzeń. Można to spostrzegać, badając stolce przy zaburzeniach przewodu pokarmowego u niemowlęcia przy piersi: vegetacya normalna wraca wraz z powrotem do zdrowia; to samo, lubo nie w tak czystej postaci, spotyka się u niemowląt karmionych sztucznie. Ustanowienie normalnej vegetacyi bakteryjnej było dużym krokiem naprzód, trudność przedstawiało jednak zawsze wyróżnienie z pośród wielu pasożytniczych bakteryi—chorobotwórczych. Ogólne metody badań bakteryologicznych okazały się tu niedostateczne. ESCHERICH wprowadził specjalną metodę barwienia stolców, [zmodyfikowana metoda WEIGERT'a barwienia włóknika], dziś ogólnie przyjętą, która pozwala oryentować się w pewnym stopniu co do vegetacyi bakteryjnej na zasadzie obrazu drobnowidzowego.

Metoda ta jest następująca: polega ona na barwieniu za pomocą *gentianavioleto*, odbarwianiu jodem i zabarwianiu następczem fuksyną. W szczegółach przedstawia się tak:

Przygotować należy w kroplomierzach następujące rozczyzny:

1) Rozczyn *gentianavioleto* [5 : 200] gotować 1/2 godz., przesączyć; zachowuje się długo.

2) Alkohol *absol.* 11,0. *Anilinöl* 3,0.

1 i 2, zmieszane razem w stosunku 8 1/2 : 1 1/2, dają potrzebny barwnik, który jednak po 2—3 tygodniach nie jest do użycia i winien być na nowo z 1 i 2 przygotowanym.

Oprócz wyżej wymienionego barwnika, potrzebnym jest rozczyzn jod-jodkali [1 : 2 : 60], *Anilinöl*—ksylol w równych częściach i czysty ksyolol. Nakońiec nasycony alkohol, rozczyzn fuksyny, rozcieńczony do połowy przez *alcohol absol.*

Technika barwienia jest następująca:

Poddawany badaniu stolec rozciera się cienką warstwą na szkiełku podstawowym i utrwała się nad lampką. Na tę warstwę nakrapla się barwnika i wyciąga zbyteczny płyn za pomocą bibuły. Następnie odbarwia się roztworem jodu, który się również za pomocą bibuły usuwa. Następnie zmywa się w *Anilinöl*-ksylole, przyczem powstają gęste niebieskawe obłoki barwnika; przestaje się zmywać, gdy te znikają. Następnie przemywa się w ksylole i następnie zabarwia się roztworem fuksyny, który natychmiast się zmywa strumieniem obfitym wody. Po wysuszeniu preparat utrwała się nad lampką, poczem badany być może pod szkiełkiem pokrywkowym lub wprost pod olejkiem z imersją. Przy tej metodzie barwienia *bacterium coli com. i lactis aëro.*, jak również i gatunki pokrewne, otrzymane z pożywek, barwią się na czerwono; tak samo zachowują się prątki okrężnicowe ze stoleców biegunkowych (*rothe Colibacillen*). Przy badaniu normalnego stolca dziecka, karmionego piersią, wszystkie prątki pozostają zabarwione na niebiesko; nie odbarwiają się, jeżeli odbarwienie *Anilinöl*-ksylolem nie było poprowadzone za daleko. Prątki okrężnicowe, otrzymane ze stoleców normalnych drogą hodowli, nie pozostają już na preparacie zabarwione na niebiesko, lecz odbarwiają się i przyjmują fuksynę.

W ostatnich czasach TISSIER w pracy swej podał w wątpliwość teorię czerwonych i niebieskich prątków okrężnicowych, dowodząc, iż niebieskie ze stoleców dzieci przy piersi nie są to prątki okrężnicowe (*bact. coli com.*), lecz bakterye anaerobiotyczne zupełnie odrębne, którym nadaje miano *bacil. bifidus communis*. Z opisu TISSIER'a nie widać, by opisane przez niego prątki miały być identyczne z niebieskimi prątkami okrężnicowymi. Sam on bowiem mówi, że barwią się źle podług GRAM'a, gdy tymczasem niebieskie *bact. coli* barwią się nader intensywnie metodą GRAM'a. MORO z kliniki ESCHERICH'a otrzymał prątki na niebiesko z hodowli na agarze t. zw. *Bierwürzeagar* lub z dodatkiem kwasów. Prątki te otrzymały nazwę *bac. acidophilus*.

Nie tak czysty obraz otrzymuje się w stolcu dziecka karmionego sztucznie: niebieskie prątki i tu są w większości, lecz już rzuca się w oczy znaczna liczba czerwonych, oprócz tego pewna ilość dowolnych bakteryi kiszkowych (*facultative Darmbacterien*). Występowanie więc na preparacie stolca dziecka, karmionego sztucznie, czerwonych prątków i bakteryi dowolnych, nie posiada znaczenia, dopóki stolce pozostają normalne i niebieskie prątki przeważają. Istnieją tu przejścia aż do postaci, w których wszystkie prawie prątki są zabarwione na czerwono. W takich przypadkach bakterye przypadkowe, zachowujące barwę niebieską, występują nadzwyczaj wyraźnie na tle prątków czerwonych, czyli że metoda ta barwienia pozwala na różniczkowanie normalnej i nienormalnej vegetacyi bakteryjnej. Zatrzymaliśmy się dłużej nad metodą badania, jest ona bowiem ogólnie przyjętą i prawie wszyscy autorowie przyznają jej znaczenie, niektórzy nawet doniosłe [BOOKER, ESCHERICH]. Rzeczywiście oddaje ona znaczne usługi, zwłaszcza przy rozpoznaniu *gastroenteritis streptococcica*. W okresie przed ustanowieniem stałej normalnej vegetacyi bakteryjnej, starano się wyszukiwać swoiste bakterye dla różnych postaci zaburzeń przewodu pokarmowego u niemowląt, w rodzaju, jak np. *bac. EVERETT'a* dla tyfusu. W tym sensie robione były pierwsze badania nad biegunką zieloną nie-

nowlą: *bacille de diarrhée verte* LESAGE'a. Ten kierunek się nie ostał. LESAGE zaliczył sam z czasem wspomnianego prątko do grupy *bact. coli*. Przekonano się, że zaburzenia przewodu pokarmowego u niemowląt powstawać mogą pod wpływem normalnie w nim przebywających bakterii przy wytworzeniu się pewnych nienormalnych warunków. Od tego czasu datują się wyczerpujące badania różnych autorów nad rolą *bact. coli*, przyczem niektórzy widzą w nim jedyny i wszechwinny czynnik *gastroenteritis* w jej najróżnorodniejszych postaciach [*Coliinfektionen* autorów niemieckich]. Obok tego występują z czasem zakażenia streptokokowe, proteusowe, pyocyaneusowe i t. d.

Bacterium coli commune.

Przy badaniu wpływu bakterii, mamy następujące kwestye do rozstrzygnięcia:

- 1) badanie drobnowidzowe stolców,
 - 2) badanie bakteryologiczne stolców drogą hodowli,
 - 3) badanie siły wyhodowanych bakterii,
 - 4) próby wywołania choroby doświadczalnie, przyczem wystrzegać się należy uogólniania tego, co zachodzi przy wstrzykiwaniu podskórnem, na podawanie przez przewód pokarmowy. Badania siły bakterii muszą być zawsze względne i tylko ostrożnie dadzą się przenieść do stosunków, istniejących w ustroju dziecięcym;
 - 5) szukanie odczynu surowiczego,
 - 6) badanie siły toksyn, wyrabianych przez bakterye,
 - 7) badanie ogólnego zakażenia ustroju przez bakterye z kanału kiszko-
- wego.

Przy badaniu roli *bact. coli com.*, badanie mikroskopowe stolców posiada doniosłe znaczenie. MARFAN na zasadzie badań, które przeprowadził pod jego kierunkiem d'ORLANDI, podaje w wątpliwość znaczenie badania mikroskopowego, d'ORLANDI bowiem nie mógł potwierdzić badań ESCHERICH'a co do prątków okrężnicowych czerwonych i niebieskich i różnicy w wejrzeniu mikroskopowym stolców normalnych dziecka przy piersi i karmionego sztucznie. Na zasadzie badań własnych w tem samym laboratorium i nad tym samym materiałem, co d'ORLANDI, mogę jedynie raz jeszcze potwierdzić wartość badania mikroskopowego, otrzymywałem bowiem te same rezultaty, co szkoła z Gracu i inni autorowie, jak BOOKER, LESAGE, TISSIER. W przypadkach, w których przy badaniu mikroskopowym stolców przeważa wyraźnie *bact. coli*, zabarwione na czerwono, można wyciągać wniosek o istnieniu stanu chorobowego. Przytem zawsze zwracać naturalnie trzeba uwagę na charakter stolców. Badanie takie niekiedy daje bezpośrednio wskazówkę co do stanu chorobowego — w niektórych przypadkach, w których *bact. coli* zabarwione jest tylko na czerwono (*colicolitis*).

Badanie przez hodowle nie daje punktu oparcia stałego: otrzymanie ze stolców *bact. coli* w hodowli czystej nie dowodzi bynajmniej, by był ten prątek, jak to twierdzi LESAGE, czynnikiem chorobotwórczym, gdyż spotyka się to w warunkach normalnych, jak tego dowiedziono na klinice ESCHERICH'a i in.

LESAGE wyhodował *bact. coli* t. zw. *chromogène*, jako czynnik „*diarrhée verte des nourrissons*“, postać ta jednak spotyka się nader rzadko.

FINKELSTEIN wyhodował przy *enteritis follicul.* ze stolcami, zawierającymi ropę i krew, prątek, który nieco się różni od *bact. coli*; różnice te jednak nie są tego rodzaju, by upoważniały do zaliczenia go do specjalnej grupy.

Bact. coli w przypadkach *colicolicitis* ESCHERICH'a nie odróżniało się na drodze hodowli od wyhodowanego ze stolców normalnych.

Badanie siły zabójczej *bact. coli* nie daje wskazówek pewnych co do jego roli w wywoływaniu cierpień u niemowląt. *Bact. coli* posiada siłę chorobotwórczą dość silną w badaniach na zwierzętach; siła ta wzrasta przy parokrotnem przeprowadzeniu przez ustroje zwierzęce.

LESAGE chciał oprzeć swe twierdzenia, co do ważnej roli *bact. coli* w wywoływaniu *gastroenteritis* u niemowląt, na fakcie wzmożonej znacznie siły zabójczej szczepów *bact. coli*, wyhodowanych ze stolców biegunkowych; badania jednak innych autorów wykazały, iż takie specjalnie silne szczepy wyhodować się nieraz dają i ze stolców zupełnie normalnych. Przytem podawanie hodowli *bact. coli* przez przewód pokarmowy nie wywołuje zaburzeń, chyba przy dawkach nadzwyczaj silnych, lub przy wyjątkowej sile zabójczej szczepu. Wogóle badania siły zabójczej na zwierzętach nie mogą być bezwzględnie przenoszone na ustrój dziecięcy, gdyż *bact. coli*, nawet z małą siłą, może być niebezpieczne dla ustroju dziecka wycieńczonego, z błoną śluzową przewodu pokarmowego niezdrową.

Wobec tak niepewnych danych, oczekiwano dużo od wyników odczynu surowiczego; wogóle jednak, o ile zachęcającymi były badania LESAGE'a, o tyle dostarczyły rozczarowania badania dalsze [NOBÉCOURT, VIDAL]. W niektórych tylko przypadkach, badanych przez ESCHERICH'a i PFAUNDLER'a, odczyn surowiczy dostarczył danych nader wyraźnych, mianowicie w przypadkach, o których już wspominaliśmy, *colicolicitis*, inaczej *colitis infectiosa*, *colitis dysenteriformis*, cierpieniu, które ESCHERICH spotykał w formie epidemicznej i sporadycznej ze stolcami nader podobnymi do dyzenterycznych, z gorączką i wymiotami. W pierwszych dniach stolce niezbyt obfite; śluzoropne, na wysokości objawów chorobowych—z domieszką krwi. Brzuch zapadnięty, miękki, ciastowaty, *colon descendens* skurezone, wyczuwalne, w stolcach pod mikroskopem *bact. coli* czerwone. W hodowli — *bact. coli*, hodowla czysta.

Odczyn surowiczy dodatni jeszcze przy 1 : 150. Dodatnie wyniki dawał odczyn surowiczy również przy *colicystitis* (*Fadenreaction*). Wogóle odczyn surowiczy wyświecił rolę *bact. coli* w wywoływaniu *gastroenteritis* raczej w sposób ujemny: *bact. coli* nie wchodzi w grę jako czynnik swoisty, oprócz nielicznych przypadków; wpływ chorobotwórczy *bact. coli* istnieje, lecz jest to wpływ pośredni, przez wyrabiane produkty rozkładu; dla tego też rola *bact. coli* większe ma znaczenie jako zakażenie wtórne, głównie przy cierpieniach przewlekłych, właśnie przez wytwarzanie się produktów fermentacji. Wspomnieć tu należy o autointoksykacjach, powstających wskutek fermentacji, czy to z powodu przekarmiania, czy też z powodu, spóźnionego opróżnia-

nia żołądka. [badania PFAUNDLER'a]. Rolę główną gra w tych przypadkach *bact. coli*; niekiedy, wskutek wytworzonego gruntu podatnego przez osłabienie ustroju, dorzuca się i wpływ innych bakterii.

Na tem miejscu obszerniej omówić należy teorye BAGINSKY'ego i CZERNY'ego. Jak już wspomnieliśmy, podług BAGINSKY'ego wskutek fermentacji wytwarzają się produkty albo kwaśne, albo zasadowe. Te ostatnie najczęściej amoniakalne. Działają one silnie drażniąco w kanale kiszkiowym, sprowadzają uszkodzenia ścianki kiszek, przez drogi krwionośne i limfatyczne przedostają się i do innych narządów, głównie wydzielających [wątroba, nerki], sprowadzając tam spustoszenia. Pod wpływem wychodzącego z kanału kiszkiowego zatrucia, cały ustrój staje się bezsilnym w walce z najazdem wielu wrogich mu gatunków bakteryjnych, co spowodowuje różne postacie chorobowe.

CZERNY, opierając się na fackie, iż zawartość kanału kiszkiowego i tkanki ustroju posiadają odczyn kwaśny, wypowiada hipotezę o autointoksykacyi kwasowej. Temu przypisuje odczyn kwaśny w kanale kiszkiowym i w całym ustroju. Za podstawę do fermentacji służy przekarmianie. Organizm nie może neutralizować nadmiernej ilości wytwarzanych kwasów — stąd autointoksykacya kwasami. CZERNY i KELLER przytaczają, jako dowód jeszcze, stan moczu i t. zw. *dyspnoe* bez zmian fizycznych. Mocz zawiera dużą ilość amoniaku. Ustrój reaguje na zatruciu kwasowe, wydzielając amoniak. Co do natury kwasu, CZERNY przypuszcza, że to któryś z kwasów tłuszczowych. Badania BENDIK'a wykazują, iż amoniaku w tych przypadkach niema w moczu świeżo oddanym. Inni autorowie, potwierdzając fakt kwasowości ustroju, nie zgadzają się na fakt zatrucia, kwaśność tę bowiem ustrój zawdzięcza kwasom nietrującym (*acid. lacticum, diaceticum, oxybutyricum*). Kwaśność istnieje i w kanale kiszkiowym zdrowym.

W dość wielu przypadkach *gastroenteritis* niemowląt wikła się przez wtargnięcie *bact. coli* do całego ustroju [zakażenie ogólne], wytwarzając już to septicemią bez zmian wyraźnych, już to zmiany umiejscowione w narządach, mniej lub więcej oddalonych od kanału kiszkiowego [głównie wątroba i nerki]. Za zakażenie ogólne uważa się jedynie przypadki, w których obecność *bact. coli* we krwi stwierdzono za życia; badanie krwi w tym względzie po śmierci nie ma znaczenia, *bact. coli* bowiem wtarga do ustroju podczas agonii. Nie należy z faktu znajdowania się we krwi *bact. coli*, wyciągać zawsze wniosku o zakażeniu pierwotnem, często bowiem bywa to zakażenie wtórne, dorzucone, wskutek łatwości, z jaką *bact. coli* wnika do ustroju, wycieńczonego poprzednio.

Z zakażeń ogólnych, ważnych pod względem klinicznym, wymienić należy przedewszystkiem powikłania płucne, na które pierwszy zwrócił uwagę SEVESTRE. Przy sekeyi stwierdza się w płucach przekrwienie lub prawdziwe ogniska bronchopneumoniczne, rozrzucone lub w postaci zrazowej, rzadziej stosunkowo — *bronchitis capillaris*. Wszyscy autorowie zgadzają się z faktem, zaobserwowanym przez SEVESTRE'a i termin „*pneumonie d'origine intestinale*“ został powszechnie przyjęty; różnice istnieją jedynie co do kwestyi dróg, przez jakie się to zapalenie płuc uskutecznia i czynników wywołujących. Co do tych ostatnich, często

spotyka się *bact. coli*, niekiedy w hodowli czystej, często jednak w towarzystwie łańcuszkowców, to też sam SEVESTRE wystąpił przeciwko zdaniu LESAGE'a, przypisującego powstawanie „*pneumonie d'origine Intestinale*“ jedynie i wyłącznie *bact. coli*.

Co do dróg, przez jakie się bakterye przedostają do płuc, jedni autorowie są zdania, iż takimi są naczynia krwionośne i limfatyczne [właściwe więc zakażenie ogólne], inni uważają, iż zakażenie następuje wskutek aspiracji cząsteczek wymiocin do oskrzeli, przedostania się bakteryi z otaczającego powietrza i t. d. Rzecznikiem pierwszej teoryi jest szczególnie CZERNY; z wybitniejszych rzeczników drugiej wymienić należy prof. HUTINEL'a z Hôspice des enfans assistés w Paryżu, na którego klinice miałem możność stwierdzić nieraz słuszność tego zapatrywania.

Co do zakażenia zewnętrznego (*ectogene Infection*) przez *bact. coli*, głównie z mleka, istnieje ono, jak tego dowodzą badania LESAGE'a. Mleko zawiera prawie zawsze *bact. coli*, lecz zaledwie w 28% posiada ono siłę zabójczą. Niekiedy w żłobkach spostrzega się epidemie, powstałe wskutek zanieczyszczenia mleka z powietrza lokalu lub przez ręce dozorczyń, które miały do czynienia z pieluszkami, zawałanymi stolcami biegunkowymi. Z powietrza żłobków LESAGE wyhodował *bact. coli*, obdarzone wysoką siłą zabójczą. Fakty te nie są zbyt częste i obecnie większość autorów nie zgadza się ze zdaniem LESAGE'a, przypisującego powstawanie prawie wszystkich postaci biegunek ostrych u niemowląt zakażeniu zewnętrznemu przez *bact. coli com*.

O roli paciorkowców.

Istnienie *gastroenteritis streptococcica*, podejrzewane przez różnych autorów od dość dawna, potwierdzone zostało przez świeże prace ESCHERICH'a, który dał cenną monografię o *Streptococconenteritis*.

Badanie mikroskopowe stolców niemowląt wykazuje w nich niekiedy obecność poszczególnych koków, niekiedy diplokoków; w bardzo wielu badaniach nie spotyka się ich wcale. Występowanie więc koków i diplokoków w większej ilości, szczególnie w postaci łańcuszków, uważanem jest za objaw chorobowy. Metoda barwienia WEIGERT-ESCHERICH'a oddaje tu znaczne usługi: koki i łańcuszki występują przy badaniu mikroskopowem stolców nader wyraźnie na tle czerwono zabarwionych prątków okrężnicowych, tak że już na zasadzie obrazu pod drobnowidzem wnioskować można o stanie przewodu pokarmowego. Obecność streptokoka w zawartości kanału kiszkiowego i w ścianie kiszkiowej stwierdziły badania pośmiertne przypadków *gastroenteritis chron.* podjęte przez MARFAN'a i MAROT'a. Zaliczają go oni do *streptococcus pyogenes*. ESCHERICH nie spotykał w swoich badaniach *strept. pyog.*, lecz *streptoc. brevis* i w smółce *strept. gracilis*.

W 1894 r. CZERNY i MOSER, przy badaniach bakteryologicznych krwi niemowląt, dotkniętych *gastroenteritis* z powikłaniami, wyhodowali kilkakrotnie paciorkowce, z siłą chorobotwórczą, w stanie czystym [prawdopodobnie *strept. pyogenes*].

W 1895 r. CERCUVILLE, TAVEL, EGUET, KRUMBEIN opisali *enteritis streptococcica* u dorosłych i dzieci, występującą pod 2-ma postaciami klinicznymi: postać ostra i postać przewlekła, tyfoidalna. Postać ostra występuje jako „*choleraiforme*“, powikłana przez zapalenie otrzewnej i przez zakażenie ogólne. Paciorkowiec, wyhodowany z tych przypadków, uważany jest przez autorów za odmianę znajdującego się normalnie w kanale kiszki *diplococcus intestinalis major* i *minor*, obdarzonego tylko siłą chorobotwórczą wyższą. W 1897 r. BOOKER opisuje pomiędzy odmianami biegunki letniej u dzieci *gastroenteritis streptococcica*, przy której występują owrzodzenia ściany kiszek i objawy zakażenia ogólnego. Wyczerpujące badania w tym względzie podał ESCHERICH we wspomnianej monografii. Patognomicznym dla tej postaci *gastroenteritis* jest znajdowanie się koków w stolcach; w przypadkach lżejszych ogranicza się ich obecność do kanału kiszki, gdzie wywołują katar i obrzmienie systemu limfatycznego; przechodzą one jednak, zwłaszcza u dzieci osłabionych, o ile się zdaje, drogą naczyń chłonnych do moczu i systemu krwionośnego. Koki, wyhodowane z różnych przypadków, wykazują pewne różnice morfologiczne i biologiczne; tworzą jednak wyraźnie odgraniczoną grupę: *enteritis-streptococcus* ESCHERICH'a. Koki te zbliżają się pod względem biologicznym najwięcej do pneumokoków WEICHELBAUM'a, odróżniają się brakiem otoczki; z drugiej strony, w sprzyjających warunkach [w ustroju ludzkim] tworzą łańcuszki, dla tego też ESCHERICH zaliczył je do streptokoków. Ich siła chorobotwórcza [dla białych myszy] jest nieznaczna, a więc co do ich znaczenia chorobotwórczego wnioskować dotąd należy więcej z anatomicznych i klinicznych danych, jako też drogą analogii z innymi pokrewnymi gatunkami.

Postać chorobowa jest niezmiernie zmienną. W przypadkach najlżejszych obraz ogranicza się do przejściowych objawów podrażnienia ze strony kiszek cienkich, co się przejawia w płynnych, surowicznych, tryskających stolcach, w których się znajdują obficie koki. W cięższych, ostro się poczynających postaciach, obraz wzmaga się do obrazu *cholera infantum*. Ciężkie objawy toksyczne, jak oto: wysoka gorączka i drgawki, otwierają scenę. Płynne stolce zawierają cukier i ścinające się białko, nabłonki, ciała krwi i na zielono zabarwiony śluz. Pomimo to, następuje zwykle rychło zmiana na lepsze i wyzdrowienie. Zejście śmiertelne zdaje się jednak być nieuniknionem, gdy dochodzi do zakażenia ogólnego przez koki, co następuje zwłaszcza często u dzieci schorowanych, wyniszczonych. W tych przypadkach sprawa zapalna umiejscowiona bywa przeważnie w jelitach grubych. Stolce t. zw. *colitische* zawierają krew i ciała ropne. Dzieci leżą w półsenym stanie, do obrazu przylączają się objawy ze strony płuc, gorączka i dzieci ulegają, podczas gdy objawy ze strony kiszek lepszy obrót przyjmują, ogólnemu zakażeniu lub postępującemu zapaleniu płuc. Badanie histologiczne jelit w tych przypadkach wykazuje ostry katar kiszek z obrzmieniem i owrzodzeniami *plaques* Peyer'a i gruczołów odosobnionych (*Solitärfollikel*) jelit grubych, obecność koków w ścianie kiszek i drogach chłonnych, pojedynczo w naczyniach krwionośnych nerki, wątroby i w mięśniu sercowym, nader obficie, obok pneumokoków, w ogniskach płucnych,

gdzie w wysięku pęcherzyków płucnych spotykają się w postaci ładnych łańcuszków [badanie SPIEGELBERG'a].

Obok tych postaci zakażenie paciorkowca spotyka się nader często, jako wtórne; sprzyjać zdaje się, rozwojowi paciorkowców, przeciw którym i tak przewód pokarmowy dziecka jest wyjątkowo bezbronnym, obecność obfitą wydzieliny w jelitach. Na okazyi do zarażenia nie zbywa. ESCHERICH znajdował takie same koki w mleku [w osadzie przy centryfugowaniu], może więc zakażenie następować z mleka, poza tem jama ustna przedstawia, szczególnie u bardzo małych dzieci, stałe źródło zakażenia. Źródło to jest tem niebezpieczniejsze, że na wytworzenie się go składają się nie tylko zarazki z pokarmu, lecz i także, przenoszone ze smoczków, szmatek do wycierania jamy ustnej, rąk dozorczyń i samego niemowlęcia, jak również z powietrza otaczającego i przez pośrednictwo innych chorych. W tym samym sensie przemawiają badania BOOKER'a, który jednak nie podaje klasyfikacyi spostrzeganych przez siebie streptokoków.

Autorowie francuzcy różnią się w zapatrywaniach na *enteritis-streptococcus* od innych. Niektórzy z nich [HUTINEL, NOBÉCOURT i in.] uważają streptokoka, i to właśnie *pyogenes*, za normalnego pasożyta kanału kiszkiowego niemowlęcia, zakażenia streptokokowe uważają też głównie jako wtórne, wewnętrzne (*endogene*), podczas gdy streptokoki *enteritis* ESCHERICH'a i BOOKER'a przedstawiają typ zakażenia zewnętrznego (*ectogene Infection*). Większość autorów francuzkich nie widzi dostatecznych powodów do wyodrębniania streptokoka, znajdującego się w kanale kiszkiowym, w oddzielną grupę—*enteritis-streptococcus* i skłania się do zaliczenia go do grupy *streptococcus pyogenes*, przyznając jednak, iż cechują go niektóre różnice, podawane przez ESCHERICH'a. MARFAN wypowiada przypuszczenie, że opisany przez THIERCELIN'a *enterococcus* i *diplococcus intestinalis* TAVEL'a, pasożyty zwykłe kanału kiszkiowego, mogą, gdy błona śluzowa zachorzeje, stać się chorobotwórczymi i wytwarzać łańcuszki. MARFAN przypisuje również znaczenie w powstawaniu *gastroenteritis* przedostawaniu się streptokoków z powierzchni skóry lub z ognisk bronchopneumonicznych. LESAGE, przyznając w zupełności słuszność pojmowaniu sprawy przez ESCHERICH'a, uważa, iż we Francyi jednak nie spotyka się tej postaci *gastroenteritis*. Wypowiada hipotezę o zmienności flory kiszkiowej, zależnie od szpitala, sal szpitalnych, a tembardziej krajów; temu przypisuje występowanie częstsze koków i paciorkowców w stolcach niemowląt w Paryżu. Tej myśli o „*mauvais milieu*“ hołduje również i HUTINEL, z którego laboratorium w Hôspice des enfants assistés wyszło parę cennych prac w tym zakresie.

Z badań własnych, prowadzonych na klinice w Gracu, a następnie w laboratorium kliniki pedyatrycznej w Paryżu nad występowaniem streptokoków w stolcach niemowląt, doszedłem do następujących wniosków:

Przypuszczenie autorów francuzkich, co do „*mauvais milieu*“, jest o tyle słuszne, że przy badaniu stolców niemowląt w Paryżu stwierdzałem np. obecność koków znacznie częściej, niż na klinice w Gracu. Nie mogę jednak przyznać, iż są one normalnymi pasożytami kanału kiszkiowego niemowlęcia, stwierdzałem

bowiem ich obecność przeważnie u niemowląt z cierpieniami przewodu pokarmowego, z drugiej strony, w licznych przypadkach nie znajdowałem ich wcale. Fakt ten nie przemawia przeciwko chorobotwórczemu znaczeniu koków. Wszak ten sam stosunek zachodzi i z pneumokokami, które też nieraz znajdują się na błonie śluzowej zdrowej, co nie przeszkadza ich występowaniu w zmienionych warunkach w roli czynników chorobotwórczych. Koki mogą przedostawać się z mleka, jamy ustnej do przewodu pokarmowego, nie wywołując objawów chorobowych, występowanie tychże zależy bowiem nie tylko od samego faktu obecności czynników chorobotwórczych, lecz może jeszcze w większej mierze od odporności organizmu, w danym razie—integralności kanału kiszkiowego. Dyagnozę—*gastroenteritis streptococcica* stawiać też można jedynie, gdy koki znajdują się w nader obfitej ilości i gdy stolce przedstawiają chorobowe zmiany, zarówno jak i stan ogólny. Charakter streptokoka przy *enteritis* różni się znacznie od *strept. pyog.* Zaliczyć go wypada do grupy *Streptococcus brevis*. Sami zresztą autorowie francuzcy uznają, iż pobyt w kanale kiszkiowym modyfikuje własności streptokoka, podług nich—zwykłego. W ciągu badań mych w paryskiej klinice pedyatrycznej, spotkałem typowy przypadek *Streptococconenteritis* ESCHERICH'a o przebiegu ostrym, ciężkim, bez zakażenia ogólnego. Charakter wyhodowanego streptokoka odpowiadał w zupełności charakterowi podanemu przez ESCHERICH'a dla spotykanych przez niego streptokoków. [D. n.]

II. PRZYCZYNEK DO KAZUISTYKI

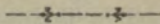
ROPNI WĄTROBY PIERWOTNYCH, POCHODZENIA NIEURAZOWEGO.

[Rzecz, przeznaczona na IX Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich w Krakowie].

Podał

Dr. Antoni Troczewski,

lekarz szpitala Ś-go Walentego w Kutnie.



Ropne zapalenie wątroby (*hepatitis suppurativa v. abscessus hepatis*), jako cierpienie pierwotne w ścisłym znaczeniu tego wyrazu, występuje niezmiernie rzadko, a nawet, zdaniem wielu autorów, nie zdarza się prawie nigdy. Jako właściwie pierwotne uważane są jedynie ropnie wątroby pochodzenia urazowego, wszelkie inne są jakoby wtórne, zależne od rozlicznych spraw chorobowych, poprzednio już istniejących i wywołujących następczo cierpienie omawiane.

Ropnie wątroby zdarzają się w klimacie naszym wogóle rzadko, nierównie za to częściej spostrzegane bywają w krajach podzwrotnikowych, głównie w Afryce, w Indyach Wschodnich i w Turcyi Europejskiej, gdzie występują endemicznie i pozostają w pewnym związku przyczynowym z warunkami

klimatu i gleby. Cierpienie to przeważnie dotyka ludzi w wieku dojrzałym, wyjątkowo spotyka się u dzieci i w tym razie wyłącznie niemal u noworodków, u których zapalenia żył pępkowych łatwo stać się mogą źródłem powstania ropnia wątroby.

Najczęstszą z postaci spostrzeganych bywają ropnie wątroby pochodzenia przerzutowego, w szeregu zaś przyczyn, które je wywołują, wyliczyć należy według EICHHORST'a, przedewszystkiem stany zapalne w obrębie żyły wrotnej, przy których produkty zapalne za pośrednictwem jej układu naczyniowego dostają się do wątroby i wywołują w niej ropienie; zdarza się to przy chorobach prostnicy, jajników, macicy, przy sprawach wrzodzących w żołądku i jelitach, przy cierpieniach śledziona i trzustki, wreszcie przy zapaleniu ropnem samego pnia żyły wrotnej.

Rzadziej ropnie wątroby powstają z przerzutów za pośrednictwem tętnicy wątrobowej przy *endocarditis ulcerosa*, *gangraena pulmonum*, *bronchitis putrida*; jeszcze rzadziej przerzuty dostają się do wątroby przez żyły wątrobowe. Przy ropniach przerzutowych wątroby, spostrzeganych po nieznacznych nawet ropieniach lub operacjach na powierzchni ciała, a szczególnie po uszkodzeniach kości, najprawdopodobniej cząstki rozpadu ropnego zakrzepów żylnych przedostają się najpierw do układu naczyniowego płuc, stąd przez lewą połowę serca do tętnicy wątrobowej i do wątroby. Do przerzutowych zaliczyć należy również ropnie wątroby, występujące po biegunce krwawej; ta ostatnia uważana jest nawet za jedną z głównych przyczyn powstawania ropni wątroby w strefach podzwrotnikowych, co jednak bynajmniej dowiedzione nie jest. Spostrzeżenia ANNESLEY'a, FRIERICH'S'a (1) HEYMANN'a, ROUISS'a, MORCHEAD'a, i GODDES'a (2) dowodzą, że znaczna liczba chorych, dotkniętych ropniami wątroby w krajach gorących, nigdy nie zapadała na biegunkę krwawą, albo też ta ostatnia występowała wtórnie, przyczem autorzy ci sądzą, że oba te cierpienia należy uważać raczej za następstwo jednej i tej samej przyczyny, t. j. klimatu i endemii w związku z nadużyciem napojów wysokowych. Równie po sprawach wrzodzących w jelitach niepewne jest powstawanie ropni wątroby w przebiegu gruźlicy, duru brzuszkiego i t. d.; z 16 przypadków ropni wątroby, zebranych przez ANDREAL'a i LOUISS'a, tylko w 3-ch znaleziono owrzodzenia w jelitach, z tych w dwóch owrzodzenia były gruźlicze.

W przypadku JASIŃSKIEGO (3) u chorej, która przeszła długi szereg cierpień gruźliczych zewnętrznych [przeważnie kostnych] — ropnie wątroby wytworzyły się w tym okresie, gdy żadnych zmian gruźliczych ani w narządach wewnętrznych, ani w zewnętrznych, nie można było zauważyć. W ostatnich czasach DIELAFOY i CLAISSE spostrzegali 2 przypadki ropnia wątroby w następstwie *appendicitidis* (4). Niezależnie od ropni pochodzenia przerzutowego, widzimy ropnie wątroby przy innych cierpieniach tego narządu; w pierwszym rzędzie wyliczyć tu należy ropnie przy bąblowcu wątroby, ropnie w następstwie owrzodzeń przewodów żółciowych i pęcherzyka żółciowego, przy stanach zapalnych, wywołanych zatknięciem przewodów przez kamienie żółciowe; znane są również w literaturze przypadki, gdzie do przewodów żółciowych przedostawały się askarydy i wywoływały ropnie wątroby. Wreszcie ropne

zapalenie wątroby powstać może przez bezpośrednie przejście sprawy chorobowej z narządów sąsiednich, jak to spostrzegamy przy owrzodzeniach i rakach żołądka i jelit.

Nie ulega jednak wątpliwości, że wszystkie wyżej przytoczone czynniki nie wyczerpują bynajmniej etyologii ropni wątroby pochodzenia nieurazowego; pozostanie zawsze znaczna liczba przypadków, których do żadnych z kategorii powyższych zaliczyć nie będziemy w stanie i właściwej ich przyczyny odnaleźć nie zdołamy. Sądzę, że w żadnym razie nie mamy dzisiaj prawa wyłączać możliwości istnienia ropni wątroby pierwotnych, t. j. odrazu jako takie powstałych. Za takie uznają niektórzy badacze ropnie wątroby, spostrzegane w strefach podzwrotnikowych, szczególnie często u europejczyków, przyjeżdżających z krajów umiarkowanych; w tych razach jako przyczynę choroby podają nadużycia napojów gorących i ostrych używek, zaziębienie, a także zakażenie zimnicze. Zdaje się, że z zupełną słusnością przypuszczać można, że i w nielicznych zresztą przypadkach ropni pierwotnych wątroby w klimacie umiarkowanym, przy pewnych okolicznościach sprzyjających, zakażenie pierwotne tkanki wątrobowej powstać może wskutek przedostania się do niej i działania pewnych drobnoustrojów, jak gronkowców, paciorkowców, *bact. coli*, *pneumococcus FRIDLÄNDERI*, a być może i wielu innych, zdolnych wywoływać ropienie. Do rzędu ropni wątroby, powstałych samoistnie i mających wszelkie cechy ropnia pierwotnego, zaliczyć muszę przypadek, spostrzegany przeze mnie w szpitalu kutnowskim w końcu roku ubiegłego.

Ponieważ zarówno powstanie, jak i cały przebieg choroby, do zwykłych zaliczyć się niedaje, pozwolę sobie przeto przypadek ten opisać szczegółowo.

Abscessus hepatis acutus. Pneumonia dextra. Laparotomia et hepatotomia. Deinde pleuritis purul. dextra. Pleurotomia c. resect. costae. Sanatio.

H. K., lat 18, panna, przybyła do szpitala Ś-go Walentego w Kutnie dnia 26 grudnia 1899 r. Chora, zacząwszy od dzieciństwa aż do czasów ostatnich, nie podlegała żadnym chorobom cięższym, od lat kilku spełniała obowiązki służącej, zawsze była zdrowa zupełnie. Miesiączkować zaczęła w 14-ym roku życia prawidłowo, co 4 tygodnie, w ciągu 3—4 dni, bez bólów. Ostatnia choroba zaczęła się przed 3-ma tygodniami; chora służyła wówczas w domu pp. R., gdzie pani R. od trzech tygodni miała tyfus brzuszny, już podówczas w okresie końcowym, lecz powikłanym przez wytworzenie się dwóch ropni w kolicy otworu stolcowego. Chora nasza, jako służąca, obsługiwała często panią R. W ciągu pierwszych dwóch dni chora czuła niedomaganie ogólne, ziębienie, utratę łaknienia i bóle w boku prawym, głównie w podżebrzu; trzeciego dnia objawy powyższe wzmogły się znacznie, przyłączyła się gorączka, chora musiała położyć się do łóżka. Odtąd gorączka ciągnęła [33,0, 39,0, 39,5], zupełna utrata łaknienia, upadek sił znaczny, bezsenność, kaszel suchy, urywany i—jako objaw najwybitniejszy od 1-go dnia choroby — ciągły ból w okolicy całego podżebrza prawego, rozchodzący się nieco na cały bok prawy; wezwany wtedy do chorej kol. SZPIGANOWICZ początkowo podejrzewał sprawę zapalną w opłucnej prawy wobec znalezionej po prawej stronie klatki piersiowej od

tyłu i przodu tępości; wkrótce jednak podejrzenie to upaść musiało, gdyż nie było innych objawów zapalenia opłucnej wysiękowego, a i sama granica stępienia nie była charakterystyczna dla wysięku opłucnowego; jednocześnie zwróciło uwagę kol. S. znaczne powiększenie wątroby ku górze i ku dołowi, obrzęknięcie jej bolesne, wyczuwalne pod łukiem żebrowym; wobec tego kol. S. już w początku 2-go tygodnia choroby przypuszczał sprawę zapalną w samej wątrobie.

W ciągu 3-go tygodnia gorączka wznaga się z dniem każdym, upadek sił coraz większy, pod prawym łukiem żebrowym wyraźnie rozlane obrzęknięcie [nacieczenie], bardzo bolesne, o powierzchni gładkiej, objawów chęłbotania niema, brzuch nieco wzdęty; tępość wątroby od tyłu sięga prawie do kąta łopatki, ze strony żołądka i jelit wybitnych zmian niema, skłonność do zaparcia, wypróżnienia normalnie zabarwione. Wówczas kol. S., podejrzewając z wielką pewnością tworzenie się ropnia w samej wątrobie, radził chorej niezwłoczne zapisanie się do szpitala—w celu poddania się operacyi, na co jednak narazie matka chorej zgodzić się nie chciała. Po upływie dni kilku, w przeddzień przybycia do szpitala, ciepłota ciała wieczorem dosięga 40,5° C., zjawia się dreszcz wstrząsający, występuje duszność bardzo silna; przy badaniu znaleziono objawy *pneumoniae dextrae*. Nazajutrz rano zapaść większa, chorą przywieziono do szpitala w stanie bardzo ciężkim.

Przy badaniu—wspólnie z kol. S.— znaleźliśmy co następuje: chora prawidłowej budowy, miernie odżywiona, tkanki tłuszczowej, podskórnej prawie niema, wyraz twarzy cierpiący, sinica, ciepłota 40,0° C, tętno 130, drobne, miękkie, oddech ciężki, około 50, skóra z lekkim zabarwieniem żółtawem, białkówki wyraźnie zażółcone, znaczny upadek sił; chora skarży się na dojmujące bóle w prawej, górnej części brzucha. Brzuch lekko wzdęty, bolesny, w okolicy podżebrza prawego wydatne wzniesienie, nadzwyczaj bolesne, pod postacią guzowatości sprężystej, o gładkiej półkulistej powierzchni, z niewyraźnymi objawami chęłbotania; stwierdzono niewątpliwie związek tego guza z samą wątrobą, przy czem dolny brzeg tej ostatniej [*resp.*; guza] udaje się dokładnie wymacać przez ścianę brzuszną prawie na poprzecznej linii pępka; próbne przekłucie guza pod łukiem żebrowym wykazało obecność ropy. W lewym płucu zmian niema, w prawej połowie klatki piersiowej od tyłu znaczne przytępienie odgłosu wypukowego od grzebienia łopatki do kąta tejże, ztąd zaś ku dołowi zaczyna się tępość zupełna. Na przestrzeni średniego płata płuc oddech oskrzelowy, liczne krepitacje i rzężenia, w dolnych ustępach tegoż płuca oddech niesłyszalny, drżenie piersiowe zniesione. Ze strony innych narządów wewnętrznych i zewnętrznych żadnych zmian chorobowych nie stwierdzono.

Wobec ciężkiego nadwyrazu stanu chorej, przystąpiliśmy niezwłocznie do operacyi dnia 26 grudnia r. z. W lekkim odurzeniu chloroformowem: cięcie poprzeczno-skośnem równoległem i na szerokość palca poniżej łuku żebrowego prawego, czyli w kierunku największego wypuklenia guza, rozciąłem skórę i powięź, poczem na tępo, rozsuwając mięśnie doszedłem do otrzewnej, którą obnażyłem wzdłuż rany zewnętrznej; po przecięciu otrzewnej w ranie ukazała się ciemnosina, mocno napięta i wypukłona powierzchnia wątroby, sklejana dość

ściśle z otrzewną ścienną; stwierdziwszy wyraźne w tem miejscu chęłbotanie, wkłულęm nóż, przyczem natychmiast obficie wypływać zaczęła zielonkowata, zupełnie niecuchnąca ropa; cięcie wątroby przedłużyłem w obie strony i zaraz obszyłem brzegi rany wątroby z raną zewnętrzną. Mieliliśmy przed oczami obszerną pieczarę w samej wątrobie, zawierającą około 1 litra ropy, obejmującą prawie cały "prawy płat" wątroby, który przedstawiał się pod postacią jakby torbieli o dość cienkich ścianach, wypełnionej płynem; jama ta zagłębiała się najbardziej ku tyłowi i ku dołowi, gdzie zaledwie koniec jej wysledzić było można; połączenia jamy z przestrzenią podprzeponową, z jamą opłucnej, lub otrzewnej nigdzie nie znaleźliśmy; jama ropnia była wielkości mniej więcej główki noworodka, powierzchnia jamy wewnętrzna — nierówna, brudowata, mało krwawiąca; w jamie, oprócz ropy, były liczne strzępy zmartwiałej tkanki wątroby, ani śladu cząstek bąblowca lub innych ciał obcych nie znaleziono. Jamę przemyłem ciepłym roztworem fizyologicznym soli kuchennej i wypełniłem kilkoma dużymi pasami gazy wyjałowionej, poczem nałożyłem opatrunek zewnętrzny.

Po operacji stan chorej lepszy, niż rano, wieczorem ciepłota 38,5°, kilkakrotne wymioty, ból w brzuchu znacznie mniejszy; nazajutrz 27. XI. ciepłota 37,7°, tętno 120, stan ogólny lepszy, wymiotów niema, wypróżnienie zabarwione prawidłowo, brzuch nie wzdęty, niebolesny, opatrunek mocno przesiąknięty wydzieliną ropną, bez żółci; zmieniono warstwy powierzchowne; w płucach stan bez zmiany — *pneumonia dextra*. Ciepłota rano 38,4°, w nocy chora spała, pociła się dosyć obficie.

D. 28. XII. ciepłota 37,9, tętno 120, regularne, chora czuje się lepiej, lecz skarży się na kaszel i ból w prawej stronie klatki piersiowej; od tyłu, w prawym płucu stan taki sam; zalecono środki podniecające i wykrztuśne. Ciepłota 38,6° C.

29. XII. Ciepłota 38,5°, tętno 100; zmiana opatrunku: gazę z jamy usunięto, jama zmniejszyła się do połowy, wydzielina umiarkowana, bez przymieszki żółci, założono sączek gumowy i pas gazy; objawy zapalenia w płucu prawym w pełni rozwoju, stan ogólny gorszy; pod wieczór tętno 120 do 130, ciepłota 40,0°, lekkie bredzenie, język podsycha, kaszel męczący, plwocina obfita bez przymieszki krwi i ropy, w nocy chora nie spała.

30. XII. Ciepłota 37,7°, tętno 115; stan ogólny lepszy, tego dnia wypróżnienie obfite po środku czyszczącym. Ciepłota 38,5°.

31. XII. Ciepłota 37,8°, zmiana opatrunku: jama znacznie mniejsza, wydzielina umiarkowana bez przymieszki żółci; przy przemywaniu jamy wydzielają się obficie strzępy zmartwiałej tkanki wątroby; zapalenie płuc prawostronne przechodzi, natomiast występują objawy poczynającego się zapalenia płuca lewego. Ciepłota r. 38,5°, tętno 120. Od tego czasu do połowy stycznia r. b. stan podgorączkowy, zapalenie lewostronne w ciągu kilku dni przechodzi, chora czuje się lepiej, siada na łóżku, łaknienie stopniowo powraca, pomimo to jednak ciepłota wieczorami dochodzi nieraz do 39,5° C., z jamy ropnia wciąż jeszcze wydzielają się obficie strzępy zmartwiałej i cuchnącej tkanki wątroby, co prawdopodobnie podtrzymuje stan gorączkowy; od połowy stycz-

nia stan bezgorączkowy, ropienie bardzo niewielkie, wydzielanie się strzępów zgorzelinowych ustaje zupełnie, jama kurczy się szybko, pozostaje w niej jedynie sączek 3—4 ctm. długi; stan ogólny chorej coraz lepszy, szybko odzyskuje ona siły, odżywia się dobrze, chodzi po sali i sama przychodzi do opatrunku z sali parterowej na pierwsze piętro. Stan taki trwa do 1 lutego, chora uważa się za zdrową i myśli o wyjściu ze szpitala.

Dnia 1-go lutego musiałem wyjechać na dni kilka z Kutna; podczas mej nieobecności 3-go lutego przy zmianie opatrunku znaleziono obfitą wydzielinę żółci w ranie, wieczorem tegoż dnia dreszcze, ból w boku prawym, ciepłota 39,4.—4. II. r. b. ciepłota 39,0, stan ogólny znacznie gorszy, kłucie w boku prawym, duszność, utrata łaknienia, w ranie obfita wydzielina żółciowa, ciepłota 39,6. Nazajutrz 5-go lutego, przyszedłszy po powrocie z Warszawy do szpitala, znalazłem u chorej stan następujący: Ciepłota 39,0, tętno 120, znaczny upadek sił, oddech utrudniony i przyspieszony, z małej przetoki obficie wydzielano się żółć bez przymieszki ropy; na całej przestrzeni prawej połowy klatki piersiowej—zaczynając od grzebienia łopatki ku dołowi—odgłos wypukowy tępy, szmeru oddechowego nie słychać, drżenie piersiowe zniesione, przekłucie próbne stwierdza w prawej jamie opłucnej obecność wysięku surowiczego, ciepłota 39,4; następnego dnia [6. II.] stan ogólny gorszy, oddech bardzo utrudniony, w nocy obfity krwotok nosowy, ciepłota 39,4; 7 lutego, wobec zwiększającej się duszności i upadku sił, zrobiłem przekłucie klatki piersiowej i wypuściłem około 800 ctm. sz. wysięku mętnego, surowiczo-włóknikowego. Wydzielina żółci z przetoki znacznie mniejsza, rana zablizna się szybko; chora jest bardzo osłabiona, łaknienia nie ma, wypróżnienia codzienne, normalnie zabarwione, w moczu zmian niema, ciepłota 39,5. W ciągu następnych dni 6-ciu stan gorączkowy, codziennie dreszcze i poty, upadek sił coraz większy, chora czuje się źle, skarży się na ból w prawym boku.

Dnia 12 lutego ciepłota 40,5; przekłucie próbne w 8-em międzyżebżu od tyłu stwierdza obecność ropy w prawej jamie opłucnej; nazajutrz 13 lutego — w uspianiu chloroformowem, przy łaskawej pomocy kol. SZPIGANOWICZA i OYRZANOWSKIEGO, zrobiłem pleurotomię z rezecką odcinka żebra 9-go, długości 6—8 ctm., na tylnobocznej powierzchni klatki piersiowej — po stronie prawej; z jamy opłucnej wypuściłem około litra ropy rzadkiej, niecuchnącej, z licznymi strzępami włóknika, które grubą warstwą pokrywały i powierzchnię płuca. To ostatnie mocno skurezone, po opróżnieniu jamy nie rozszerza się prawie wcale, wobec czego jama opłucnej pozostaje bardzo obszerna; jamy nie prze-mywałem, lecz tylko wprowadziłem do niej duży pas gazy wyjałowionej i na tem zabieg skończyłem. Od tego dnia do 20-go lutego—stan podgorączkowy, ogólny stan chorej coraz lepszy, w ciągu 10 dni wydzielanie się żółci z przetoki wątrobowej ustaje zupełnie i rana całkowicie się zablizna; wydzielina z jamy opłucnej umiarkowana, jama oczyszcza się szybko, lecz pozostaje wciąż obszerną z powodu powolnego i nieznacznego rozszerzania się płuca. Chora od tego czasu szybko odzyskuje siły, łaknienie ma dobre, wygląd jej coraz zdrowszy; od 20-go II. stan bezgorączkowy, chora zaczyna wstawać z łóżka, w szpi-

tału pozostaje jeszcze do dnia 19. V. r. b. t. j. do zupełnego prawie wyzdrowienia; pozostała jedynie mała przetoka do oplucnej z nieznaczną wydzieliną; po zatem chora czuje się zupełnie dobrze i obecnie pełni po dawnemu obowiązki służącej. [C. d. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

8. Avellis. Typowa postać nerwobólu krtaniowego.

Autor zwrócił uwagę na postać chorobową, dotąd ściśle nie wyodrębnioną, którą jednak w ostatnich czasach nader często napotykał. Przedstawia się ona jako ból w okolicy krtani jednostronny, rzadziej obustronny u ludzi w średnim wieku skądinąd zupełnie zdrowych, nerwowo nie obciążonych; mężczyźni podlegają mu częściej. Ból ten wzmaga się bądź przy ruchach krtani podczas łykania lub mówienia, bądź też przy pochyleniu głowy na bok. Niekiedy ból ten rozprzestrzenia się do ucha i podniebienia, czasami znika na kilka godzin w dzień, w nocy zaś zwykle zupełnie ustaje.

Z początku nie udawało się AVELLIS'owi przy badaniu odnajdywanie zmian przedmiotowych w górnych odcinkach oddechowych; chorzy zwykle na żądanie wskazywali, jako miejsce bólu, boczną ścianę gardzieli. Jednakże przy obmacywaniu z zewnątrz okolicy krtani, chorzy zawsze doznawali największego bólu przy dotknięciu tego, mianowicie, miejsca w błonie podjęzykowo-tarczowej (*membrana ligo-thyroidea*), gdzie nerw krtaniowy górny (*n. laryngeus sup.*) przebiega. To miejsce okazywało się również bolesnem przy dotknięciu katodu prądu elektrycznego, a zatem był to prawdziwy „*point douloureux*“, charakterystyczny dla nerwobólów.

Drugim takim punktem okazało się to miejsce w zatoce gruszkowatej (*sinus pyriformis*), gdzie tenże nerw przebiega bardzo powierzchownie, tuż pod błoną słuzową w *plica n. laryngei sup.*

Pod względem terapeutycznym okazały się skutecznymi tylko środki przeciwnewralgiczne (*lactophenin*, *pyramidon*); gdy pierwszy nie pomagał—*phenacetina* i ciepło w postaci okładów lub kataplazmów z kartofli. Wszelkie inne leczenie nie przynosiło żadnej ulgi.

W końcu autor przeprowadza rozpoznanie różniczkowe pomiędzy tem cierpieniem a bardzo doń zbliżonemi, mianowicie: reumatyzmem mięśni szyjowych, rozwojem torbieli podjęzykowych bocznych i histeryą.

(*Münchener medic. Wochenschrift. Nr. 46. 1900.*)

S. Oppenheim.

9. Freudenthal. O owrzodzeniach diabetycznych w gardzieli i w krtani.

Już a *priori* można wywnioskować, iż przy skazie diabetycznej, której towarzyszą różnorodne zmiany troficzne w tkankach, a gruźlica w płucach nadzwyczaj często się spotyka, owrzodzenia w gardzieli i w krtani nie powinny być rzadkością. Jednakże do tej pory nie o podobnem cierpieniu nie wspomniano. Dopiero FREUDENTHAL zwrócił uwagę na te owrzodzenia które wyglądem nie zdradzają charakteru swego, dają się zaś wyodrębnić li tylko na zasadzie badania moczu.

Owrzodzenia pochodzenia diabetycznego nie zjawiają się stale w jednym i tem samym miejscu: mogą się zdarzyć i na języczku, i na migdałkach, i na łukach, i na języku, i na więzach krtaniowych. Z wyglądu są podobne do owrzodzeń bądź to gruźliczych, bądź syfilitycznych, są bardzo bolesne i mogą jednocześnie występować w większej liczbie; zazwyczaj wytwarzają się z nacie-

czeń głębokich, wskutek tego mają brzegi nieco wyniesione ponad owrzodzoną wklęsłością pośrodku.

Pod względem przebiegu dzieli je autor na: 1) złośliwe, które w krótko, pomimo leczenia, doprowadzają ustrój do fatalnego końca, a to wskutek niemożności przyjmowania pokarmów i 2) dobrotliwe, zablizniające się przy jakimkolwiek leczeniu, szczególnie pod wpływem ortoformu, ból łagodzącego.

(*Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nasen-Ohren und Halskrankheiten. IV. B. Nr. 2.* S. Oppenheim.)

10. W. Bulloch i W. Hunter. O pyocyanolizynie, hemolitycznej substancji w hodowli *bacillus pyocyaneus*.

Autorowie opisują wyniki swych badań nad pyocyanolizyną, substancją znajdującą się w hodowli lasecznika zielonej ropy i mającą własność, podobnie jak i tetanospazmina EHRlich'a i MORGENTH'a, wywoływania rozpadu czerwonych krążków krwi. Do badań używano hodowli lasecznika, otrzymanego od dziecka, chorego na posocznice, w 1,5%-wym peptonowym bulionie. Przygotowawszy ze świeżo odwłóknionej krwi wołowej 5%-we zawiesiny czerwonych krążków w fizyologicznym roztworze soli kuchennej, autorowie wlewali 2 ich sześciennie centymetry do niewielkiej wyjałowionej probówki i, dodawszy odpowiedniej toksyny, przechowywali przez 18—20 godzin przy ciepłocie 37°. Rezultaty były następujące:

1) w bulionowych hodowlach lasecznika zielonej ropy, posiadających własności trujące, znajduje się „pyocyanolizyna“, wywołująca rozpad czerwonych krążków krwi;

2) ilość pyocyanolizyny można określić z dokładnością, jeżeli stale używa się tej samej ilości, tych samych zawiesin czerwonych krążków ze krwi jednego i tego samego zwierzęcia;

3) ilość ta jest różną w różnych bulionowych hodowlach lasecznika;

4) w bardzo młodych hodowlach jest ona znacznie mniejszą, niż w 3—4 tygodniowych;

5) pyocyanolizyna znajduje się w samych lasecznikach;

6) po przesączeniu młodych hodowli, przesącz zwykle nie zawiera pyocyanolizyny;

7) w starych hodowlach pewna ilość pyocyanolizyny wychodzi z laseczników, skutkiem czego znajduje się i w przesączu;

8) piętnastominutowe ogrzewanie do 100° C. nie odbiera własności hemolitycznej hodowiom nieprzesączonym;

9) przezroczyste przesącze, ogrzewane przez 15 minut do 100° C., tracą swe własności hemolityczne;

10) przy ogrzewaniu pyocyanolizyna po pewnym czasie wychodzi z laseczników do przesączu;

11) pyocyanolizyna nie jest identyczną z pyocyanażą EMMERICH'a i Löw'a, ani też ze zwykłą toksyną lasecznika zielonej ropy, którą można otrzymać, przesączywszy hodowlę bulionową.

(*Centralblatt f. Bakter., Parasit. u. Inf. Nr. 25.*)

Gantz.

II. Eiselsberg. Nowy i prosty sposób wyjaławiania gąbek za pomocą gotowania.

Jako najlepszy materiał do tamponowania podczas operacji musimy niewątpliwie uważać gąbkę. Użycie jej wszakże było dotychczas niemożliwym, z powodu niepodobieństwa wyjaławiania gąbek przez gotowanie, wiadomo bowiem, że gąbka gotowana traci elastyczność i miękkość. Autor robił doświadczenia nad rozmaitymi sposobami wyjaławiania gąbek i wynalazł następujący, skuteczny, jak upewnia, sposób:

1) należy gąbkę moczyć w 8%-wym roztworze kwasu solnego w ciągu 24

godzin, a to w celu uwolnienia jej od wapna i nieczystości, następnie wymywa się ją w czystej wodzie;

2) gotować w ciągu 5—20 minut w następującym roztworze:

Ac. tannici 20,0. *Kali caustici* 10,0. *Aquae* 1000,0.

3) wyprać w wyjałowionej wodzie, lub w roztworze sublimatu lub karbolu, dla odbarwienia, gdyż wskutek gotowania w *kali tannicum* gąbka nabierze ciemno-brązowego koloru;

4) przechowywać w 2 - 5% - wym roztworze karbolu.

Po wykonaniu tego przepisu można bezkarnie gąbkę wielokrotnie gotować, przyczem nie traci ona zupełnie swych własności fizycznych. Roztwór *kali tannicum* można użyć powtórnie, dolewając wody na miejsce wyparowanej. Nie ulega zaś wątpliwości, że po uskutecznieniu przepisu gąbki są całkowicie jałowe.

Autor wypróbował ten sposób i poleca go uwadze kolegów.

(*Centralblatt für Chirurgie. Nr. 57.*)

A. Ciechomski.

12. Niehues. Wyniki stosowania kwasu cynamonowego przy chirurgicznej gruźlicy.

Wyleczenie w gruźlicy możnaby osiągnąć w trojaki sposób:

1) za pomocą swoistego leku [jak np. chinina w malaryi],

2) za pomocą szczepień różnych surowic, otrzymanych z przetworów gruźliczych,

3) potęgując miejscowo wrodzoną skłonność do samowyleczenia.

Jak obecnie, tylko ta trzecia droga nam pozostaje.

Wyleczenie ognisk gruźliczych polega przeważnie na powstaniu reakcyjnego zapalenia dokoła ogniska, z następczym wytworzeniem się trwałej blizny. Mniemano, że w zwykłym przebiegu gruźlicy do wytworzenia blizny nie dochodzi, dla tego, że zapalenie jest zbyt słabe. Dla tego LANDERER radził sztucznie je powiększać, przytaczając korzystny wpływ róży na wilka.

Ta sama myśl leżała w zastosowaniu surowicy KOCH'a.

Niepomyślne wyniki po jej użyciu, a także i doświadczenie chirurgów, którzy nie widzieli dodatniego wpływu wtórnego zakażenia [np. w stawach] na przebieg gruźlicy, wskazują, że zapalenie, przynajmniej w tym stopniu, rzadko kiedy korzyść przynosi. Chcąc osiągnąć pomyślne wyniki, trzeba stopień zapalenia utrzymać w pewnych granicach.

Wogóle kwestya ta jest sporną.

RIBBERT korzystny wpływ zapalenia w gruźlicy objaśnia podniesieniem życiowej energii komórek, lepszym wsysaniem się produktów gruzelka i powiększonej proliferacji stałych elementów.

BIER, wywołując zastoinowe przekrwienie, starał się w ten sposób wywołać dokoła ognisk gruźliczych słaby stopień zapalenia.

HELLER korzystne wyniki metody BIER'a objaśnia zatrzymaniem produktów życiowych laseczników w gruzelku i jadowitem ich działaniem na mikroby KOCH'a.

CORNET również pewnej koncentracji jadu w gruzelku przypisuje lecznicze działanie [wprost przeciwnie jak RIBBERT].

BAUMGARTEN wreszcie twierdzi, że rozpulchnienie tkanki dokoła gruzelka i przekrwienie może tylko sprzyjać rozwojowi gruźlicy.

Tego samego zdania jest PETRUSCHKY.

N. uważa, że głównie chodzi tu o stopień zapalenia.

Jako przetwórcy, wywołujący różnego stopnia zapalenie, już dawno stosowano balsam peruwiański. Pierwszy przy gruźlicy krtani zastosował balsam peruwiański SCHMIDT [wziewania], SAYRE napełniał tym preparatem jamy zimnych

ropni (*spondylitis*), LANDERER wstrzykiwał balsam do przetok gruźliczych i dookoła ognisk.

Ażeby jednak osiągnąć wyleczenie głęboko leżących ognisk [płuca], najlepiej wstrzykiwać balsam do żył w postaci bardzo drobnej zawiesiny. Doświadczenie wykazało, że cząsteczki balsamu, pochwycone przez białe ciałka krwi, zostają odkładane właśnie w okolicy ognisk gruźliczych. Tam wywołują umiarkowany stopień zapalenia.

Zamiast balsamu peruwiańskiego, LANDERER radzi używać *natrium cinnamyllicum* w wodnym roztworze [znane pod nazwą hetolu], jako działającej części balsamu [kwas cynnowy]. Korzystne działanie tego środka objaśniają jego własnościami chemotaktycznymi i zdolnością wywoływania leukocytozy, przez co powiększa się własności bakteryobójcze krwi [kwas nukleinowy].

N. robi uwagę, że w takim razie wszystkie środki, wywołujące leukocytozę [antipyrina, morfina, pylokarlina], również oddziaływałyby dodatnio na gruźlicę. Musi więc mieć, prócz tego, hetol jeszcze jakieś własności specyficzne; być może, że wpływa na wytworzenie się a l e k s y n.

Własności immunizacyjnych hetol nie posiada.

Pewnikiem jest, że *natrium cinnamyllicum* może wyleczyć gruźlicę królika, co jest stwierdzone za pomocą badań anatomo-patologicznych (?).

Również u człowieka osiągnięto pomyślne rezultaty (?).

Autor wypróbował działanie hetolu w 66 przypadkach gruźlicy stawów, gruczołów i pęcherza.

Po uprzednim zastosowaniu wyciągania, czasem gipsowego opatrunku, robiono wstrzykiwania wewnątrzżylnie hetolu, poczynając od 1 mg. i dochodząc do 25 mg. Miejscowych wstrzykiwań zaniechano z powodu ich wielkiej bolesności. Zastąpiono je wstrzykiwaniami emulsji jodoformowej 10%, co 10—14 dni 10 ctm. sz. W paru przypadkach leczenie hetolem kombinowano z metodą zastoinową BIER'a.

Leczenie hetolem trwało od paru tygodni do paru miesięcy. Zwykle po trzech miesiącach kurację przerywano, przyczem w wielu przypadkach po upływie paru miesięcy wypadło ją wznowić.

W ropnie, po przemyciu, wstrzykiwał N. mieszaninę jodoformu z cynamylmeta-kresolem [2:1] w emulsji z 1% fenolem wyjałowionym; tygodniowo 3—10 ctm. sz.

Również mieszaninę jodoformu z hetokresolem stosowano na otwarte wrzody gruźlicze. Złych następstw po leczeniu hetolem N. nie obserwował.

Przeciwnie, następowało polepszenie apetytu, przyrost wagi ciała, w niektórych przypadkach spadek ciepłoty.

Białko w moczu N. obserwował 2 razy; odnosi je jednak do rozpoczynającego się amyloidu nerek. Niektórzy badacze widzieli zapalenie nerek po zastosowaniu zewnętrznem balsamu peruwiańskiego. Wrzody i przetoki gruźlicze pokrywały się dobrą ziarniną. W niektórych przypadkach (*spondylitis*) po wstrzykiwaniach ilość wydzieliny z przetok gwałtownie się powiększała, co źle wpływało na siły chorego. Jest to przeciwwskazanie dla metody hetolowej.

Na 66 chorych w 26 przypadkach osiągnięto wyleczenie [obserwacja jednoroczna], 15 polepszeń, 12 bez zmiany, 9 *exitus letalis*, w dwóch — wynik nie wiadomy.

Z dziewięciu [13%] śmiertelnych przypadków:

- | | |
|---|------------------------------------|
| 3 | zmarło na amyloid, |
| 1 | " na gruźlicę płuc, |
| 1 | " po rezeceji stawu barkowego, |
| 2 | " w przebiegu <i>spondylitis</i> , |
| 2 | " " <i>meningitis tbc.</i> |

Najpomysłniejsze wyniki osiągnięto przy gruźlicy stopy i kolana. Wogóle rezultaty N. są gorsze od wyników, osiągniętych przez LANDERER'a.

	LANDERER	NIEHUES	
<i>coxitis</i>	83%	47%	} wyleczeń i polepszeń
<i>gonitis</i>	75%	73%	
staw skokowy i stopa	67%	82%	
gruczoły i syst. moczowy	70—90%	63%	

Wszystkie operowane przypadki badano w instytucie anatomo-patologicznym. Tylko w jednym przypadku można było stwierdzić dokoła mas grzybowatych świeżą tkankę łączną. W innych widać było wyraźną leukocytozę, w bardzo wielu brak wszelkiego odczynu [mianowicie w przypadkach, które operowano wkrótce po rozpoczęciu leczenia hetolem].

[Doświadczenia N. nie budzą zaufania. Nie przesądzając samej wartości wywoływania zapalenia dokoła ognisk gruźliczych, jako metody leczniczej, możnaby zauważyć, że jednoczesne stosowanie jodoformu nie dozwala w zupełności ocenić wartości leczniczej hetolu. Badania zresztą nad tym preparatem są dopiero w zawiązku. Niektórzy badacze, np. obserwowali po stosowaniu hetolu *nephritis interstitialis*. *Przyp. sprawozdawcy*].

(*Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie Bd. 57. 5. 6. 1900.*) B. Bartkiewicz.

13. Mertens. W sprawie pokrywania kostnego braków czaszki.

Wiadomo, że braki kostne w czaszce mogą być pokrywane w trojaki sposób: za pomocą kości odwapnionych, palonych lub gotowanych. Autor stosował na zwierzętach wszystkie sposoby, przyczem doszedł do następujących wniosków:

Kości odwapnione nie nadają się zupełnie do pokrywania braków w czaszce, doświadczenie bowiem wykazało, że właśnie wapno jest substancją, pobudzającą nowowytworzenie się kości; to też nietylko, że kość odwapniona nie pomaga do prędszego zasklepienia otworu w czaszce, lecz przeciwnie opóźnia znacznie sprawę gojenia.

Kość palona nadaje się do powyższego użytku, ma przytem wielką zaletę — porowatość, która ułatwia wyjąławianie przeznaczonych do użytku kości, natomiast jednak zastosowanie kości palonych następuje duże trudności, a mianowicie: chory musi przebywać przez bardzo długi czas w szpitalu i nosić osłonę; przytem kość palona jest niezmiernie krucha, z tego powodu stanowi niedostateczne zabezpieczenie dla twardych opon mózgowych.

Doświadczenie wykazało, że nie należy pozostawiać swobodnie na oponie leżących płatków kostnych, gdyż jedynie ściśle do siebie podlegające zrastają się należycie.

Kość gotowana przedstawia wszelkie warunki dodatnie, nie posiadając zupełnie warunków ujemnych, dla tego ona jedynie powinna być stosowana do pokrywania braków w czaszce.

Dostatecznie duże i należycie wygotowane płatki kostne mogą być stosowane wtórnice.

Trzeba zważać, ażeby płatek kostny był zastosowany do kształtu otworu w czaszce, gdyż tylko ściśle przylegające brzegi kostne zrastają się łatwo i dokładnie, do czego przyczynia się silne odżywianie miejscowe przez krew, płynącą obficie w istocie gąbczastej kości. Należy jednak pozostawić przy pokrywaniu otworu dwa małe otworki, aby uniknąć nagromadzenia się zbytnej ilości krwi pod przystosowanym płatkem.

Kość do pokrycia braku może być wycięta z każdego trupa ludzkiego.

W końcu autor dodaje uwagę, iż w podobny sposób możnaby leczyć wszelkie skrócenia kończyn po rezeceji stawów, a to wstawiając rodzaj klinów,

które powinny zrosnąć się z kośćmi chorego i wytworzyć pierwotny kształt kończyny.

(*Deut. Zeit f. Chir. B. 57. H. 5, 6*).

Andrzej Ciechomski.

14. H. Maag. Próba przywrócenia do życia [sposobem Prusa] osoby ka, zmarłego podczas uśpienia chloroformowego.

Autor miał możność zastosowania sposobu PRUSA w następującym przypadku śmierci podczas chloroformowania: U 27-letniego mężczyzny przystąpiło do wyciągnięcia nerwu kulszowego z powodu uporczywych napadów t. zw. *ischias*. Po 15 minutach od chwili rozpoczęcia narkozy, która przez ten czas przebiegała prawidłowo, operujący poprowadził cięcie skórne; w tej samej chwili chory gwałtownie poruszył się, w skutek czego dodano mu jeszcze chloroformu w ilości zaledwie kilku kropel. Naraz chory przestał oddychać, tętno znikło i wystąpiły objawy zupełnego omdlenia i sinicy.

Po przywróceniu chorego do przytomności zwykłymi sposobami, chloroformowanie odbywało się w dalszym ciągu bez powikłań i operacja została ukończona pomyślnie. Nagle chory omdlał powtórnie przy objawach sinicy w znacznym stopniu. Gdy jednak tym razem wszelkie próby ożywienia chorego, a nawet tracheotomia z wdmuchiwanym powietrzem, pozostały bez skutku, MAAG zdecydował się na zabieg, proponowany w tym celu przez PRUSA. Mianowicie, wyrezekowano 3-cie i 4-te żebro, płat skórno-mięsno-chrzastkowy odchyłono i uchwytywszy w rękę serce wraz z osierdziem, uciśnięto je rytmicznie kilka razy z rzędu. Po chwili serce, dotąd nieruchome zupełnie, poczęło wykonywać pewne skurcze, aczkolwiek bardzo słabe. Zabieg zaczęto powtarzać, a jednocześnie przez rurkę tracheotomijną wdmuchiwało powietrze do płuc. Po upływie $\frac{1}{4}$ godziny dostrzeżono pierwszy słaby ruch oddechowy. Upłynęło jednak jeszcze $\frac{1}{4}$ godziny, zanim chory począł oddychać prawidłowo i zanim stan tętna i skurcze serca, dochodzące do 70 uderzeń na minutę, przekonały obecnych o uratowaniu chorego.

Niestety jednak, już w $\frac{1}{4}$ godziny potem ruchy oddechowe poczęły znowu raptownie słabnąć, chociaż działalność serca zmianie nie uległa. Pomimo stosowania wszelkich zabiegów, oddychanie ustało wkrótce zupełnie, bicie zaś serca trwało jeszcze 8 godzin, poczem i ono nagłe bić przestało.

Badanie zwłok nie wykryło w narządach wewnętrznych zmian patologicznych poważniejszych. Autor jest zdania, że sposób PRUSA w zasadzie ma wielką rację bytu i że w danym przypadku jedynie indywidualne okoliczności nieprzyjane stanęły na przeszkodzie ku pełnemu przywróceniu chorego do życia.

(*Centrallbl. f. Chirurgie 1901. Nr. 1*).

L. Zembrzuski.

15. Reichard. Leczenia operacyjnego zapalenia osierdzia (*pericarditis*).

Autor operował 2 przypadki wysiękowego zapalenia osierdzia, w pierwszym przypadku—wysięk ropny, w drugim—surowiczokrwawy, mętny. W obu razach był wynik dodatni, oporowani wyzdrowieli.

R. uważa za wskazaną operację w razie ciężkiego, zagrażającego życiu, surowiczego wysięku, oddając pierwszeństwo nacięciu przed punkcją [często niebezpieczną]. Radzi operować w stałej narkozie chloroformowej, wycinając 3-cie, 4-te lub 5-te żebro. Pożądanem jest nienaruszanie *arteriae mammae int.* opłucnej, oraz pozostawienie *porichondrium* [zapewnienie regeneracji chrząstki]. Dreny R. zakładał w pierwszym przypadku, w drugim nie. Jeżeli tylko można, radzi się bez nich odejść, ponieważ serce reaguje wyraźnie na najmniejsze drażnienie.

Autor doradza przepłukiwać jamę osierdzia kwasem borowym, lub salicylowym, szczególnie w razie zapalenia posokowatego.

(*Mitteilung. aus den Grenzgeb. der Med. und Chir. Bd. VII. H. 2. 3. 1900.*
Barthkiewicz.)

16. Hartmann (Jena). O leczeniu ostrych ropnych zapaleń wielkich stawów.

H. podaje wyniki leczenia ropnych zapaleń stawów wielkich na klinice prof. RIEDEL'a w Jenie; autor przytacza 61 przypadków zapaleń stawów: 25 stawu kolanowego, 8 stopy, 5 łokciowego, 10 biodrowego, 5 barkowego i 5 napięstkowego.

Stany zapalne stawów dzieli HARTMANN na kilka stopni, przy których stosował rozmaite zabiegi, od mniej energicznych do najszerzych rezekcji i amputacji.

Przy stawie kolanowym przytacza 25 historyi chorób t. zw. *gonitis serosa*; przy braku wysokiej, stałej gorączki, H. zaleca tylko spokój. Jeżeli nastąpiło zakażenie stawu, całe staranie powinno być zwrócone do ocalenia ruchu w stawie. Jeżeli staw jest słabo zakażony, to dostatecznym bywa zastosowanie prostej punkcji z następczem zastrzyknięciem 5% kwasu karbолоwego do stawu.

Więcej energicznym zabiegiem jest przekłucie stawu z następczem wprowadzeniem sączka przez otwór po przekłuciu dla ułatwienia stałego odpływu wydzieliny ze stawu. Ten sposób możnaby nazwać idealnym, z powodu jego prostoty i dla tego, że prawie nie rani stawu.

W dalszym ciągu, w razie jeżeli przekłucie nie osiąga celu, stosuje się cięcie z dwóch stron stawu i następcze sączkowanie stawu. Jeżeli i przy cięciach bocznych, podłużnych, nie możemy osiągnąć pożądanego rezultatu, wtedy stosuje się jeszcze cięcie poprzeczne rzepki, oczyszczanie końców stawowych biodra i goleni, i następcze tamponowanie i drenowanie stawu. W razie, jeżeli części miękkie biodra są mocno naciekle przez ropę, kość na znacznej przestrzeni obnażona i staw znacznie zmieniony, to HARTMANN radzi odjęcie kończyny. Ten zabieg jednak w ostatnich czasach stosowanym bywa bez porównania rzadziej, niż poprzednio. Dodatkowo wyniki leczenia ropnego zapalenia stawów należy upatrywać w szerokich cięciach i swobodnym odpływie ropy.

Przy zapaleniu stawu golenio-stopowego można stosować cięcia podłużne według KÖNIG'a, długości około 15 ctm., aż na trzy palce poniżej stawu stopowego, oraz cięcia naokoło kostek, również około 15 ctm. długości, łukowate, przez które można, przy odpowiednim wygięciu stopy i rozszerzeniu rany, oczyścić dolne powierzchnie stawowe obu kości goleni, jak również i stawowe powierzchnie kości stopowych.

W razach ciężkich, przy których zajęte bywają stawy kości śródstopia, do cięć bocznych dodaje się cięcie poprzeczne przez wszystkie części miękkie — cięcie HÜTER'a. W przypadkach, kiedy w częściach miękkich tworzą się ropnie, kiedy już o uratowaniu stopy nie może być mowy, wtedy jest wskazana amputacja. H. wyniki swoje opiera na 8 przypadkach.

Do drenowania stawu łokciowego bardzo celowem okazało się przewiercenie wyrostka łokciowego (*olecranon*).

Przy łagodniejszych zapaleniach stawu łokciowego, HARTMANN stosuje cięcia po obu stronach *m. triceps*; w tym jednak razie cała przednia część stawu nie może być należycie przedrenowana. Ważniejszą dla drenowania może być przestrzeń między kością ramieniową i główką kości promieniowej. W ostatnim czasie zastosował RIEDEL w dwóch przypadkach przewiercenie *olecranon* z następczem drenowaniem, co dało wyniki bardzo dodatnie.

Do rezeckyi stawu biodrowego radzi przystępować tylko u dorosłych, u dzieci zaś ogranicza się jedynie na oczyszczeniu główki i jamy stawowej z następczem drenowaniem.

Przy zajęciu stawu ręki stosują zwykle rezeckę, gdyż ta daje najlepsze rezultaty.

Do drenowania stawu barkowego RIEDEL nie stosuje dotąd żadnych odrębnych cięć.

(*Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. 1900. Bd. 57. Ht. 3. 4.*) J. Gerlach.

17. Chatinière. Fototerapia odry.

FINSEN stwierdził, że promienie ultrafioletowe wywierają na skórę wpływ drażniący. U chorych na ospę np. widzimy, iż miejsca, wystawione na działanie promieni słonecznych, pokryte są obfitszą wysypką i w następstwie bardziej zeszecone zostają bliznami, niż części skóry nie wystawione na światło. Okoliczność ta naprowadziła FINSEN'a na myśl przepuszczania światła słonecznego przez czerwone rolety celem zatrzymania promieni ultrafioletowych. Pod wpływem światła czerwonego ospa miała jakoby przebieg łagodniejszy.

Tę samą metodę zastosował przed dwoma laty CHATINIÈRE do leczenia odry i, jeżeli sądzić mamy z jego sprawozdań, otrzymał wyniki zdumiewające. Pod wpływem promieni czerwonych wysypka odrowa znika w ciągu jednego dnia. Chory, u którego leczenie światłem rozpoczęło się zrana, już wieczorem był wolny od wysypki; jeżeli zaś leczenie rozpoczynało wieczorem, wysypka znikała nazajutrz. Równie szybko ustępowały objawy zajęcia dróg oddechowych i gorączka, i w ciągu 2—3 dni chory powracał do zdrowia. Koniecznym jest warunek, aby chory znajdował się w pokoju obszernym, dobrze oświetlonym i był zwrócony twarzą do okien, tak, by światło przechodząc przez czerwone rolety, padało nań wprost. W nocy pokój winien być oświetlony lampką czerwoną. Wysypka znika przedewszystkiem w miejscach bezpośrednio na światło wystawionych, a więc na twarzy i odkrytej piersi.

[Przyp. spraw. Ciekawem jest zestawienie z powyższą metodą zwyczajów ludowych, istniejących w najrozmaitszych krajach. Zarówno na Kaukazie, we Francji, jak i u nas chorego odrowego okrywają chustami czerwonymi, pierzynami bez powłoczek i t. p. i barwie czerwonej przypisują własności lecznicze].

(*Archives de Médecine des enfants. 1900. Nr. 7 i 9.*)

F. Sachs.

18. Lannois. Powikłania ze strony uszu przy moczówce cukrowej.

Sprawy zapalne ucha średniego należą do rzędu bardzo częstych i niebezpiecznych powikłań przy moczówce cukrowej. Charakterystyczną cechą tych zapaleń stanowi ostry, gwałtowny początek, silne bóle, wysoka gorączka, obfita wydzielina, często z domieszką krwi i łatwość, z jaką zapalenia te przechodzą z ucha średniego na wyrostek sutkowy; w dalszym przebiegu sprawa przechodzi często na mózg i dlatego też ropnie mózgowe pochodzenia usznego spotykamy najczęściej u diabetyków. Za przyczynę tej niezwyklej siły natężenia spraw zapalnych w uchu u diabetyków uważać należy ogólne osłabienie ustroju, zmniejszoną odporność tkanek, i miażdżycę naczyń, jaką spotykamy nawet u młodych osobników z moczówką cukrową.

Oprócz wzmiankowanej powyżej wtórnej postaci zapalenia wyrostka sutkowego, występującej wskutek przejścia cierpienia z jamy bębnekowej, spotykamy u diabetyków, choć już względnie rzadziej, i pierwotną postać zapalenia wyrostka.

Kwestyę interwencji czynnej przy ropnych zapaleniach wyrostka sutkowego u diabetyków, autor rozstrzyga w następujący sposób: u osobników młodszych, przy względnie niezłym stanie ogólnym, małej ilości cukru i amoniaku

w moczu, zawsze możemy liczyć na dodatni wynik trepannasy wyrostka słukowego; co się zaś tyczy osobników starszych wiekiem, wyniszczonych, z dużą ilością cukru w moczu, to tu miarodajną wskazówką winna być zawsze ilość amoniaku w moczu: jeżeli ilość ta przechodzi 2 gramy *pro die*, autor nie radzi operować.

(*Revue hebdomadaire de Lar., d' Otol. etc. Nr. 44*). A. Zięciakiewicz.

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

2. Ichtharganum. Argentum thiohydrocarburo - sulfonicum. Ichthargan.
Jest to związek ichtyolu ze srebrem.

Przedstawia się pod postacią proszku jasno-szarawego, bardzo lekkiego, zapachu słabo-aromatycznego, smaku lekko-palącego. Rozpuszcza się bardzo łatwo w wodzie w każdym stosunku, przy czem roztwór ma piękne zabarwienie żółto-pomarańczowe. Tak proszek, jako też roztwory, trzymane w ciemnych naczyniach, długo można przechowywać bez rozkładu. Roztwory ichtarganu odznaczają się i tem, że łatwo się pienią.

Proszek zawiera 30% srebra i 15% siarki, związanej z kwasem ichtyol-sulfonowym.

AUFRECHT'owi zawdzięczamy badanie chemiczne i bakteriologiczne ichtarganu.

Dla przekonania się, jak głęboko w tkankach sięga działanie ichtarganu, AUFRECHT pogrążał jednakowej wielkości kawałki wątroby oddzielnie w roztworach ichtarganu i azotanu srebra, a następnie traktował je siarkiem amonu. Otóż, okazało się, że kawałki wątroby, które leżały w roztworze ichtarganu, w całej swej masie zawierały osad czarny, gdy tymczasem kawałki, które były pomieszczone w roztworze azotanu srebra, pocernione były tylko na powierzchni.

Wynik ten ma niesłychanie ważne znaczenie pod względem praktycznym, dowodzi bowiem, że ichtargan, odnośnie do działania wgląd tkanek o wiele wyżej stoi od azotanu srebra, a działanie to zawdzięcza wzmiankowany nowy środek leczniczy ichtyolowi, który, jak nam wiadomo, odznacza się tem, że łatwo przenika wgląd tkanek.

Dalsze badanie AUFRECHT'a wykazało: że roztwory ichtarganu wstrzymują sprawę gnicia; że [nawet słabe roztwory, jak np. 0,3%] chronią substancje organiczne od rozkładu; że odznaczają się silnem działaniem bakteriobójczem, np. roztwór 1:50000 zabija diplokokki NEISSER'a w ciągu 4 minut; że wreszcie dla organizmu ludzkiego wcale nie są trującymi.

Wymienione wyżej własności niezmiernie zachęcają do stosowania ichtarganu w celach leczniczych.

To też LEISTIKOW stosował w 55 przypadkach trypra (*gonorrhoea anterior acuta*) przestrzykiwania przedniej części cewki moczowej roztworami 0,02%—0,2% ichtarganu i otrzymywał bardzo pomyślne wyniki.

Dr. EBERSON z Tarnowa stosował ichtargan, prócz trypra, w rozmaitych innych stanach chorobowych, w których wskazane są przetwory srebra i ichtyolu, i również pomyślnie otrzymywał wyniki.

W przypadku owrzodzenia goleni (*ulcus cruris*), gdy wszelkie inne środki zawodziły, EBERSON na owrzodzenie zastosował ichtargan w proszku. Po

dwukrotnem zastosowaniu owrzodzenie pokryło się różową ziarniną i oltąd przy opatrywaniu ichtyoforem stopniowo zabliznia się.

W dwóch przypadkach trypra ostrawego przedniej i tylnej części cewki moczowej stosowano przestrzykiwania roztworem ichtarganu z początku 0,25 na 500,0 wody. W pierwszym przypadku nastąpiła poprawa po trzecim przestrzyknięciu, a w drugim—zupełne wyleczenie po 8-em przestrzyknięciu. Pierwotny roztwór 0,25 na 500,0 wody stopniowo wzmacniano do 1,50 na 500,0. W obu przypadkach przestrzykiwanie nie było bolesne i nie wywołało żadnych niemiłych następstw.

W przypadkach nadżarcia błony śluzowej żołądka (*erosio ventriculi*)—bóle w okolicy żołądka, występujące gwałtownie po jedzeniu, częste odbijanie, bolesność przy dotykaniu okolicy dna żołądka—po wyżyciu dwóch poreyi roztworu 0,25 na 150,0 wody, wszystkie objawy ustąpiły.

W przypadku *trachoma chron. et pannus trachomatousus* pędzlowania roztworem dwuprocentowym ichtarganu dały świetny wynik.

Oprócz tego stosował EBERSON z dobrym wynikiem u czterech chorych z ostrym katarzem łącznicy—dwuprocentowy roztwór ichtarganu, a w dziesięciu przypadkach ostrego trypra cewki moczowej—przestrzykiwania 0,04%—0,2%.

Z tego wszystkiego wnosić należy, że ichtargan może odegrać bardzo ważną rolę w terapii niektórych stanów chorobowych, a zwłaszcza trypra i trachomatu.

(*Deutsche med. Woch. 1900. 31.—Therapeutische Monatshefte. 1901. Heft. 1.*)

Wiktor Grostern.

WIADOMOŚCI DROBNE.

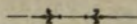
— * — * —

— Na IV kongresie włoskiego Towarzystwa Laryngologów podał VICOBBIO GRAZZI swój nader prosty sposób badania powonienia u chorych. Nalał on 10 kropeł 1—5% roztworu alkoholowego kwasu będzwinianowego (*acidi benzoici*) na krążek zwyczajnej białej bibule o średnicy 5 ctm. Po ulotnieniu się alkoholu papier zachowuje zapach benzoesowy nawet przez czas dłuższy, o ile się go przechowuje w miejscu zamkniętem. Następnie przygotował 10 kwadracików kartonu i w każdym z nich wycinał pośrodku okrągły otwór w ten sposób iż w każdym następującym kwadraciku otwór był o $\frac{1}{2}$ ctm. większy, niż w poprzednim, największy górny otwór miał w średnicy $\frac{1}{2}$ ctm., największy dolny 5 ctm.

Przy badaniu powonienia układamy wszystkie krążki tekturowe na bibule, zmoczonej kwasem benzoesowym w ten sposób, żeby krążek z największym otworem o średnicy 5 ctm. był na samej bibule, a ten z najmniejszym otworem o średnicy $\frac{1}{2}$ ctm. na wierzchu. Badanemu dajemy szklany stożek długości 10 ctm. i średnicy 5 ctm., którego jeden koniec cieńszy wsuwa do otworu nosowego, a drugi opiera na górnym krążku. Badania te stwierdziły, iż normalny człowiek przy wdychu w tych warunkach czuje zapach benzoesu. W miarę zaś tego, o ile zachodzi potrzeba zdejmowania następujących po sobie krążków, o tyle też i powonienie jest słabsze, gdy zaś osobnik po zdjęciu wszystkich krążków nie czuje zapachu benzoesu, mamy przed sobą zupełną anosmię.

S. O.

Wiadomości bieżące.



— Warszawska Rada Miejska Dobroczynności Publicznej, zamiast pierwotnie proponowanego zbudowania nowych pawilonów w szpitalu S-go Duchy, co okazało się niemożliwym z powodu szczupłości miejsca, zamierza zbudować w majątności szpitalnej Mienia oddział dla suchotników. Oby tylko najprędzej projekt ten wszedł w sferę faktów!

— Kol. A. DOBRZAŃSKI zamianowany został okulistą w szpitalu dla dzieci przy ulicy Aleksandrya.

— Na naczelnego lekarza szpitala Dzieciątka Jezus przedstawiony został kol. K. KARWOWSKI.

— Prezesem Towarzystwa Lekarskiego Lwowskiego wybrany został prof. fizyologii BECK, a wiceprezesem Dr. SOŁOWIŃ.

— W Heidelbergu zawiązał się komitet pod prezydencją prof. KUSSMAUL'a celem wzniesienia wspólnego pomnika BUNSEN'OWI, KIRCHHOF'OWI i HELMHOLTZ'OWI, b. profesorom tamtejszego uniwersytetu.

— W Davos w 74 r. życia zmarł Dr. SPENGLER, twórca Davos jako stacyi leczniczej dla chorych piersiowych.

— D. 23. II. 1902 instytucja paryzka internów szpitali (Internat) obchodzić będzie 100-letnią rocznicę istnienia. Tegoż bowiem dnia 1802 r. (4 *ventôse* an IX) Frochot, prefekt departamentu Sekwany, wydał prawo, dotyczące organizacji służby zdrowia w szpitalach i schronieniach paryzkich. Dla ułożenia programu obchodu tej uroczystości (wydanie książki pamiątkowej, wybite medalu, różne festyny i t. d.) zawiązał się w Paryżu komitet pod prezydencją prof. BROUARDEL'a, dziekana wydziału lekarskiego, komitet, do którego weszło kilkudziesięciu członków, b. internów, pomiędzy którymi figurują wszystkie wybitniejsze osobistości świata lekarskiego francuzkiego.

— Z powodu znanej sprawy prof. NEISSER'a w Wrocławiu, który, jak wiadomo, z powodu zastrzykiwań osobnikom zdrowym surowicy krwi, pochodzącej od chorych dotkniętych syfilisem, dokonywanych w celach naukowych, skazany został przez Izbę Karną dla urzędników na naganą i karę pieniężną 300 marek, pruski minister oświaty wydał następujące rozporządzenie:

1) Zawiadującym klinikami, poliklinikami i innemi zakładami leczniczymi dozwala się wykonywać zabiegi lekarskie, które nie mają bezpośredniego celu rozpoznawczego, leczniczego lub uodporniającego, wyłącznie pod następującemi warunkami:

a) jeżeli wykonywane są na osobach nie małoletnich i w zupełności poczytalnych,

b) jeżeli osoby odnośnie wyraźnie zaznaczyły swoje przyzwolenie,

c) jeżeli przyzwolenie takie osiągniętem zostało po wyjaśnieniu dokładnem osobie interesowanej możliwych następstw szkodliwych poddania się danym zabiegom.

2) Wyż wymienione zabiegi, przy zachowaniu warunków (a, b, c) wykonywać mogą tylko osoby zawiadujące wspomnianemi instytucjami lub specjalnie dla danych zabiegów przez nie upelnomocnione.

Szczegółowe dane takich zabiegów wymienione być mają na odpowiedniej karcie klinicznej.

3) Obostrzenia powyższe nie dotyczą zabiegów, mających na celu rozpoznanie, leczenie lub uodpornianie.

— Z rokiem ubiegłym znany tygodnik lekarski: „*Wiener medizinische Wochenschrift*“ skończył pięćdziesiąty rok swojego istnienia.

— W New-Yorku pojawiła się endemicznie ospa naturalna.

— D. 24 i 25 maja r. b. [Zielone Świątki] odbędzie się w Wrocławiu zebra-
nie niemieckiego Towarzystwa otologicznego. Przy tej sposobności urządzoną zostanie wystawa oto- i rynologiczna, która zawierać będzie: 1) Preparaty anatomicz-

ne suche i modele. 2) Preparaty miękkie. 3) Preparaty w małym i znacznym powiększeniu, okazywane przy pomocy: lup, mikroskopów, przyrządów rzutowych. 4) Rysunki, fotografie i dyapozytywy. 5) Przyrządy akustyczne i modele. 6) Przyrządy i narzędzia lecznicze i rozpoznawcze. W kwestyach, dotyczących wystawy, zwracać się należy do prof. KÜMMEL'a. Wrocław. Thiergartenstr. 53.

— W Nr. 22 „Gazety Lekarskiej“ z r. 1899 ogłoszony był konkurs na najlepszą pracę popularną o rzeżączce [tryprze] u mężczyzn. Na konkurs ten, jakieżś o tem w swoim czasie [czerwiec 1900] donieśli, nadesłano 3 prace. Ponieważ sąd konkursowy, złożony z kolegów: CIECHOMSKIEGO, GABSZEWICZA, KIJEWSKIEGO, PESZKEGO i ŻERY, żadnej z tych 3 prac nie zakwalifikował do nagrody, wyznaczamy więc nowy termin, 1 stycznia 1902 r. na nadsyłanie prac do Redakcyi na tenże konkurs, którego warunki jeszcze raz przypominamy:

Od osoby, która nie pozwoliła na ogłoszenie swego nazwiska, otrzymaliśmy rb. 100, jako fundusz konkursowy na najlepszą pracę popularną [nie tłumaczenie z obcych języków] o rzeżączce u mężczyzn, która by obejmowała:

1) Dokładny i dla każdego zrozumiały opis choroby, jej rozmaitych objawów, przebiegu, powikłań i następstw.

2) Praktyczne i możliwe do zastosowania przepisy higieniczne i dietyetyczne przy różnych objawach i okresach cierpienia.

3) Wskazanie środków, jakie stosować należy w początkach choroby, w razie gdy pomoc lekarska jest z jakichkolwiek powodów utrudnioną lub niedostępną.

4) Jasne przedstawienie sposobów zachowywania się podczas całego przeciągu rzeżączki.

5) Racyonalne i oparte na spostrzeżeniach naukowych rady uchronienia się od tej choroby.

Praca nie może przenosić 5 arkuszy druku. Praca jest własnością autora. Pierwszeństwo drukowania jej ma „Gazeta Lekarska“ lub jej wydawnictwa i Odczyty Kliniczne za oddzielnem wynagrodzeniem autora.

N^o 1. Prace oryginalne w czasopismach lekarskich polskich. *Kronika Lekarska.* Medycyna na przełomie XVIII i XIX w. J. ZAWADZKI. Anatomia na przełomie XVIII i XIX wieku. I. ZAWADZKI. Fiziologia na przełomie XVIII-go i XIX-go w. H. KUCHARZEWSKI. Farmakologia hydroterapia i balneologia w początkach XIX-go wieku. O. HEWELKE. Rzut oka wstecz na metody badania klinicznego na przełomie XVIII i XIX wieku. J. WINIARSKI. Medycyna wewnętrzna na przełomie XVIII i XIX-go wieku. B. OLKIER. O stanie pedyatryi przed stu laty. K. SIERPIŃSKI. Jak stała sprawa szczepienia ospy ochronnej w XIX wieku. Słów kilka. E. BREGMAN. Neurologia przed 100 laty. K. WISŁOCKI. Psychiatria na przełomie XVIII-go i XIX-go wieku. — K. NIEDZIELSKI. Rzut oka na stan chirurgii na początku i w końcu XIX-go stulecia. J. JAWORSKI. Postęp i rozwój położnictwa operacyjnego na przełomie XVIII i XIX stulecia. S. CENTNAROWICZ. Słów kilka z dziedziny okulistyki na początku XIX stulecia. I. WOJCIECHOWSKI. Krótki pogląd na rozwój dermatologii i syfilidologii w pierwszej połowie XIX-go wieku. I. ZAWADZKI. Medycyna sądowa. I. POLAK. Literatura peryodyczna lekarska przed stu laty. — *Medycyna N^o 1* S. GOLDFLAM. Dalsze uwagi nad chromaniem przestankowem (*Claudicaiton intermitente*). B. DASZKIEWICZ. Morbus coeruleus et transpositio vasorum cordis completa.

Do dzisiejszego N-ru Gazety dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeraorów: „Katalog nowych dzieł“ księgarni E. Wende i S-ka za m. Grudzień 1900, oraz katalog nowych dzieł z Kasy zapomogi imienia JÓZEFA MIANOWSKIEGO.

Wydawca D-r Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Дозволеною Цензурою Варшава, 19 Января 1901 Друк Ковалевського, Warszawa Mazowiecka 8

Sanatorium Charlottenhaus

WROCLAW THIERGARTENSTRASSE 55/57

dla chorób wewnętrznych i nerwowych (gościec stawowy i mięśniowy i t. d.),
dla kuracyi tuczającej i odtluszczającej, szczególnie wskazane dla pobytu na
jesieni i w zimie. 5—3

Prospekty gratis.

D-r A. Sachs.

D-r S. Winkler.

Ferd. Mühlens

KOLONIA — RYGA.

Mydła lecznicze wysokich zalet według przepisu 10--5

D-ra J. Eichhoffa.

Ichtyolowe.—Tymolowe.—Salicylowe.—Rezorcynowe.—Rezorcynowo-salicylowe.—Borne.—Benzoesowe.—Rezorcynowo-salicylowo-siarkowe.—Sublimatowe.—Smolowe.—Siarkowe.—Naftolowo-siarkowe.—Przetłuszczone i t. d.

Sprzedaż w Aptece K. WENDY

Krakowskie-Przedmieście Nr. 45.

CESARSKIE kaukaskie Towarzystwo Lekarskie wydaje w ciągu roku *Protokóły* posiedzeń (od 2 do 3-ch numerów na miesiąc) i 2—3 zeszyty Archiwum Lekarskiego (*Medicinskij Sbornik*). Cena obu wydawnictw rb. 5 z przesyłką. Oddzielnie *Protokóły* rb. 3, a zeszyt *Archiwu* i rb. 50 kop. 2--1

Przedpłatę na r. 1901 przyjmuje w Tyflisie Sekretarz Towarzystwa.

D-r Wacław MAYZEL, b. Asyst. Uniw. wykonywa w swej pracowni dla celów dyagnostyki lekarskiej rozbiory chemiczne i mikroskopowo-bakteryologiczne, analizy moczu głównie, oraz badania płwociny, nasienia, kału i t. d. Poszukiwania mikroskopowe w szerszym zakresie.

Ulica Marszałkowska 97 A, róg Nowogrodzkiej