

GAZETA LEKARSKA.

Z PRACOWNI CHEMICOZNO-LEKARSKIEJ SZPITALI WARSZAWSKICH.

I. ZATRUCIA POKARMAMI MIĘSNYMI.

[Rzecz, wypowiedziana na posiedz. Sekeyi Chemicznej w Warszawie w d. 14. V. 1898 r.]

Podał

Czesław Barszczewski,
asystent szpitala Ś-go Ducha w Warszawie.

Przystępując do rozpatrzenia niezmiernie ciekawej sprawy zatruc różnymi pokarmami w ogóle, chcę zwrócić przedewszystkiem uwagę na zatrucia pokarmami mięsnymi. Pod mianem mięsa należy rozumieć nie tylko brane w zwykłym znaczeniu mięso, pochodzące od zwierząt, przeznaczonych na rzeź, lecz także zwierzynę, ptactwo, ryby, nadto niektóre jadalne gatunki płazów i bezkręgowców, jak: żaby, mięczaki i raki. Zatrucia powyższymi pokarmami znane są oddawna, a objawy i skutki tych zatruc są różnorodne, poczynawszy od nieznacznych, przemijających zaburzeń w przewodzie pokarmowym, aż do ciężkich chorób z mniej lub bardziej szybkim zejściem śmiertelnem. Objawy zatrucia pod nazwą botulizmu (*botulismus*¹⁾ *scu allantiasis*) zasługują na szczególne wyosobnienie z pośród chorób, które powstają wskutek spożycia pewnych pokarmów mięsnych.

Już od zeszłego stulecia objawy botulizmu zajęły toksykologów zarówno swym dziwnym przebiegiem klinicznym i zawsze ciemną patogenezą, jak swą częstością, niebezpieczeństwem i bezsilnością środków ochronnych. Długi czas uważano *botulismus* za zatrucia mięsne, wywołane wskutek spożycia kiełbas, przyrządzanych z krwi wieprzowej, a wyrabianych w znacznej ilości w Prusach, w Bawaryi i w Badenie.

Niebawem jednak zauważono, że jeszcze inne artykuły mięsne, jak: szynka, mięso marynowane, ryby i t. d. wywołują podobne objawy. W ostatnich czasach niektórzy badacze jeszcze bardziej uogólnili pojęcie botulizmu i wszystkie zaburzenia w ustroju, wywołane przez spożycie tak zdrowych, jak róż-

¹⁾ Wyraz „*botulismus*“ pochodzi od łacińskiego wyrazu „*botulus*“, co znaczy kiełbasa, *salceson*.

wniez i chorych zwierząt, a mianowicie: nerwicę bezgorączkową, ostre gorączkowe zapalenie żołądka i kiszek, cholerynę, biegunkę i t. d. podciągali pod nazwę botulizmu.

Dzisiejsza nauka lekarska zostawiła termin *botulismus* w tych tylko przypadkach, w których choroby, wywołane przez pokarmy mięsne, dają objawy od dawna u Niemców znanego „*Wurstvergiftung*“ i jako takie łatwe są do rozpoznawania. MUELLER w swojej klasyfikacji zatruczeń mięsem do 1-ej grupy zalicza typowe objawy botulizmu, do 2-ej—przypadki zatrucia produktami gnilnymi, do 3-ej przypadki mieszanego zatrucia w części pochodzenia botulizmowego, w części gnilnego, do 4-ej zaś grupy otrucia mięsem zwierząt chorych.

Zwykle mięso, jeżeli tylko podlega gniciu, lub pochodzi od zwierząt chorych, działa zawsze mniej lub więcej trująco na ustrój ludzki. W danym przypadku zaburzenia żołądkowo-kiszkowe występują na pierwszy plan, są mniej niebezpieczne i przez dobry sanitarny dozór mogą być zupełnie usunięte. Bez porównania ważniejsze pod względem niebezpieczeństwa życia są zatrucia starymi kielbasami, solonem i marynowanym mięsem, zwłaszcza, jeżeli płynny, konserwujący te pokarmy, zawierają mały procent soli i są niedosyć często zmieniane.

Klasyczne objawy botulizmu, do których obecnie przechodzimy, są następujące. Chorzy niekiedy już w kilka godzin po zjedzeniu podejrzanego mięsa, a zwykle dopiero po upływie 12—20 godzin, uczuwają nudności i ból w okolicy żołądka, następnie dostają wymiotów, początkowo pokarmami, następnie masą czarną, ciągnącą się. Wymioty te trwają jeden, niekiedy dwa dni. Jednocześnie występują zaburzenia wzrokowe: wzrok słabnie, chorzy widzą podwójnie, gałka oczna staje się jakoby nieruchomą, powieki opuszczone, źrenice rozszerzone bez odczynu na światło. Nadto chorzy uskarżają się na palenie i ściskanie w gardle oraz utrudnione łykanie; błona śluzowa nosa i gardzieli bywa mocno zaczerwieniona i pokryta lepką wydzieliną. U osób ciężko chorych masy śluzowe zbierają się w gardzieli i powodują kaszel chrypowaty i duszenie się. Głos staje się przytłumionym, często występuje bezgłos, tętno słabe, miękkie, co do ilości uderzeń na minutę prawidłowe, oddechanie powierzchowne, nieco przyspieszone, moczu i kału wstrzymane; ciepłota prawidłowa. Przy tak ciężkich objawach ogólnego zatrucia chorzy zachowują zupełną przytomność umysłu bez żadnych zaburzeń w sferze ogólnego uczucia.

Jeżeli zatrucie było niewielkie, chorzy powoli wracają do zdrowia: najpierw ustępują zaburzenia wzrokowe, następnie zaburzenia gardzieli, kiszki i t. d., najdłużej pozostaje osłabienie ogólne mięśniowe, które ustępuje dopiero po 3—6 tygodniach. W przypadkach śmiertelnych przyłączają się pod koniec życia zaburzenia w krążeniu i oddechaniu i występuje tak zwane porażenie opuszkowe wskutek zmian, zaszłych w rdzeniu przedłużonym. Tętno bywa drobne i ledwo wyczuwalne, duszność wzrasta, upadek sił zwiększa się, wreszcie następuje śmierć.

Według spostrzeżeń wielu uczonych, powyżej opisany obraz kliniczny zatrucia, zarówno tak słabe jego postaci, jak i ciężkie występują po zjedzeniu pasztetów zajęczych, głowizny, salcesonów i innych wyrobów masarskich. Zatruc-

cie rybami, czyli t. zw. *ichthyosismus* długi czas był powszechnie uważany za osobny rodzaj zatrucia, nie mający nic wspólnego z botulizmem. Nowsze jednak badania HIRSZFELD'a, ALEKSANDER'a, ANREP'a i innych wykazały, że zatrucia te mają rażące podobieństwo do botulizmu. Wydarzają się one wprawdzie znacznie rzadziej, są jednak również niebezpieczne, jak i poprzednie. SCHREIBER opisał przypadek zbiorowego zatrucia rybami w Królewcu: 6 osób z jednej rodziny zachorowało w 20 godzin po zjedzeniu ryb, które leżały w occie 5—6 dni. Według licznych spostrzeżeń, wystarcza już 24 godzin, aby mięso rybie stało się szkodliwym dla zdrowia.

Oo się tyczy mytylizmu (*mytilismus*), czyli zatrucia mięczakami: ostrygami i ślimakami, to niektórzy uczeni są zdania, że bezkręgowce te wywołują także objawy botulizmowe. BROSCHE w Wiedniu ogłosił niedawno przypadek otrucia ostrygami. Wiadomo zresztą, że pewne objawy nerwowe, między innymi rozszerzenie źrenic występuje dosyć często po spożyciu zepsutych mięczaków, całkowity jednak obraz kliniczny mytylizmu, jak tego dowiodły epidemie w Wilhelmshafenie w latach 1835 i 1887, jest inny, aniżeli botulizmu. Zatrucie mięczakami występuje pod trzema głównymi postaciami; 1) pod postacią wysypki, 2) pod postacią zaburzeń żołądkowo-kiszkowych i 3) pod postacią objawów bezwładów nerwowych. O trzech tych postaciach zatruc należy pamiętać przy rozpoznawaniu, często bowiem postać nerwową mytylizmu brano za zatrucie mięsem i rybami.

W przypadkach epidemii w Wilhelmshafenie śmierć następowała już po godzinie, wyraźne zaś objawy otrucia po 15—30 minutach po jedzeniu. Choroba cała, jak widzimy, ma przebieg niezwykle ostry, a działanie piorunujące, jakie towarzyszy ciężkim postaciom mytylizmu, dowodzi obecności jadowitej, stężonej trucizny. Jąd mięczaków stale wytrzymuje wysokie ciepłoty i zasadniczo wyróżnia się od innych jądów mięsnych. Mięczaki tak surowe, żywe, jak i gotowane, a nawet woda, w której się one gotowały, powodują niekiedy u ludzi i zwierząt zatrucia. Bakterii swoistych jadu mięczaków nie udało się dotychczas otrzymać.

Wszystkie dotychczas dokonane prace w celu wyjaśnienia przyczyny powstawania jadu mięsnego nie doprowadziły do celu. SCHLOSSBERGER i inni sądzili, że przyczyną objawów botulizmowych są wolne kwasy i zasady organiczne, wytwarzające się w ustroju; EHRENBERG i BRIEGER, że ptomainy i leukomainy, jak: cholina, neuryna i jej pochodne; NAUWERCK, SCHMIDT, ANREP i inni, że otrzymane przez nich rozmaitego rodzaju bakterie. Dopiero w ostatnich czasach udało się doktorowi, profesorowi E. VAN ERMENGEN'owi z Gandawy wskutek wypadkowego zbiorowego otrucia, jakiemu uległo wiele osób po spożyciu szynki, wyosobnić z podejrzanej szynki nie tylko swoistego lasecznika botulizmowego, ale rozwickać i wyjaśnić wszystkie dotychczas ciemne punkty, towarzyszące zatruciu jadem mięsnym [kiełbasami, rybami, szynką i t. p.]. Ciekawą tę i pouczającą historię zbiorowego otrucia przytaczamy w krótkości.

W połowie grudnia 1895 roku w belgijskiem miasteczku Ellezelles wybuchła epidemia wśród muzykantów pewnej orkiestry. Z małymi wyjątkami prawie wszyscy muzykanci zachorowali. Trzech umarło już po pierwszym ty-

godniu, pozostałych zaś dziesięciu ciężko chorowało. Przyczyną tej zbiorowej choroby było spożycie marynowanej, surowej szynki, której każdy z chorych zjadł mniej więcej około 200—300 gramów. Większa część muzykantów zapałała po 20—24 godzinach po zjedzeniu, niektórzy dopiero po 36 godzinach; u trzech wkrótce po zjedzeniu zjawily się nudności, wymioty i kolki, u wszystkich zaś tak wielkie ogólne osłabienie i senność, że zmusily chorych do pozostania w łóżku. Na drugi i trzeci dzień po otruciu zjawily się charakterystyczne zaburzenia wzrokowe, suchość w gardle, dławienie, trudne polykanie i kaszel, przy zupełnej świadomości i stanie bezgorączkowym. Na kilka godzin przed śmiercią nastąpiła utrata przytomności, duszność, słabe tętno, śpiączka i *delirium*. W przypadkach nieśmiertelnych chorzy powracali do zdrowia po krótszym lub dłuższym przeciągu czasu zależnie od stopnia zatrucia.

Sekcyje sądowe zmarłych nie wykazały żadnych widocznych zmian w narządach wewnętrznych, prócz przekrwienia w śledzionie, w wątrobie, w oponach mózgowych i nieznacznego rozpulchnienia błony śluzowej żołądka i kiszki. Badania mikroskopowe, dokonane przez VAN ERMENGEM'a, wykazały w wątrobie i w śledzionie obecność nielicznych bakterii w postaci krótkich laseczek.

Okaz trzody chlewnej, od którego pochodziła podejrzana szynka, zabity przed 4-ma miesiącami, był według opinii weterynarza najzupełniej zdrowy. Aczkolwiek mięso po zabiciu nie było powtórnie oglądane, jednakże przypuszczać należy, że było nieszkodliwe, skoro część, użyta przez samego rzeźnika i jego rodzinę, nie wywołała żadnych zaburzeń. Pozostałe mięso zamarynowane spożyto po 4 miesiącach. Jedna z szynek i reszta marynowanego mięsa, chociaż niegotowane, nie wywołały po zjedzeniu żadnych zaburzeń z wyjątkiem tej tylko szynki, która leżała na spodzie beczki i którą jedli wspomniani wyżej muzykańci.

Szynka, uważana za nieszkodliwą, okazała się miejscami zgniłą, zwłaszcza w głębszych warstwach przy kości zawierała różnego rodzaju nieswoiste drobnoustroje. Szynka zaś, która leżała na samym spodzie beczki i którą jedli muzykanci, była barwy bladej, pulchna, nielepka, łatwo dająca się rozrywać w palcach, posiadała ostry, przenikliwy zapach, przypominający stare, zjełczałe masło. Z ostatniej tej szynki, t. j. z tej, która leżała na samym dnie beczki, w mikroskopowych preparatach tkanki mięsnej, szpiku kostnego i słoniny, barwionych metodą ZIEHL'a, ERMENGEM spostrzegał w różnych miejscach dosyć liczne, niewielkie, okrągławo-podłużne ciała, które uważał za zarodniki. Przypuszczenie to stwierdzono szczepieniem na podłożach, z ciałek tych bowiem wyhodowano swoiste, botulizmowe duże laseczniki z zarodnikami. W celu wykazania, że laseczniki te w rzeczy samej wywołują objawy botulizmowe, ERMENGEM przedsięwziął cały szereg bardzo ciekawych doświadczeń na zwierzętach, jakoto: na psach, kotach, królikach, szczurach, świnkach morskich, kurach, gołębiach i małpach. Zwierzętom tym podawano razem ze zwykłymi pokarmami kawałki podejrzonej szynki i wodne z niej wyciągi. Wstrzykiwano podskórnio wyciągi wodne wyjałowione i niewyjałowione oraz hodowle bulionowe i żelatynowe.

Badania, dokonane przez ERMENGEM'a, wykazały, że:

I. Najodpowiedniejszymi dla doświadczeń są koty, ponieważ dają typowe, klasyczne objawy botulizmu, a mianowicie: znaczne i stałe rozszerzenie źrenic, zmiany w wydzielinie krtani i oskrzeli, częściowe porażenie, które występują głównie pod postacią wypadnięcia języka, afonii, afagii, krupowego kaszlu, zatrzymania moczu, kału i żółci;

II. gołębie, u których prócz porażenia skrzydeł występują inne ciekawe bezwładki, jak: opadnięcie powiek, nierówność źrenic i t. p.

Króliki, świnki morskie i małpy są również bardzo wrażliwe na jad botulizmowy, ponieważ ich przewód pokarmowy przedstawia podatny grunt dla jadu.

III. Objawy chorobowe, jakie występują u ludzi i zwierząt po spożyciu szynki [z Ellezelles], nie zależą ani od ptomain, ani od gnilnych alkaloidów;

IV. Charakterystyczne objawy zatrucia, które wystąpiły po zjedzeniu szynki [z Ellezelles], należy przypisać toksynom, które wytworzone zostały przez bakterye, wyhodowane z tejże szynki.

V. Lasecznik ten daje się wyhodować z wątroby i śledziony ze zmarłych ludzi i ze zdechłych zwierząt. Za życia nie rozwija się w ustroju zatem ani we krwi, ani w narządach wewnętrznych.

Doświadczenia prof. v. ERMENGEM'a sprawdziliśmy dzięki prof. M. NENCKIEMU z Petersburga, który nam nadesłał raczył czystą hodowlę lasecznika botulizmowego. Nadesłaną hodowlę przeszczepiono na podłoża z bulionu, agaru i żelatyny, podłoża silnie zalkalizowano, dodano po 2% cukru gronowego i pozostawiono w ciepocie pokojowej. Wygląd młodych kolonii na żelatynie z cukrem w płytkach PETRIE'go jest tak charakterystyczny, że daje się zazwyczaj łatwo rozróżnić od wszystkich innych kolonii bakteryi beztlenowych. 4—6 dniowe kolonie, badane przy powiększeniu 40—60 razy, przedstawiają masy okrągłe, przezroczyste, jasno-żółto-brunatnej barwy, utworzone z dosyć dużych, łamiących światło ziarenek o ruchu żywym głównie na obwodzie. Na około tych kolonii tworzy się rodzaj otoczki z rozpuszczającej się żelatyny. Gdy żelatyna zacznie się coraz bardziej rozpuszczać, to kolonie zostają tak zaciemnione, że poruszające się w nich ziarenka zaledwie na brzegach dają się widzieć, brzegi kolonii przytem usiane zostają krótkimi kolcami. Ze wzrostem kolonii wygląd ich pierwotny ulega zupełnej zmianie: kolonie rozszerzają się, brzegi ich stają się coraz bardziej nierówne, zazębione, sam zaś środek przybiera wygląd ziarnisty, ze środka zaś kolonii widać wychodzące w rozmaitych kierunkach smugi, które nadają kolonom kształt rozety lub gwiazdy i łączą pojedyncze kolonie ze sobą. Gdy wreszcie żelatyna zupełnie się rozpuści, cała powierzchnia hodowli zostaje zalaną i skreślony powyżej wygląd kolonii niknie zupełnie.

Kolonie żelatynowe klute nie posiadają żadnych cech charakterystycznych. W kierunku ukłucia na głębokości 2—3 ctm. od powierzchni tworzą się małe, okrągławe, białawe masy, które dają wypustki i rozgałęzienia we wszystkich kierunkach. Na około kolonii stopniowo rozpuszcza się żelatyna i wy-

wiązują się gazy w postaci drobnych pęcherzyków. Gazy niekiedy wytwarzają się w takiej ilości, że rozrywają podłoże i wyrzucają korek z próbówki. Zwyczajnie jednak gazy zbierają się w jeden większy pęcherzyk, który pozostaje wewnątrz podłoża lub przedostaje się przez rozpuszczoną żelatynę na powierzchnię, wreszcie całe podłoże zostaje rozpuszczone i na dnie próbówki leżą białozółtawe, kłaczkowate masy, pokryte z wierzchu zupełnie przezroczystą, płynną żelatyną, z której od czasu do czasu wydzielają się pęcherzyki gazów. Kolonie na agarze i bulionie również nie są charakterystyczne.

Wywiązujące się w hodowlach gazy nie są jeszcze dokładnie zbadane; dotychczas wykazano w nich wodór, kwas węglany i metan, w podłożach zaś alkohol butylowy i kwasy tłuszczowe, głównie kwas masłowy. Ten ostatni nadaje hodowiom charakterystyczny zapach zjełczałego masła. Zapach ten nie jest jednak taki przykry, jaki wydzielają hodowle innych bakterii beztlenowych.

Przy ciepłocie 16° C. hodowle rozwijają się bardzo wolno, przy 18—20° C.—dosyć szybko, najbujniej jednak przy ciepłocie 20—30° C.; ciepłoty 37—38,5° są kresowe dla rozwoju hodowli.

Doświadczenia ze zwierzętami, dokonane na 7 osobnikach, a mianowicie: na jednym kocie, na dwóch królikach i na czterech gołębiach. Zwierzętom

| Nr. porząd. | Gatunek zwierzęcia. | Hodowle. | Dawka w ctm. sześć. | Waga zwierzęcia w grn. | Data wstrzyknięcia. | Data śmierci. | Spostrzeżenia. |
|-------------|---------------------|-----------------------|---------------------|------------------------|---------------------|---------------|--|
| 1 | Gołąb. | bulionowa | 1 | 260 | 24 VIII. | 27 VIII. | D. 25. VIII. Niechęć do jedła, niepokój, lękliwość. |
| 2 | " | żelatynowa 20 lip. | 0,5 | 250 | 24 VIII. | 27 VIII. | D. 26. VIII. Osowiałość, opadanie skrzydeł; wieczorem: objawy ogólnego bezwładu: nieruchomość, opuszczenie skrzydeł, pochylenie łepka i otwarcie dzioba. Dolne powieki podniesione, oczy do połowy zasłonięte, nierówność i rozszerzenie źrenic. |
| 3 | " | bulionowa 3 sierpnia. | 2 | 245 | 7 IX. | 9 IX. | Po 12 godzinach: bezwład skrzydeł. |
| 4 | " | żelatyn. 20 lipca. | 1,0 | 258 | 7 IX. | 9 IX. | D. 8. IX. Ogólny bezwład. |
| 5 | Królik. | bulionowa 5 lipca. | 1,5 | 770 | 22 VIII. | 1 IX. | D. 30 VIII. Brak objawów zatrucia. D. 31 rano: rozszerzenie źrenic, ogólne osłabienie, wstrzymanie moczu i kału. D. 31 wieczorem: ogólny bezwład. |
| 6 | " | bulionowa 5 lipca. | 5,5 | 4110 | 29 VIII. | — | D. 30. VIII. Bez objawów zatrucia. D. 31. VIII. Lękliwość, niechęć do jedła. D. 1. IX. Osowiałość, niechęć do jedła. Skąpe oddawanie moczu i kału. |
| 7 | Kot. | bulionowa 22 wrześ. | 3,0 | 980 | 30 IX. | — | D. 2. IX. Spadek na wadze o 400 grm.. D. 3. IX. Chęć do jedła, obfite oddawanie moczu i kału. D. 5. 6 i t. d. Stan prawidłowy. D. 1. 2. X. Bez objawów zatrucia. D. 3. X. Źrenice rozszerzone, stan zresztą prawidłowy. |

tym wstrzyknięto pod skórę różne ilości nie jednakowo świeżej hodowli lasecznika botulizmowego. Wyniki doświadczeń podajemy w załączonej tabelicy.

U wszystkich tych zwierząt, jeżeli dawka hodowli odpowiednio do wagi zwierzęcia była dosyć duża, śmierć następuje przy objawach ogólnego bezwładu, charakterystycznych dla zatrucia toksyną botulizmową; jeżeli zaś wstrzyknięta dawka jest stosunkowo nieduża, to zwierzęta znoszą ją bezkarnie lub przyłącza się charłactwo i zwierzęta zdechają dopiero po 3—4 tygodniach.

Objawy, przy jakich nastąpiła śmierć u zwierząt zdechłych, były następujące. Gołębie leżą zwykle na boku, ze zwieszonym łepkiem, z rozwartymi na pół skrzydłami, zapadniętymi powiekami i otwartym dzióbkiem, królik leżał na boku z wyciągniętymi kończynami.

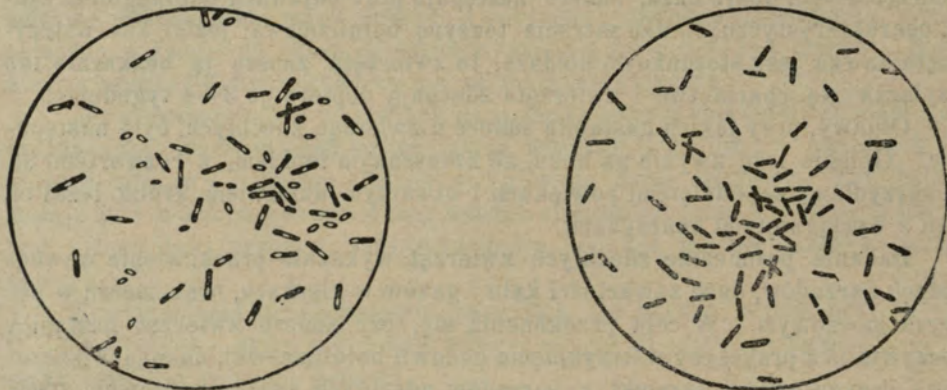
Badanie pośmiertne zdechłych zwierząt wykazało przekrwienie wewnętrznych narządów, duże zawartości kału i gazów w kiszkiach, oraz moczu w pęcherzu moczowym. W celu przekonania się, czy śmierć zwierząt nastąpiła rzeczywiście z przyczyny wstrzyknięcia hodowli botulizmowej, dokonano szczepień i przygotowano skrawki z narządów zdechłych zwierząt, głównie z wątroby i śledziony. Tak w jednym, jak i w drugim przypadku badania wykazały obecność charakterystycznych bakterii botulizmowych.

Lasecznik botulizmowy, o ile się zdaje, jest mało rozpowszechniony w przyrodzie, nie udało się go bowiem wykryć w tych środowiskach, w których zwykle znajdują się bakterie beztlenowe, jako to: w kale świń, koni, krów, ryb [jesiotr, łosoś], ptaków [kury, kaczki, gołębie] i t. p., nadto w błocie ulicznym, w gnojówkach, nawozie stajennym, w ziemi ogrodowej i t. d. Saprofit ten rozwija się z zarodników na podłożach, oddziaływających alkalicznie i pozbawionych tlenu, przy średniej ciepłocie zachowuje swoją żywotność jeszcze po roku. Obecność wolnych kwasów, soli kuchennej, powietrza, światła oraz ciepłoty wyższe nad 35° C. wstrzymują rozwój tych bakterii i znacznie osłabiają siłę trującą wytwarzanej toksyny. Lasecznik botulizmowy jest względnie dużą bakterią kształtu pałeczki 4—6 μ długiej i 0,9 — 1,2 μ szerokiej, nieco zaokrąglonej na końcach; w zawieszonej kropli wykonywa ruchy dosyć ograniczone w kierunku podłużnym, rzęsy posiada w liczbie 4—6. Lasecznik botulizmowy zawiera zwykle jeden tylko zarodnik, który znajduje się albo w końcu pałeczki, albo bliżej środka. Zarodniki te przedstawiają się jako ciała okrągłe lub podłużne, silnie łamiące światło, nieco szersze od samej pałeczki i nadające jej kształt maczugi.

Lasecznik botulizmowy barwi się łatwo zwykłymi barwnikami anilinowymi, odbarwia się zaś również łatwo kwasami mineralnymi, alkoholem i płynem GRAM'a. W preparatach mikroskopowych ma duże podobieństwo do lasecznika karbunkułowego i tężcowego, różni się zaś od nich tem, że bywa zwykle rozrzucony pojedynczo lub podwójnie, a rzadko układa się w nitki.

Barwienia zarodników dokonano z małą zmianą za pomocą sposobu, podanego przez HAUSER'a, a mianowicie: działanie płynu ZIEHL'a przedłużono do jednej godziny i do odbarwienia użyto czystego roztworu 5% kwasu azotowego bez dodania alkoholu.

Barwienie rzęs wymaga wielkiej wprawy i dużej cierpliwości; probowaliśmy i my wszystkich dotychczas znanych sposobów, jak: LOEFFLER'a, BUNGE'go, FISCHER'a, ale bez skutku, dopiero gdy użyliśmy sposobu, podanego przez v. ERMENGEM'a, udało się nam rzęsy zabarwić.



Sposób barwienia rzęs według E. v. ERMENGEM'a jest względnie prosty i łatwy, trzeba się jednak ściśle zastosować do warunków, podanych przez autora; warunki te są następujące: czystość szkiełka, 10—18 godzinne hodowle.

Ogrzany w płomieniu preparat przechodzi:

- 1) 1 vol. ac. osmici, 2% roztwór,
- 2 „ ac. tannici, 10—25% roztwór,

do tego dodaje się:

2 vol. ac. acetici, 4—5 kropel na 100 ctm. sześć. wody, można również obejść się i bez tego dodatku.

Puszcza się jedną kroplę tego roztworu na szkiełko z preparatem i barwi się $\frac{1}{2}$ godziny na zimno lub 5 minut przy 50—10° C. Obmyć w wodzie i alkoholu.

2) *Sol. argent. nitr.* 0,25 0,35% na kilka sekund; bez oplukania na krótką chwilę w:

- 3) *Ac. gallici*, 5,0,
- „ *tannici*, 3,0,
- Natri acet. fus.* 10,0,
- Aq. destill.* 350,0.

Następnie z powrotem do roztworu № 2 aż do zaczerwienienia ostatniego płynu. Oplukanie w wodzie dokładne; osuszenie między bibułą, balsam.

Roztwory 2 i 3 można kilkakrotnie stosować do tego samego preparatu dla wzmocnienia barwy.

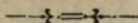
Rzęsy wychodzą czarno, bakterye brunatno.

Lasecznik botulizmowy wytwarza toksynę, która otrzymaną została w czystym stanie przez prof. M BRIEGER'a w 1897 roku. Siła tej toksyny jest tak wielka, że 0,005 grm zabija królika wagi 1 kilo w przeciągu 2—3 dni.

Własności fizyczno-chemiczne toksyny botulizmowej są bardzo zbliżone do znanych już toksyn: błonicowej i tężcowej; w wodzie rozpuszcza się dosyć łatwo, wstrzyknięta pod skórę wchłania się dosyć szybko, już po kilku minutach przedostaje się do krwiobiegu.

M. BRIEGER i W. KEMPNER w 1897 roku, wstrzykując kozom toksynę botulizmową, otrzymali antytoksynę, która posiada własności lecznicze i zapobiegawcze.

L I T E R A T U R A.



1) Illustriertes Lexikon der Verfälschungen und Verunreinigungen der Nahrungs- und Genussmittel. D-r OTTO DAMMER. Lipsk.

2) Contribution a l'étude des Intoxications Alimentaires. E. v. ERMENGEM. 1897.

3) Ueber einen neuen anaëroben Bacillus und seine Beziehungen zum Batulismus. E. v. ERMENGEM. Zeitschr. f. Hygiene Band. 26.

4) FLEISCH. Fleischwaaren und Fleischpräparate. Zeit. für Untersuchung der Nahrungs und Genussmittel Heft 4 1898.

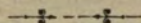
II. PIERWSZY ROK ISTNIENIA KLINIKI CHIRURGICZNEJ

w e L w o w i e.

Napisal

Prof. Rydygier,

Rada dworu.



Pierwszy rok, jakkolwiek nie długi to czas, stanowi okres najważniejszy w istnieniu każdego zakładu. W tym pierwszym roku dom się urządza i układa się plany dla przyszłej pracy.

Klinika nasza mieści się w nowym, jednopiętrowym gmachu, złożonym z części głównej i dwóch bocznych skrzydeł. W części głównej, do której od tyłu przybudowano amfiteatr, mieszczą się sale operacyjne i wykładowa, obok kancelaryi dla dyrektora, mieszkań dla 3 asystentów i 4 małych pokojków dla chorych. Skrzydła boczne zajęte zostały przez 4 duże sale dla chorych, każda na 12 łózek, a każda sala dla siebie ma kuchenkę, łazienkę i wychodek. W suterrenach ustawiono maszyny, doprowadzające wodę i rozprowadzające ciepłe powietrze po całej klinice; tam mieszka służba, mieści się muzeum, ciemny pokoiok do celów fotograficznych, warsztaty dla ortopedyi i dwie łazienki, dla profesora i asystentów.

Rozporządzamy czterema salami dla operacyi. Największą jest główna sala operacyjna, równocześnie sala wykładowa. Propozycyi mej, aby wybudować obok wykładowej osobną salę operacyjną do operacyi klinicznych, nie uwzględniono z wielką szkodą dla kliniki.

Ławki, amfiteatralnie urządzone, stoją na żelaznych podstawach zupełnie wolno, tak, że cały amfiteatr łatwo zmyć można i w czystości utrzymać.

Pod muirowaniem *podium* przestrzeń środkową, jasną i obszerną wyzyskano na skład materiałów opatrunkowych. Sterylizator jest ustawiony w sali operacyjnej.

Pozostałe pod *podium* dwie boczne przestrzenie urządzono na dwa pokoi-ki do opatrywania chorych klinicznych i przychodnich i do wykonywania pomniejszych zabiegów operacyjnych na chorych ambulatoryjnych.

Sala do operacji w jamie brzusznej znajduje się na I-szem piętrze. Urządzona jest zupełnie według zasad aseptyki.

Obok kliniki wznosi się mały budynek t. zw. eksperymentalny. Tam mamy jeden duży pokój o 6 oknach do badań bakteryologicznych i histologicznych, salkę do operacji na zwierzętach i dwa pokoje do przechowywania zwierząt.

Urządzenie wewnętrzne kliniki nie zbyt kowne, ale pod każdym względem stojące na wysokości najnowszych wymagań nauki.

Chorych pielęgnują troskliwie i z poświęceniem ogólnie znanem i uznanem Siostry Miłosierdzia.

Tak więc bez przesady twierdzić możemy, że klinika nasza równać się może i najlepszym tego rodzaju zakładom zagranicznym.

Zdawaćby się mogło, że mała liczba łóżek dla chorych daje względnie mały materiał naukowy, mianowicie w porównaniu z wielkimi klinikami niemieckimi. Tak jednak nie jest.

Wyrównywa się to prawem dobierania materiału z chirurgicznego oddziału szpitala powszechnego, w czem kol. ZIEMBICKI okazuje zawsze jak największą uprzejmość, za co mu i na tem miejscu nie omieszkuję złożyć serdeczne dzięki. Przy takim urządzeniu możemy materiał szybko zmieniać i właśnie to mieć w klinice, co nas szczególnie zajmuje. Tak np. w Krakowie, gdzie podobny stosunek istniał, mogłem w przeciągu jednego półrocza około 25 przypadków wola leczyć podwiązaniem tętnic tarczowych, kiedy postanowiłem na własnym materiale przekonać się, o ile ten sposób operowania jest skutecznym. Wcale więc nie tęsknię za kliniką o 200 łózkach, bo w naszej możemy wspólnie z asystentami dokładniej naszych chorych doglądać i lepiej materiał naukowy wyzyskać.

Ubolewamy tylko, że ambulatoryum nie jest dotychczas jeszcze tak liczne, jak być powinno, ale miejmy nadzieję, że powoli chorzy dowiedzą się o nowo założonych klinikach i podążą do nich, mimo ich położenia na końcu miasta.

A teraz, jakie wyniki mieliśmy w pierwszym tym roku?

Od 20 maja 1897 r., dnia otwarcia kliniki, do 20 maja 1897 r. przyjęliśmy do kliniki 332 chorych: 195 mężczyzn i 137 kobiet.

Na 332 chorych wykonaliśmy 314 operacji. Umarło wogóle 22 chorych, t. j. 7,4%: z tego 8,3% mężczyzn, a 4,37% kobiet.

Znacznie większą śmiertelność na oddziale męzkim wytłómaczy nam większa liczba tam wykonanych laparotomii przy wewnętrznem uwięzieniu jelit, które, jak wszędzie, tak i u nas dały bardzo wysoką śmiertelność.

Jeżeli doliczymy operacye ambulatoryjne, to wykonaliśmy w tym roku 512 operacyi z 4,2% śmiertelności, co stanowi rzeczywiście nizki procent, mianowicie jeżeli uwzględnimy, że przeważnie mieliśmy z wielkimi operacyami do czynienia.

Po szczegółóy odsyłam do załączonego zestawienia; tutaj chciałbym tylko nadmienić, że w tym czasie pomiędzy innemi wykonaliśmy 5 myomotomii i 10 owaryotomii bez żadnego zejścia śmiertelnego, a dodajmy do tego, że i w ostatniem półroczu nie mieliśmy ani jednego przypadku śmierci.

Załączamy krótkie zestawienie wszystkich przypadków z pierwszego roku, a w dalszym ciągu skorzystamy z materyału pierwszego roku, żeby poczynić kilka uwag ogólniejszych.

**Zestawienie chorób, leczonych w klinice chirurgicznej we Lwowie
od d. 20 maja 1897 do 20 maja 1898.**

| Liczba porządkowa. | Nazwa choroby. | Leczenie. | Wyszło | | | Umarło. | Uwagi. |
|--------------------|--|---|------------|----------------|---------------|---------|---|
| | | | uleczonych | z polepszeniem | nieuleczonych | | |
| 1 | I. Czaszka i twarz. <i>Tumor cerebri (lues)</i> | — | — | — | 1 | — | Przeniesiony do kliniki wewnętrznej. |
| 2 | <i>Sarcoma ad bassim cranii</i> | <i>Exstirpatio modo Chassegnac-Brunns</i> | 1 | — | — | — | |
| 3 | <i>Caries processus mastoidei</i> | <i>Attico-antrotomia</i> | 5 | — | — | 2 | <i>Pyæmia</i> |
| 4 | <i>Lupus nasi</i> | <i>Cauterisatio m. Holländer</i> | — | 7 | 2 | — | |
| 5 | <i>Lupus labii superioris</i> | <i>Cauterisatio m. Holländer</i> | — | 1 | — | — | |
| 6 | <i>Tuberculosis cutis faciei</i> | <i>Excisio</i> | 1 | — | — | — | |
| 7 | <i>Carcinoma antri Highmori</i> | <i>Resectio maxillae super. m.</i> | — | — | — | 1 | 4 tygodnie po operacyi skutkiem dławcowego zapalenia pł <i>Gravida VII m.</i> |
| 8 | <i>Epulis sarcomatosa maxillae sup.</i> | <i>Resectio processus alveolaris</i> | 1 | — | — | — | |
| 9 | <i>Angioma cavernosum buccae</i> | <i>Cauterisatio m. Holländer</i> | — | 1 | — | — | |
| 10 | <i>Fibrosarcoma parotidis</i> | <i>Exstirpatio</i> | 2 | — | — | — | |
| 11 | <i>Carcinoma linguae et gingivae</i> | <i>Exstirpatio m. Kocher</i> | 3 | — | — | 1 | <i>Alcoholismus paresis cordis.</i> |
| 12 | <i>Lymphangioma</i> a) <i>palpebrae super.</i> b) <i>frontis et palpebrae super.</i> | <i>Exstirpatio</i> | 2 | — | — | — | |
| 13 | <i>Ateromata capitis multiplicia</i> | <i>Exstirpatio</i> | 1 | — | — | — | |
| 14 | <i>Epithelioma labii inferioris</i> | <i>Excisio et plastica</i> | 3 | — | 1 | — | |
| 15 | <i>Epithelioma ad cantum internum oculi dextri</i> | <i>Excisio et plastica</i> | 1 | — | — | — | |
| 16 | <i>Epithelioma auris dextri</i> | <i>Excisio et plastica</i> | 1 | — | — | — | |
| 17 | <i>Fistula ductus Stenonianii post operationem</i> | <i>Plastica et sutura</i> | 1 | — | — | — | |

| Liczba po- rządkowa. | Nazwa choroby. | Leczenie. | Wyszło; | | | Umarło. | Uwagi |
|---|--|--|------------------|----------------------|---------------------|---------|-------------------------------------|
| | | | uleczo- nych. | z polep- szeniem. | nieule- czonych. | | |
| II. Szyja. | | | | | | | |
| 18 | <i>Vulnus sclopetarium colli</i> | <i>Deligatio antisept.</i> | 1 | — | — | — | |
| 19 | <i>Vulnus caesum colli</i> | <i>Tracheotomia infe- rior et sutura</i> | 1 | — | — | — | |
| 20 | <i>Lymphomata scrophulosa colli</i> | <i>Extirpatio</i> | 19 | — | — | — | |
| 21 | <i>Struma</i> | <i>Extirp. m. Kocher</i> | 8 | — | — | — | |
| 22 | <i>Myxosarcoma colli</i> | <i>Extirpatio</i> | 1 | — | — | — | |
| 23 | <i>Fibrosarcoma nucleae</i> | <i>Extirpatio</i> | 1 | — | — | — | |
| 24 | <i>Carcinoma laryngis</i> | <i>Extirpatio</i> | — | — | — | 2 | <i>Pneumonia.</i> |
| 25 | <i>Fibroma laryngis</i> | <i>Laryngofissura</i> | 1 | — | — | — | |
| 26 | <i>Stenosis laryngis (scleroma?)</i> | <i>Laryngofissura</i> | — | 2 | — | — | |
| III. Klatka piersiowa i grzbiet. | | | | | | | |
| 27 | <i>Caries costarum</i> | <i>Resectio</i> | 3 | — | — | — | |
| 28 | <i>Empyema thoracis</i> | <i>Resectio costae</i> | 2 | 2 | — | — | |
| 29 | <i>Fistula thoracis post. empyema</i> | — | — | — | 1 | — | |
| 30 | <i>Gibbus Pottii</i> | <i>Redresemment et delig. m. Calot</i> | — | 15 | — | — | |
| 31 | <i>Kyphosis rhachitica</i> | <i>Deligatio gypsea m. Calot</i> | — | 1 | — | — | |
| 32 | <i>Sarcoma costarum</i> | <i>Resectio costarum</i> | — | — | 1 | 1 | <i>Collapsus.</i> |
| 33 | <i>Lipoma permagnum dorsi</i> | <i>Extirpatio</i> | 2 | — | — | — | |
| 34 | <i>Carcinoma mammae</i> | <i>Amputatio mammae</i> | 5 | — | — | — | |
| 35 | <i>Adenoma malignum mammae</i> | <i>Amputatio mammae</i> | 1 | — | 1 | — | |
| IV. Brzuch. | | | | | | | |
| 36 | <i>Peritonitis tuberculosa</i> | <i>Laparotomia</i> | 2 | — | 1 | — | |
| 37 | <i>Appendicitis</i> | <i>Incisio</i> | 1 | — | — | — | |
| 38 | <i>Catarrhus chron. ventr.</i> | — | — | — | 1 | — | <i>Do klin. wew.</i> |
| 39 | <i>Fibroma parietum abd.</i> | <i>Extirpatio</i> | 1 | — | — | — | |
| 40 | <i>Carcinoma parietum abd.</i> | — | — | — | 1 | — | |
| 41 | <i>Carcinoma oesophagi</i> | <i>Dilatatio</i> | — | 2 | — | — | |
| 42 | <i>Ulcus pylori, stenosis</i> | a) <i>Resectio pylori</i> b) <i>gastroenterosto- mia m. Wölfler</i> | — | — | — | 1 | |
| 43 | <i>Carcinoma pylori</i> | a) <i>Resectio</i> b) <i>Gastro-enterosto- mia m. Wölfler</i> | 1 | — | — | 1 | |
| 44 | <i>Carcinoma coeci</i> | <i>Resectio coeci</i> | 1 | — | 3 | 1 | |
| 45 | <i>Carcinoma flexurae sigmoideae</i> | <i>Resectio intestini</i> | 2 | — | — | — | |
| 46 | <i>Carcinoma recti inoperabile</i> | <i>Colostomia</i> | — | 1 | — | — | |
| 47 | <i>Carcinoma ani rectivum</i> | <i>Amputatio recti</i> | 1 | — | — | — | |
| 48 | <i>Haemorrhoides</i> | a) <i>Paquelinisatio</i> b) <i>Resectio mucosae</i> | 3 | — | — | — | |
| 49 | <i>Neoplasma glandularum retrope- ritonealium.</i> | <i>Laparotomia ex- plorativa</i> | — | — | 2 | 1 | <i>Collapsus.</i> |
| 50 | <i>Ileus</i> | <i>Laparotomia</i> | 4 | — | — | 6 | |
| 51 | <i>Anus praeternaturalis post her- niam umbil. incarcer.</i> | <i>Resectio intestini</i> | 1 | — | — | — | |
| 52 | <i>Prolapsus recti</i> | <i>Rectopexia m. Bo- gdanik</i> | 1 | — | — | — | |
| 53 | <i>Ulcera tuberculosa recti</i> | <i>Paquelinisatio</i> | — | 1 | — | — | |
| 54 | <i>Fistula ani</i> | <i>Incisio</i> | 7 | — | — | — | |
| 55 | <i>Cholelithiasis</i> | <i>Cholecystostomia</i> | — | — | — | 1 | <i>Inanitio po kilku tygod.</i> |
| 56 | <i>Fistula vesicae felleae e choleli- thiase</i> | <i>Discisio et extractio calcolorum</i> | 1 | — | — | — | |

| Liczba po- rządkowa. | Nazwa choroby. | Leczenie. | Wyszło: | | | Umarło. | Uwagi. |
|--------------------------------|---|---------------------------------------|------------------|----------------------|---------------------|---------|--|
| | | | uleczo- nych. | z polep- szaniem. | nieuleczo- nych. | | |
| 57 | <i>Carcinoma hepatis inoperabilis</i> | <i>Laparot. explorat.</i> | — | — | 3 | 1 | |
| 58 | <i>Hernia</i> | | | | | | |
| | a) <i>labialis libera</i> | <i>Oper. radic.</i> | 2 | — | — | — | |
| | b) <i>cruralis libera</i> | " " | 1 | — | — | — | |
| | c) <i>lumbalis libera</i> | " " | 1 | — | — | — | |
| | d) <i>scrotalis libera</i> | " " | 11 | — | — | — | |
| | | <i>m. Bassini</i> | | | | | |
| 59 | <i>Hernia</i> | | | | | | |
| | a) <i>crural. incarc.</i> | <i>Herniotomia et oper. radic</i> | 1 | — | — | — | |
| | b) <i>umbilic. incarc.</i> | " " | 1 | — | — | — | |
| | c) <i>scrotalis incarc.</i> | " " | 5 | — | — | 1 | Morfinista. Cachezia, peritonitis. |
| | d) <i>retroperit. incarc.</i> | " " | — | — | — | 1 | |
| V. Narząd moczopłciowy. | | | | | | | |
| 61 | <i>Abscessus perinephriticus</i> | <i>Incisio</i> | 1 | — | — | — | |
| 61 | <i>Cystitis</i> | <i>Lavationes</i> | 1 | 1 | — | — | |
| 62 | <i>Periurethritis gonorrhoeica</i> | — | — | — | 1 | — | |
| 63 | <i>Tuberculosis epididymitis</i> | <i>Castratio</i> | 3 | — | — | — | |
| 64 | <i>Stricture urethrae</i> | a) <i>1 urethrotom. externa</i> | 1 | — | 3 | — | |
| | | b) <i>2 nie godzi się na operację</i> | | | | | |
| 65 | <i>Carcinoma vesicae</i> | — | — | — | 3 | — | |
| 66 | <i>Sarcoma testis</i> | <i>Castratio</i> | 2 | — | — | — | |
| 67 | <i>Hydrocele testis</i> | <i>Oper. radicalis</i> | 5 | — | — | — | |
| 68 | <i>Hypertrophia prostatae</i> | a) <i>Oper. Helferich</i> | — | — | 1 | — | |
| | | b) <i>Oper. Bothini</i> | — | 1 | — | — | |
| 69 | <i>Ren migrans</i> | <i>Nephropexia</i> | 1 | — | — | — | |
| 70 | <i>Calculus vesicae</i> | <i> Sectio alta</i> | 2 | — | — | — | |
| 71 | <i>Corpus alienum in vesica</i> | <i>Extractio per urethram</i> | 1 | — | — | — | Podwójna szpilka od włosów u kobiety. |
| 72 | <i>Cystoma ovarii</i> | <i>Ovariectomia</i> | 8 | — | — | — | |
| 73 | <i>Cystis dermoidalis ovarii</i> | <i>Ovariectomia</i> | 1 | — | — | — | |
| 74 | <i>Cystosarcoma ovarii</i> | <i>Ovariectomia</i> | 1 | — | — | — | |
| 75 | <i>Fibromyomata uteri</i> | a) <i>per laparot.</i> | 2 | — | — | — | |
| | | b) <i>per vaginam</i> | 3 | — | — | — | |
| 76 | <i>Stenosis orificii externi uteri</i> | <i>Discisio m. Rossner</i> | 1 | — | — | — | |
| 77 | <i>Prolapsus uteri</i> | a) <i>ligat. ca. uterin.</i> | — | — | 1 | — | |
| | | b) <i>ventrofixatio</i> | 1 | — | — | — | |
| 78 | <i>Hymen inperforatus, haematocolp.</i> | <i>Incisio hymenis</i> | 1 | — | — | — | |
| VI. Miednica. | | | | | | | |
| 79 | <i>Caries ossis ilei et coxae</i> | <i>Resectio m. Bardenh.</i> | 1 | — | — | — | |
| 80 | <i>Haematoma sub m. glutaeo</i> | <i>Incisio</i> | 1 | — | — | — | |
| VII. Kończyna górna. | | | | | | | |
| 81 | <i>Vuln. caesa digit.</i> | <i>Sutura</i> | 1 | — | — | — | |
| 82 | <i>Conguassatio polucis</i> | <i>Plastica</i> | 2 | — | — | — | |
| 83 | <i>Sclopetum sub proc. coracoid</i> | <i>Extractio sclopeti</i> | 1 | — | — | — | |
| 84 | <i>Luxatio subcoracoid.</i> | <i>Repositio</i> | 1 | — | — | — | |
| 85 | <i>Fractura colli hum.</i> | <i>Deligatio</i> | — | 1 | — | — | |
| 86 | <i>Fractura humeri male sanata</i> | <i>Osteotomia</i> | — | 1 | — | — | |
| 87 | <i>Phlegmone manus</i> | <i>Incisio</i> | 2 | — | — | — | |
| 88 | <i>Tbc. carpi</i> | <i>Resectio m. Langenbeck</i> | 1 | — | — | — | |

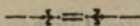
| Liczba po- rządkowa. | Nazwa choroby. | Leczenie. | Wyszło: | | | Uwagi. |
|------------------------------|---|--|------------------|----------------------|---------------------|--------|
| | | | uleczo- nych. | z polep- szaniem. | nieule- czonych. | |
| 89 | <i>Tbc. cubiti</i> | <i>Resectio m. Ollier</i> | 2 | — | — | |
| 90 | <i>Omarthritis tbc.</i> | <i>Resectio</i> | 1 | — | — | |
| 91 | <i>Osteomyelitis radii.</i> | <i>Neurotomia</i> | 1 | — | — | |
| 92 | <i>Osteomyelitis humeri luetica</i> | <i>Kalium jodatium</i> | 1 | — | — | |
| 93 | <i>Fibroma brachii</i> | <i>Extirpatio fibrom.</i> | 1 | — | — | |
| 94 | <i>Sarcoma cubiti myelogenes</i> | <i>Amputatio humeri</i> | 1 | — | — | |
| 95 | <i>Sarcoma manus c. metast.</i> | — | — | — | — | |
| VIII. Kończyny dolne. | | | | | | |
| 96 | <i>Luxatio coxae congenita</i> | <i>Repositio m. Paci</i> | — | 5 | — | |
| 97 | <i>Luxatio coxae inv.</i> | <i>Repositio</i> | 1 | — | — | |
| 98 | <i>Fractura acetabuli</i> | <i>Eztensio</i> | — | 1 | — | |
| 99 | <i>Luxatio coxae inflammatoria</i> | <i>Repositio</i> | 2 | — | — | |
| 100 | <i>Ankylosis coxae ambulat. post. polyarthritidem</i> | <i>Resectio cozarum m. Rydygier</i> | — | 1 | — | |
| 101 | <i>Contractura coxae e cicatrice</i> | <i>Plastica</i> | 1 | — | — | |
| 102 | <i>Coxitis tuberculosa</i> | a) <i>resectio coxae</i> b) <i>deligatio gyps.</i> | 1 | — | — | |
| 103 | <i>Caries trochanteris</i> | <i>Resectio</i> | 1 | — | — | |
| 104 | <i>Phlegmone periarticularis coxae</i> | <i>Incisio</i> | 1 | — | — | |
| 105 | <i>Coxalgia hysteric.</i> | <i>Suggestio</i> | — | 1 | — | |
| 106 | <i>Corpus alienum in femore</i> | <i>Extractio</i> | 1 | — | — | |
| 107 | <i>Fractura femoris communication.</i> | <i>Deligatio gypsea</i> | 1 | — | — | |
| 108 | <i>Osteomyelitis femoris</i> | <i>Necrotomia</i> | 7 | 1 | 1 | |
| 109 | <i>Abscessus femoris intermuscul.</i> | <i>Incisio</i> | 3 | — | — | |
| 110 | <i>Subluxatio genus traumatica</i> | <i>Resectio genus</i> | 1 | — | — | |
| 111 | <i>Gonitis tbc.</i> | a) <i>Resectio</i> b) <i>inject. jodoformi.</i> | 1 | — | — | |
| 112 | <i>Contractura genus</i> | <i>Redressem.</i> | 1 | — | — | |
| 113 | <i>Ankylosis genus</i> | <i>Resectio m. Helferich</i> | 1 | — | — | |
| 114 | <i>Genua valga</i> | <i>Osteotomia</i> | 1 | — | — | |
| 115 | <i>Tbc. cruris</i> | a) <i>amputatio</i> b) <i>exochleatio</i> | 1 | — | — | |
| 116 | <i>Sarcoma tibiae</i> | <i>Resectio tibiae</i> | — | 1 | 1 | |
| 117 | <i>Distorsio artic. talo-cruralis</i> | <i>Deligatio</i> | 2 | — | — | |
| 118 | <i>Tendo-vaginitis purulenta</i> | <i>Incisiones</i> | 1 | — | — | |
| 119 | <i>Tbc. art. talo-cruralis</i> | a) <i>Resectio</i> b) <i>Amputatio</i> c) <i>Injection. jodof.</i> | 5 | 2 | — | |
| 120 | <i>Periarthritis tbc. talo-cruralis</i> | <i>Injectiones jodoform.</i> | 1 | — | — | |
| 121 | <i>Tbc. tarsi</i> | a) <i>resectio</i> b) <i>amputatio m. Pirrogoff</i> | 1 | — | — | |
| 122 | <i>Tbc. calcanei</i> | a) <i>exochleatio</i> b) <i>resectio m. Wladimirov-M.</i> | 1 | 1 | — | |
| 123 | <i>Sarcoma pedis</i> | a) <i>enucleatio</i> b) <i>exarticul. genus</i> c) <i>nihil</i> | 1 | — | — | |
| 124 | <i>Unguis incarnatus</i> | <i>Excisio unguis</i> | 2 | — | — | |
| 125 | <i>Osteo-artrophia tabetica art. tal-cruralis</i> | <i>Ung. cinereum et kali jodati</i> | 1 | — | — | |
| IX. Varia. | | | | | | |
| 126 | <i>Abscessus frigide multiplices</i> | <i>Punctio et injectio jodof.</i> | 1 | — | — | |
| 127 | <i>Sarcomata multiplicia</i> | <i>Nihil</i> | — | — | 1 | |
| 128 | <i>Lymphadenitis.</i> | <i>Incisio.</i> | 1 | — | — | |

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

12 SPOSTRZEŻEŃ RAN POSTRZAŁOWYCH, BRZUSZNYCH PODCZAS CIAŻY.

Podat

Fr. Neugebauer.



Dnia 12. XI. 1895 w podróży konsultacyjnej do Częstochowy miałem sposobność zbadania operowanej z nader pomyślnem zejściem przez kolegę WRZEŚNIEWSKIEGO pacjentki, postrzelonej w 8 miesiącu ciąży przypadkowo przez męża swego. Kwestya klinicznego przebiegu postrzałowych ran macicy ciężarnej zainteresowała mnie w wysokim stopniu. Postanowiłem wtedy zebrać odpowiedni materyał kliniczny z piśmiennictwa, lecz pomimo usilnych starań zdołałem zebrać zaledwie kilkanaście spostrzeżeń odpowiednich. Widocznie tylko niektóre są opisane. Trudno przypuszczać, aby rany postrzałowe brzuszne u ciężarnych podczas uprawnionego dziś przy rozruchach ulicznych strzelania do bezbronnej masy narodu rozjątrzonego, przy uowoczesnym sposobie prowadzenia obłążeń i t. d. również i w kazuistyce kryminalnej, należały do tak nader rzadkich zjawisk.

Kwestya postrzałowych urazów macicy ciężarnej mało jest znaną i tem bardziej interesującą, iż dowodzi odporności ustroju przeciw wszelkiego rodzaju urazom, byleby nie było w następstwie śmiertelnego ubytku krwi lub też zakażenia rany, przy postrzeleniu powstałego. O ile w dawnych czasach obawiano się wszelkiej interwencji operacyjnej w trakcie ciąży, o tyle dziś dzięki pracy THOMAN'a: „*Schwangerschaft u. Trauma*“ oraz doświadczeniom nowoczesnej chirurgii, zwalczono dawniejsze przesady i śmiało przystępujemy nawet do poważnych operacji w trakcie ciąży. Najlepszym dowodem, że wynik operacji nie zależy od tego, czy kobieta w danej chwili jest ciężarną lub nie, a raczej od warunków aseptyki, resp. antyseptyki oraz należytej hemostazy, od techniki i umiejętności operatora, służyć może kazuistyka, chociaż nie bogata ran postrzałowych brzucha, macicy i t. p. u kobiet, w stanie błogosławionym się znajdujących.

Zestawiłem spostrzeżeń 12: w 11 przypadkach uszkodzoną, przez kulę resp. przebitą została macica, resp. i płód; w jednym tylko przypadku ciężarna macica pozostała nietknięta kulą.

1) BRADLEY w *North. Americ. Practic. Chicago. 1890. vol. II. p. 568* opisał przypadek postrzelenia macicy ciężarnej z wyzdrowieniem po dokonaniu cięcia brzuszno.

2) G. A. B. HAYS „*Schusswunde der Uterus; Durchbohrung des 6-monatlichen Foetus durch die Kugel; Genesung nach 4 Wochen*“ *New Orleans med. and surg. Journal. 1896. October. p. 510.* patrz referat: *Centr. f. Gyn. 1880. p. 71*). Dnia 20 Czerwca 1897 wezwano HAYS'a do murzynki po raz pierwszy ciężarnej, która tegoż dnia rano została postrzeloną przez kulę rewolwerową przypadkowo. Jeździec jakiś strzelał do świni, kula odbiła się od bruku szosy i trafiła stojącą za krzakiem w oddaleniu około 60 metrów ciężarną w brzuch. HAYS zastał postrzeloną w stanie szoku niezbyt gwałtownego. Kula, ważąca 136 gramów, wdrążyła do ciała 6 ctm. powyżej *spina anat. sup. ossis ilei sinistri*, mając kierunek ku górze. Rany wychodowej nie znaleziono nigdzie. Rana

mało krwawiąca, okazała się zatkana siecią, którą odprowadzono do jamy brzusznej. Morfina, ciepłe okłady. Ergotyna. Już następnego dnia zjawily się bóle porodowe i w 28 godzin po postrzeleniu urodziło się dziecko i wyszło łożysko. Płóć wód płodowych była bardzo małą, widocznie wody wylały się przez ranę postrzałową. Macica doskonale się skurczyła, bez krwawienia? Brzuch bardzo wrażliwy na dotyk. Kula wdrążyła do ciała płodu poniżej lewej łopatki i wyszła w okolicy prawego biodra. Kuli nie znaleziono; Hays zatem przypuszcza, że po przebicju płodu przebiła powtórnie ścianę macicy i pozostała w jamie brzusznej. Pomimo gorączki połogowej pacjentka wyzdrowiała i dnia 17 lipca już miała pierwszą miesiączkę bez dolegliwości. Chora w miesiąc po postrzeleniu opuściła zdrowo zakład.

3) HOHL opisał również przypadek rany postrzałowej macicy ciężarnej, zakończony śmiercią po cesarskiem cięciu.

4) H. KEHR („*Schusswunde des schwangeren Uterus*“ C. f. *Chir. Bd. XX. p. 636*. patrz. *Wiener med. Blätter. 1893. Bd. XIII. p. 391*):

Tentamen suicidii z postrzałem rewolwerowym. Cięcie brzuszne: znaleziono ranę dla palca drożną *in fundo uteri*; tylna ściana macicy nie naruszona, tak, że tylko wykrojono brzegi rany postrzałowej i zaszyto ranę obecną. *Prima reunio*. Dwa tygodnie po operacyi urodził się płód 5-miesięczny, nie pokaleczony. Na miejscu rany postrzałowej łożysko okazało się przyrośniętym. Kuli nie znaleziono. Wyzdrowienie zupełne.

5) C. A. MILNER. („*Gunshot wound of the abdomen during pregnancy; recovery*“ *Philad. Med. News. 1892. Bd. LXI. p. 243*). Ciężarna w 6 miesiącu kobieta przypadkowo otrzymała postrzał rewolwerowy. Kula na wysokości 3 cali poniżej wyrostka mieczykowatego po lewej stronie wdrążyła do jamy brzusznej, przebiła przeponę piersiowo-brzuszną na 1 cal od wierzchołka serca i utkwiała w płucu. Pomimo krwotoku płucnego chora wyzdrowiała i urodziła żywe dziecko 7 funtów wagi po 16 tygodniach.

6) Pozzi („*Plaie pénétrante de l'utérus gravide par balle de revolver*“ *Soc. de Chir. Bd. III. 1895. patrz: Repert. Univ. d'Obst. et de Gyn. 1895. p. 406*) opisał sprostnienie ALBARRAN'a, dotyczące postrzelenia ciężarnej macicy i mnogich pokaleczeń kiszek. ALBARRAN 5 godzin po postrzeleniu dokonał cięcia brzuszego, wyciął jedną pętlicę kiszek wraz z *mesenterium* i zaszył ranę maciczną po odcięciu pętlicy pepowiny, przez ranę tę wypadłej. Chora wyzdrowiała przy zastosowaniu sączka, do jamy brzusznej wprowadzonego. [Niestety, w krótkim bardzo streszczeniu nie powiedziano nic o stanie płodu, sposobie opróżnienia macicy i o dalszych losach kuli].

7) Pozzi w temże miejscu (*Progrès médical 1895*) wspomina o podobnym sprostnieniu BILLROTH'a, w którym również nastąpiło wyzdrowienie.

8) PRICHARD („*Bullet wound of the Pregnant Uterus*“ *The Amer. Journ. of the med. Sc. Nr. 288, April 1896 p. 480*. patrz także: *Brit. Med. Journ. 1896. Nr. 1832*) Kobietę w 7 miesiącu ciąży z rewolweru postrzeloną 2½ godzin po wypadku przywieziono do „*Bristol Infirmary*“ w stanie ostrej zapaści. Kula wdrążyła do brzucha na 3 cale poniżej i 2 cale ku przodowi od *spina anterior superior ossis illei dextrae*. Krwawienie z rany umiarkowane, brzuch mało wzdęty, zgębnik nie wdrąża do jamy brzusznej.

Bicie serca płodu wyraźne. Nie było żadnych oznak pewnych, że kula weszła do jamy brzusznej. Dopiero na wieczór udało się znaleźć kulę 5 cali ku tyłowi i 1 cal powyżej *spinae anterioris sup. ossis illei* i wydobyto ją przy znieczuleniu kokainą. Upadek tętna, wzdęcie brzucha, a więc cięcie brzuszne. Otworzono przestrzeloną na wylot macicę, wyjęto martwy płód i łożysko, oba kulą przebite. Zatem amputowano ciało macicy sposobem PORRO i kikut wszyto do rany brzusznej. Kula przebiła aż 3 pętlice kiszek; rany te zaszyto silkwormem, tętnicę jedną mezenterjalną trzeba było podwiązać. Jamę brzuszną po usu-

nięciu skrzepów krwi, wypłukano roztworem kwasu borowego, założono dren szklany i gazę. Przez dren wydzielał się płyn krwawy. Po 6½ dniach nastąpiła śmierć wskutek *peritonitidis purulentae* o 3—4 ogniskach, umiejscowionych w bliskości rany. Stan kikutu dobry, rany kiszkowe zagojone. Widocznie zakażenie otrzewnej nastąpiło wskutek wdrażenia zawartości kiszkowej do jamy brzusznej. Kula przebiła wątrobę dziecka, jego przeponę piersiowo-brzuszną i łożysko.

9) SAMUEL WILLIAM ROBINSON. („*Detach of foetus in utero from gunshot wound; recovery of the mother*“). *Lancet* 23. X. 1897. p. 1045. patrz: *Brit. Gyn. Journal* 1897. p. 445. patrz: *C. f. Gyn.* 1898. Nr. 22. p. 600). 16 letnia kobieta w 8 miesiącu pierwszej ciąży przypadkowo została postrzeloną z odległości 3 metrów. Rana mała krwawiąca leżała po prawej stronie poniżej pępka, płyn wypływający okazał się w następstwie *liquore amnii* jaja płodowego. Żadnej zapaści u postrzelonej nie zauważono. W godzinę po postrzeleniu zjawily się bóle porodowe, lecz pozostały słabymi, tak, że po 15-godzinnej pracy porodowej ukończono poród kleszczami. Wskutek znacznego po wydobyciu dziecka krwawienia wprowadzono rękę do macicy i wykryto dziurę w przedniej ścianie macicy, zatkaną chwilowo wytłoczonymi na zewnątrz macicy przez nią błonami płodowymi. Pozostawiono błony te na miejscu, a jamę macicy wypłukano roztworem kreoliny. Położnica wyzdrowiała. Kula przebiła płód, wchodząc przez prawy bark i wychodząc w lewej okolicy biodrowej. Kulę znaleziono wśród błon płodowych, z macicy usuniętych sztucznie wraz z łożyskiem.

10) RUBETZ. („*Sluczaj ogniestrielnawo powreżdzenia beremiennej matki na IX miesiacie*“). *Żurnal Akusz. i Żenskich Bolezniej.* April. 1898. str. 556—563). Rachel K., felczerka, lat 29, zamężna od 10 miesięcy, dnia 15 maja 1897, będąc w 9 miesiącu ciąży, została w Miejskim Szpitalu w Kierczu postrzeloną przez dawniejszą felczerkę tegoż szpitala. Rana postrzałowa leżała w odległości 4 palców od linii pośrodkowej brzucha po lewej stronie, mianowicie mniej więcej na 2 palce poprzeczne wyżej od pępka. Rana miała przebieg ukośny o brzegach krwią podlanych, z rany wyciekał krwawy płyn żółty. W pół godziny po postrzeleniu zjawily się tak silne bóle w brzuchu, że trzeba było zastosować podskórną morfinę. Po godzinie nastąpiły silne wymioty. Zalecono lód na brzuch i makowiec. Bicia serca płodu nie znaleziono, również nie można było wyczuć ruchów płodu, przypuszczono zatem, że kula przebiła ścianę macicy i płód i wobec początkującego ostrego *peritonitis* w 2½ godzin po postrzeleniu postanowiono dokonać cięcia brzuszego. 3½ godzin po wypadku przystąpiono do operacji po uspieniu chorej chloroformem. W jamie brzusznej znaleziono mętny, krwawy płyn: *serosa parietalis* w okolicy rany postrzałowej krwią podłana, również sieć nacieczona krwią [i prawdopodobnie kulą rewolwerową przebita? N.]. Pętlice kiszek również wykazują mnogie wybroczyny, otrzewna ich utraciła blask swój. Macicę wyłoniono przez ranę brzuszną. Na przedniej jej ścianie po lewej stronie poniżej osady jajowodu znaleziono otwór wchodowy postrzału o brzegach ciemnych ze strzępkami czarnego koloru [z odzieży pochodzącymi? N.], z rany macicy wycieka surowicz, krwawy płyn. Po nalożeniu na dolny odcinek macicy podwiązki elastycznej macicę otworzono podłużnym cięciem środkowym i wydobyto płód nieżywy. Łożysko leżało po prawej stronie cięcia. W macicy nie wiele skrzepów krwi.

Jamę maciczną wytarto serwetkami, umaczanymi w 5% roztworze kwasu karbolowego po wyjęciu łożyska i błon; cięcie maciczne zaszyto 2 piętami szwów węzłkowatych, nareszcie owalnym cięciem wykrojono część ściany macicy, w której leżała rana jej postrzałowa i zaszyto nowopowstałą ranę. Po zdjęciu podwiązki elastycznej nie było najmniejszego krwawienia z ran zeszytych, a więc zanurzono macicę do jamy brzusznej i zaszyto ranę brzuszną

3 piętrowym szwem, nareszcie wycięto również miejsce rany postrzałowej i zaszyto ranę. Do macicy przez pochwę wprowadzono sączkę z 4% salicylowej gazy. Tętno drobne. Operacja trwała 2 godziny. Na drugi dzień wzdęcie brzucha, tętno 128 przy ciepłocie 37,5° C., wymioty, silne bóle, niepokój, odbijanie się. Po ławatywie ani stolec, ani wiatry nie wydzielają się, po przemyciu żołądka ulga. 4-go dnia tętno słabnie, bezsenność, ciepłota 36,2° *Collapsus*, codzienne płukania żołądka, sinica, kończyny stygają, konanie, 6-go dnia śmierć.

Sekcja sądowa wykazała na trupie płodu, prawie donoszonego, 3 rany: rana wchodowa w oddaleniu 1 centymetra od *processus spinosus vertebrae lumbalis I* po lewej stronie, kula przeszła jamę brzuszną płodu, kalecząc kiszki, przeponę piersiowo-brzuszną, lewe płuco, serce, następnie wyszła na zewnątrz na wysokości 1 centymetra powyżej lewej brodawki sutkowej i wdrążyła do czaszki w okolicy lewego ucha, przebiła kość, druzgocąc ją i utkwiała w mózgu. Na trupie matki skonstatowano *peritonitis* i septyczną sprawę, przypisywaną przez R. zakażeniu przez kulę rewolwerową. Cały okres pooperacyjny przebiegał bez podniesienia ciepłoty.

11) RUBETZ przytacza na str. 568 spostrzeżenie D-ra NASIŁOWA. Podczas wojny w 1877 roku do miasta Brajłowa przywieziono rumunkę, w drugiej połowie ciąży postrzeloną. Strzał uszkodził miednicę i macicę. Po śmierci ciężarnej N. preparat anatomiczny odesłał do Akademii Medyko-Chirurgicznej w Petersburgu.

12) Kolega WRZEŚNIEWSKI w N-rze 11 Medycyny r. b. opisał bardzo rzadkie spostrzeżenie: „Przypadek rany postrzałowej macicy ciężarnej i płodu. Cięcie cesarskie, wyzdrowienie“. Dnia 12. XI. 1895 miałem sposobność osobiście zbadać pacjentkę przy jednym z opatrunków po następczej amputacji macicy.

34-letnia żona włościanina dnia 22. X. 1895 przypadkiem w izbie została postrzeloną przez własnego męża z pistoletu, śrótem nabitego. Wystrzał trafił w brzuch kobiety obecnie w 8 miesiącu ciąży. Poprzednio pacjentka rodziła już dwa razy. Chora uczuła zaraz po postrzeleniu ból w brzuchu, ruchy płodu znikły, z rany lała się znaczna ilość krwawego płynu. Chorą przewieziono do częstochowskiego szpitala. W drodze wymiotowała dwa razy. Kolega WRZEŚNIEWSKI znalazł ranę postrzałową na prawej połowie brzucha na 3 cale poniżej pępka i na 2 cale od smugi białej. Odzież i koszula przesiąkły wodą płodową z domieszką krwi. Płyn, wydzielający się z rany, już cuchnął cokolwiek. W okrągłej ranie średnicy piątego palca sterczała część sieci. Skóra dokoła rany okopcona i obsypana spalonym prochem. Brzuch nie wzdęty, ale bolesny na dotyk. Ciepłota 38,5° C. Tętno 120. Wypadek miał miejsce rano o świcie.

Po południu o 5-ej rozpoczęły się słabe bóle porodowe. Początkujące zapalenie otrzewnej. Wobec rozpoznania przedziurawienia ciężarnej macicy, śmierci dziecka i początkującego *peritonitis* z prawdopodobieństwem przedziurawienia jelita [które jednak przy operacji okazało się nienaruszonym], kolega WRZEŚNIEWSKI wieczorem o 7-ej, czyli przeszło w 12 godzin po wypadku, przystąpił do cięcia cesarskiego, trzymając się zasady zachowawczej. Operacja po успіchu chorej. Część sieci uwięzła w ranie po nałożeniu klampu od strony jamy brzusznej ucięto i przez samą ranę zupełnie wyciągnięto. Ligatury nad klampek nałożono przed zdjęciem go, i sieć zanurzono do jamy brzusznej. Macica wielkości, jak w siódmym miesiącu ciąży. Po prawej stronie na 2 palce poniżej linii, łączącej osadę jajowodów, rana na macicy o brzegach poszarpanych, mało krwawiących, średnicy piątego palca. Wylewa się z niej płyn surowiczokrrawy, mętny, o woni zgnilizny i zawierający pęcherzyki gazu. W zatoce DOUGLAS'a cokolwiek takiegoż płynu. Przekrwienie otrzewnej. Po wyłonie-

niu macicy z rany i nałożeniu podwiązki elastycznej na dolny jej odcinek przecięto podłużnym cięciem ściany macicy w linii środkowej i wyjęto płód, który leżał w położeniu czaszkowym pierwszym. W jamie macicy nie było więcej niż 3 do 4 łyżek stołowych wód płodowych. Płód wyjęto wraz z błonami i łożyskiem, z pod którego wypadły 4 ziarnka śrótu Nr. 1. Wewnętrzna powierzchnia tylnej ściany macicy nieuszkodzona. Kolega WRZEŚNIEWSKI zatem wyciął brzegi rany macicznej wrzecionowato w tkankach zdrowych i obie rany zeszył jedwabnym, węzełkowatym, 3-piętrowym szwem, potem usunął przewiązkę ściągającą. Macica dobrze się skurczyła.

Przed zaszyciem rany brzusznej wybrano tamponami płyn z zatoki DOUGLAS'a i wprowadzono do niej worek MIKULICZA z gazy jodoformowej, w którym umieszczono 3 tampony z gazy hygroskopijnej. Ranę brzuszną zaszyto szwem 2-piętrowym powyżej sączka z gazy. Operacya, dokonana aseptycznie, trwała 2 godziny.

Na trupie płodu znaleziono z lewej strony pomiędzy dolnemi żebrami i grzebieniem kości biodrowej w skórze otwór z nierównymi brzegami około $\frac{3}{4}$ ctm. średnicy. Na przedniej powierzchni lewej połowy klatki piersiowej w okolicy 2 i 3 żebra w skórze 3 otwory odległe 1—2 ctm., średnicy ziarnka okrągłego grochu. W lewej opłucnej około 2 łyżek krwi. Osierdzie rozzerwane u góry i u dołu pełne krwi. Wierchołek serca poszarpany; przez otwór w nim palec wskazujący wchodzi do lewej komórki, w której znajduje się zwitek zakopconego, poszarpanego, zadrukowanego papieru, wielkości ziarnka fasoli. Oba przedsionki poszarpane. W jamie otrzewnej spora ilość krwi; dolny brzeg lewego płatu wątroby poszarpany; pod wątrobą znaleziono ziarnka śrótu tej samej wielkości, co i w łożysku. Żołądek i kiszki nie uszkodzone.

Po operacyi gorączka trwa, piątego dnia usunięto i zmieniono tampony, krwią przemoczone w worku MIKULICZA. 7-go dnia jamę całą, w której leżał worek i której ściany ropiały, wypłukano roztworem sublimatu; w jamie wielkości główki noworodka widać przednią ścianę macicy, a na niej nalot szary około szwów. Zdjęto kilka szwów brzusznych, dolnych, brzegi rany okazały się rozlepione. Przez duży otwór tak powstały wytamponowano całą jamę gazą. 9-go dnia po operacyi zauważono, że brzegi rany macicznej są rozklejone, szaro-żółte, postrzępione. 11-go dnia po coraz obfitszem ropieniu wydzieliły się wszystkie szwy maciczne, cała jama maciczna, ropą wypełniona, sterczy o brzegach zgrubiałych, szarych.

Kolega WRZEŚNIEWSKI wobec tego klampami wyciągnął dno macicy na zewnątrz rany brzusznej i po nałożeniu przewiazki elastycznej trzon macicy odciął, kikut zaś maciczny umocnił w ranie 2 igłami BANTOCK'a. Jamę rany wypchano gazą.

Od tej to operacyi wtórnej cała sprawa wzięła przebieg pomyślny pomimo gorączki, ropienia i t. d. i w 3 tygodnie później część trzonu macicy, pozostałego nad przewiązką, oddzieliła się; zupełne zagojenie się rany nastąpiło dnia 23. XII. 1895, czyli w dwa miesiące po postrzeleniu. Przebieg pooperacyjny powikłany był przez miąższowe zapalenie płuc. Obecnie była pacjentka jest zupełnie zdrową, pomimo że w początku lata 1897 groziła jej niedrożność kiszek i bóle, wymioty i zaparcie stołca, objawy te jednak ustąpiły przy strośwanem przez kolegę BRZozowskięgo leczeniu.

Cała sprawa septyczna, ropienie i t. d. w danym przypadku były następstwem tego, że wraz ze śrótem do rany brzusznej i macicznej dostały się i zarazki. Kolega WRZEŚNIEWSKI, usuwając 11 dnia po cesarskiem cięciu ropiejącą macicę częściowo, energicznym postępowaniem swoim uratował chorą.

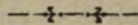
Wobec warunków oczywistego już w trakcie pierwszej operacyi zakażenia otrzewnej, kolega WRZEŚNIEWSKI żałuje, że nie od razu amputował macicę, uwaga bardzo słuszna, wobec spostrzeżenia tego i spostrzeżenia RUBETZ'a,

w którym operowana po cięciu cesarskim zachowawczem zmarła wskutek zakażenia.

Chora kolegi WRZEŚNIEWSKIEGO wyzdrowiała pomimo ciężkiego urazu, zapalenia otrzewnej i wędrującego włóknikowego zapalenia płuc, które przeszło prawie całe płuco od dołu do samego wierzchołka.

Na powyżej zestawione 12 spostrzeżeń przypada jedno spostrzeżenie rany postrzałowej brzusznej podczas ciąży bez uszkodzenia jednak macicy [Nr. 5]. Ciąża poszła dalej pomimo krwotoku płucnego z powodu przestrzelenia jednego płuca, do którego kula wdrążyła od jamy brzusznej po przebicciu *diaphragmatis*. Postrzelenie miało miejsce w 6 miesiącu ciąży i było przypadkowym; 16 tygodni później urodziło się dziecko żywe. [D. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



158. H. Beer. Padaczka sercowa.

Padaczka sercowego pochodzenia dotąd rzadko była spostrzegana. W r. 1892 ogłosił MAHNERT 3 przypadki, w których, jako na przyczynę padaczki, wskazać można było jedynie tylko na miażdżycę tętnic. Przed nim jeszcze LEMOINE, a następnie NAUNYN upatrywali związek między padaczką a cierpieniami serca, oskarżając poczęści stwardnienie tętnic, poczęści wady zastawkowe serca.

Przypadek, przytoczony przez BEER'a, wyróżnia się tem, że nie było ani stwardnienia tętnic, ani wady zastawkowej, lecz tylko przerost prawej komórki serca, powstały w następstwie rozedmy płuc. Aura, utrata przytomności, przygryzienie języka, szerokie i nie oddziaływające na światło źrenice, wybitna sinica twarzy, śpiączka po napadzie drgawkowym: wszystkie te objawy nie pozwalają wątpić o istnieniu w przypadku autora prawdziwej padaczki. Związek między padaczką a cierpieniem serca jest napewno ustalony. Większość dotychczasowych spostrzegaczy była w stanie wyłączyć wszelką inną przyczynę, mogącą wywołać padaczkę, i dowieść związku przyczynowego tej ostatniej z cierpieniem serca. Dowód wynikał z tego faktu, że leczenie, skierowane przeciw cierpieniu sercowemu, wywierało pomyślny wpływ na przebieg padaczki.

Co się tyczy patogeny padaczki sercowej, to zdania autorów w tym względzie rozchodzą się. GIBBINGS i BRISTOW przyjmują podrażnienie nerwu błędnego lub cierpienie zwojów sercowych; NAUNYN obwinia niedokrwistość mózgu i t. d. Autor sądzi, że powstawanie padaczki wogóle może być dostatecznie wyjaśnione li tylko przy uwzględnieniu zasady sumowania się podrażnień. „Podstawowe doświadczenie“ UNVERRICHT'a na psach wykazało, że padaczka powstać może jedynie tylko przez podrażnienie kory mózgowej. Ta ostatnia uleść może podrażnieniu: 1) przez krążące we krwi toksyny [padaczka wskutek zatrucia oraz zakażenia], 2) przez zmiany zakończeń nerwowych w trzewach albo w skórze [padaczka odruchowa] i 3) przez szkodliwości, działające bezpośrednio na korę mózgową [uraz, guzy i t. d.]

Padaczkę sercową zaliczyć należy do drugiej z wymienionych grup przypadków, do której należą także, jak wiadomo, padaczka wskutek cierpienia narządów płciowych, narządów trawienia [zaparcie stolca, rozszerzenie żołądka, robaki], blizna, cierpienie ucha i t. d. Powstawanie jej przy przeroście i rozszerzeniu serca lub też przy cierpieniu wsierdzia zależy ma, zdaniem autora, od targania, drażnienia zakończeń nerwu błędnego. Wszystkie podniety, wychodzące bądź z trzew, bądź ze skóry, doprowadzone zostają ostatecznie do kory mózgowej, sumują się tu i wywiązują napad padaczkowy.

Obecnie uważa się za fakt ustalony, że wszystkie postaci padaczki, zjawiające się w późniejszym wieku, należą do t. zw. objawowych padaczek. Te ostatnie przeciwstawia się padaczce smoistnej (*epilepsia genuina*). Wyżej już była mowa o tem, że tam, gdzie jest padaczka, musi istnieć, jako przyczyna jej, podrażnienie. Ztąd wynika, że padaczka samoistna, ściśle mówiąc, istnieć nie może.

Przyjmuje się jednak padaczkę samoistną, oznaczając tem mianem wszystkie te przypadki, w których nie udaje się stwierdzić żadnego źródła padaczki. Lecz już przy obecnym stanie wiedzy twierdzić możemy, opierając się między innymi na wywodach WASSERMANN'a, które niezmiernie życzliwie zostały przyjęte przez lekarzy niemieckich, że wielką część t. zw. padaczek samoistnych sprowadzić można do zatrucia, lub do padaczek zwrotnych.

(*Klinisch-therapeut. Wochensh. 1898. Nr. 37.*) Stanisław Pechkranc.

159. Giraudeau. O przekłuciu osierdzia.

Przekłucie osierdzia należy uważać za poważny środek leczniczy przy zapaleniu wysiękowym tej błony. Ze wszystkich środków dotychczas używanych [moczopędne, czyszczące, pryszczydła, cięte bańki i t. d. i t. d.] żadne nie mogą być uważane za lecznicze, lecz, co najwyżej, niektóre z nich za łagodzące ból w początkowym okresie choroby; jeżeli zaś pod wpływem omawianej choroby zaczyna występować duszność i sinica, wtenczas przekłucie tylko ma rację bytu i ono jedno może, jeżeli nie zupełnie wyleczyć, co się także często zdarza, to przynajmniej przynieść znaczną ulgę choremu, byle tylko była robione w odpowiednich warunkach i z odpowiedniami ostrożnościami.

Przedewszystkiem przekłucie powinno być wykonane jak najwcześniej, kiedy stan chorego jest jeszcze względnie dobry, gdyż w przeciwnym razie serce się wyczerpuje i po wypuszczeniu płynu nie znajduje dosyć siły, aby wrócić do owego zwykłej funkcji.

Za wskazania do wypuszczenia płynu powinny służyć następujące objawy: niewyczuwalność serca u wierzchołka, stłumienie serca, sięgające po za jego wierzchołek, a szczególnie występujący jasno odgłos bębinkowy przy opukiwaniu podstawy lewego płuca, który jest zawsze dowodem dużego wysięku w osierdziu.

Kiedy jest się już pewnym rozległości wysięku, wtenczas z wypuszczeniem płynu nie należy się wahać ani chwili.

Płyn ten można wypuścić dwojakim sposobem: przez przekłucie i przez cięcie.

Pierwszeństwo zawsze należy oddać przekłuciu bez względu na to, czy próbne przekłucie nam wskaże naturę surowiczą, czy ropną wysięku. Tylko zapalenie osierdzia z rozpadem gnilnym może usprawiedliwić cięcie.

Do przekłucia należy wybrać przyrząd DIELAFOY'a albo POTAIN'a, których wartość jest jednakową; przy obu powinny być zachowane następujące ostrożności: kierunek trójkątka lub igły powinien przy przekłuciu być równoległy do serca, miejsce do przekłucia powinno być wybierane w 5-em międzyżebżu na 5—6 ctm. na zewnątrz mostka.

Przekłucie osierdzia może prowadzić do dosyć licznych i poważnych powikłań.

Prof. DELORME zwrócił uwagę na możliwość zakażenia opłucnej, której uszkodzenie przy przekłuciu osierdzia jest prawie nieuniknionem; w literaturze spotykamy tylko 2 przypadki takiego zakażenia: jeden, podany przez TROUSSEAU'a, drugi przez NIXEN'a. Częściej przekłucie staje się przyczyną ropnia podskórnego.

TROUSSEAU podaje 3 przypadki zapalenia płuc, które bezpośrednio po przekłuciu osierdzia wystąpiły.

Najpoważniejszym niebezpieczeństwem jest zawsze zranienie serca, które w kilku znanych w literaturze przypadkach pozostało bez żadnych złych następstw, w innych jednak spowodowało śmierć natychmiastową.

W celu uniknięcia tego niebezpieczeństwa należy robić przekłucie bardzo ostrożnie i zawsze go poprzedzić próbnym przekłuciem, aby być pewnym wysięku.

Jakie są wyniki dodatnie przekłucia osierdzia mówiliśmy już na początku streszczenia; tutaj tylko dodamy, że bez względu na to, jaka jest natura płynu wypuszczonego i jaki wpływ może mieć przekłucie na dalszy przebieg choroby, na razie przynosi ono znaczną ulgę choremu, często może sprowadzić zupełne uleczenie, a zawsze jest środkiem pewnym, odsuwającym na plan dalszy grożące niebezpieczeństwo.

Wnioski te zostały wyprowadzone na zasadzie obserwacji 3-ch chorych, którym przekłucie osierdzia było robione; ostatni z nich trzykrotnie przechodził tę operację i zawsze z pożądanym rezultatem, dopóki wreszcie złośliwa natura samej choroby [gruźlicze zapalenie osierdzia] nie oświadczyła w takim stopniu organizmem chorego, że wszystkie środki lecznicze w walce z nią okazały się bezsilne.

(*Sémaine médicale*. Nr. 47. 1898).

Stanisława Włodek.

160. Fryderyk A. Packard [z Filadelfii]. Przypadek pęknięcia aorty [bez tętniaka i miażdżycy] przy objawach poprzedniego zawału w kregu.

Chory, lat 75 liczący, od trzech tygodni cierpiał na silne bóle w nadbrzuszu. Nagle podczas zajęcia upadł na ziemię i stracił przytomność. Badanie za życia dało następujące wyniki: ciepota 35° C., tętno prawie niewyczuwalne, uderzeń serca 66 na minutę, oddechów 28. Chory z bólu ustawicznie zmienia położenie ciała. Przy wysłuchiowaniu serca znaleziono u wierzchołka szmer skurczowy, który słychać i pod pachą; przy wysłuchiowaniu aorty szmer chropawy, przechodzący i na tętnice szyjowe. Na tętnicy płucnej słychać szmer podwójny. W nadbrzuszu z prawej strony od linii środkowej wyczuwało się wyraźnie stwardnienie. Miejsce to było czułe na dotyk.

Przy badaniu pośmiertnym znaleziono w jamie osierdzia pół litra skrzepniętej krwi; mięsień sercowy z oznakami zwyrodnienia tłuszczowego. Zastawki: dwudzielna i półksiężycowe, zwapniałe. Wstępująca część łuku aorty nieco rozszerzona, ściany aorty łatwo rwące się; w odległości dwóch cali od zastawek znaleziono pęknięcie ściany aorty, przenikające wszystkie warstwy, na 1,5 ctm. długie.

W kiszkiach oznaki stanu zapalnego. W odległości dwóch stóp od zastawki BAUHIN'a na kiszce cienkiej znaleziono znaczną ilość czarnych punkciók, świadczących o rozpoczynającej się sprawie zgorzelinowej. W tętnicy kregkowej górnej wyczuwa się niewielki zator, poniżej którego tętnica ta tworzy liczne anastomozy z kregkową dolną. Sprawy powyższe w kiszkiach dątowały niewątpliwie od kilku tygodni. Śmierć więc nastąpiła wskutek pęknięcia aorty. Autor zaznacza silne bóle w nadbrzuszu, towarzyszące pęknięciu aorty i przytacza z literatury przypadki, w których wymienione bóle były najwydatniejszym objawem omawianego cierpienia.

L. Lorentowicz.

(*Proceedings of the Pathological Society of Philadelphia* Nr. 9. 1898).

161. Levi-Sirugue. Wytwarzanie sztuczne różnych postaci gruźlicy otrzewnej.

Zależnie od mniejszego lub większego zakażenia przez laseczniki Koch'a spotykamy najróżnorodniejsze postaci gruźlicy otrzewnej, począwszy od bardzo ciężkich ropno-serowatych, a skończywszy na lekkich, uleczalnych.

Wszystkie te postaci gruźlicy mogą być wywołane za pomocą wstrzykiwań do otrzewnej psów—plwocin i wytworów jam gruźliczych dla postaci cięższych i hodowli gruźliczych dla lżejszych.

Aby wywołać pożądany skutek, wstrzykiwania należy kilkakrotnie powtórzyć.

Postępując według tej metody, otrzymano, co następuje: przez wstrzykiwania plwocin i wytworów jam gruźliczych, postaci: serowato-ropną, włóknisto-serowatą, suchą ze zrostami, włóknisto-serowatą z wysiękiem.

We wszystkich tych przypadkach nastąpiła śmierć po 3—4 miesiącach, na sekcji znaleziono otrzewną w stanie mniejszego lub większego zserowacenia rozlanego, albo w postaci gruzełków i dużą ilość laseczników. W jednym tylko przypadku znaleziono ropień wielkości jaja kurzego.

Przez wstrzykiwania słabiej działające, jakimi są hodowle laseczników, wywołano postaci gruźlicze słabsze, uleczalne: postaci włókniste, suche, postaci włókniste z wysiękiem.

Tutaj znowu wszystkie zwierzęta, użyte do doświadczeń, wróciły do zdrowia. Po zabiciu ich znaleziono: zgrubienie otrzewnej i w dosyć dużej ilości bardzo małe, a nawet po większej części mikroskopijne gruzełki, otoczone tkanką włóknistą; laseczników było bardzo mało. Wszystkich doświadczeń zrobiono 9. Wszystkie zostały wykonane na psach, gdyż rozwój gruźlicy u tych zwierząt najbardziej jest zbliżony do rozwoju gruźlicy u ludzi.

Za pomocą toksyn gruźliczych można też wywołać gruźlicę otrzewnej, czego dowiodły doświadczenia STRAUS'a, GAMALEI'a i autora. Wszyscy oni wywoływali gruźlicę otrzewnej, wstrzykując zwierzętom nieżywe hodowle do otrzewnej, z kądem wniosek, że wiele objawów tej choroby może zależeć od toksyn, a nie od laseczników.

Przy doświadczeniach zauważono, że gruźlica otrzewnej bardzo łatwo może udzielać się innym narządom wewnętrznym, a szczególniej płucnej i wątrobie.

Jako wniosek ostateczny niniejszego artykułu pozostaje fakt, że wszystkie postaci gruźlicy, jakie klinicyści u człowieka spostrzegają, można doświadczać w psach wywołać.

(*Revue de médecine*. 1898. Nr. 8).

Stanisława Włodek.

162. E. Giordano. Pierwszy przypadek zeszcicia rany lewego przedsionka serca.

Autor uzasadnia chirurgiczną interwencję w ranach serca zaznaczeniem faktu, że uszkodzenie ścian serca, a nawet ich przedziurawienie, nie zawsze sprządza natychmiastową śmierć. W tym celu przytacza z literatury 16 przypadków, w których chorzy z ranami serca żyli od kilku minut do kilkunastu dni, następnie cytuje 9 przypadków interwencji chirurgicznej w ranach komórek serca; z tych w trzech zejście było pomyślne, w sześciu zaś pozostałych przy badaniu pośmiertnem znaleziono rany zabliznione.

Również i rany przedsionków serca nie zawsze są natychmiastowo śmiertelne, jak mniemano powszechnie. ZANETTI, cytowany przez autora, zebrał 7 przypadków, w których chorzy z ranami przedsionków żyli od jednej do 24 godzin.

Mimoto w literaturze nie spotykamy ani jednej wzmianki o pomocy chirurgicznej przy ranach przedsionków. Autor podaje pierwszy przypadek zeszcicia rany klutej lewego przedsionka, operowany przez siebie. Do operacji przystąpiono w trzy kwadransy po zadaniu rany już przy tętnie niewyczuwalnem. Po otworzeniu klatki piersiowej i rozszerzeniu rany osierdzia, autor za-

amował krwotok z lewego przedsionka zbliżeniem brzegów rany kleszczykami nałożył 4 szwy na ranę, zaszył następnie ranę osierdzia i w końcu zamknął jamę klatki piersiowej, pozostawiwszy mały otwór z drenem; dokładnego bowiem odkażenia pola operacyjnego nie można było uzyskać wobec braku czasu. Chory zmarł 20-go dnia po dokonanej operacji przy objawach ropnego zapalenia płucnej. Przy badaniu pośmiertnym znaleziono ranę przedsionka najzupełniej zabliźnioną.

(*La Riforma medica*. 1898. Nr. 207, 208).

Leonard Lorentowicz.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

—+—+—

Posiedzenie z d. 7. VI. 1898.

1) GĄSZYŃSKI STEFAN przedstawił pacjentkę po dokonanej symfiseotomii.

2) GEPNER BOLESŁAW RYSZARD [syn] wygłosił odczyt: „W sprawie ropnego zapalenia łącznicy noworodków (*blennorrhoea neonatorum*)”. Prelegent zestawił statystykę przypadków zapalenia ropnego łącznicy noworodków z powikłaniem ze strony rogówek: są to przypadki, leczone w ciągu ostatnich 4 lat w ambulatoryum Instytutu Oftalmicznego w Warszawie. Na ogólną cyfrę chorych 28694 przypadków zapalenia łącznicy noworodków zanotowano 222, czyli 7,74%, a w tej liczbie cierpienia jednej lub obu rogówek spostrzegano 142 razy [ślepotę zupełną 21 razy]. Jak widać ze statystyk obcych krajów, liczba przypadków ropnego zapalenia łącznicy noworodków w Europie Zachodniej wynosi około 6% wszystkich przypadków chorób oczu, a więc niewiele się różni od liczby takich przypadków w Warszawie. Zato, gdy tam ślepotę zupełną zanotowano 3—3,8% przypadków *blennorrhoeae*, u nas spostrzegano ją w 9,45% przypadków. Dzieje się to, według G., głównie z powodu zbyt późnego u nas zasięgania przez rodziców dzieci porady lekarskiej. Jak widać z zestawienia G., około 80% chorych dzieci przyniesiono do Instytutu w 2—4 tygodniu życia, a zapalenie ropne łącznicy rozwija się zazwyczaj między 2 a 5 dniem po urodzeniu. Według G., winę takiego zaniedbania w bardzo znacznej części przypisać należy акушерkom, które nie tylko nie starają się zapobiedz zakażeniu łącznicy noworodków, ale nawet w przypadkach już rozwiniętego zapalenia lekceważą je sobie. Za najbardziej odpowiedni ze sposobów zapobiegania omawianemu zakażeniu uważa G., znowu na zasadzie przytoczonych danych statystycznych, sposób CRÉDÉ'go, polegający na wpuszczeniu w worek łącznicowy dziecka zaraz po urodzeniu jednej kropli 2% roztworu azotanu srebra.

W dyskusji CETNAROWICZ wypowiedział się przeciwko sposobowi CRÉDÉ'go; strup bowiem, jaki tworzy na rogówce pod wpływem lapisu, ułatwić może wtargnięcie gonokoków do tego narządu. Lepiejby może było używać 5—15% roztworu protargolu, zalecanego przez DARIER'a.

GEPNER odpowiada, że, mówiąc o zapobieganiu zakażeniu łącznicy, zwracał się nie do specjalistów; dlatego wybrał sposób CRÉDÉ'go, jako oddawna już wypróbowany.

Posiedzenie z dn. 21. VI. 1898.

1) BREGMAN przedstawia chorą 17-letnią z zanikiem mięśni postępującym typu LANDOUZY-DÉJÉRINE'a, w którym pierwotnie ulegają cierpieniu mięśnie twarzy. Przedstawiona chora ma wargi grube, wydętne, usta szerokie, twarz wyglądzoną, oczy szeroko otwarte, łzawiące; powieki prawego oka nie domy-

kają się. Przed 1½ rokiem zauważono odstawanie łopatki. Mięsień kapturowy zanikł prawie zupełnie, naramienny zaś jest jeszcze stosunkowo niezłe zachowany. Wyprostowanej kończyny górnej chora podnieść nie może nawet do linii poziomej. Część mięśni tej kończyny jest osłabiona, część zaś zachowana dość dobrze. Odczyn elektryczny w niektórych mięśniach tylko ilościowo jest zmieniony.

2) MĄCZEWSKI okazał przyrząd MAROGÉ'a (*masseur-cornet*), służący za trąbkę akustyczną, a jednocześnie mogący się nadawać do masowania błony bębenkowej

3) STEINHAUS przedstawił przypadek *retinitidis albuminuricae*, odznaczający się tem, że, gdy zazwyczaj wgłębienie środkowe plamy żółtej jest niezmiennione, a tylko w koło niego układają się współśrodkowe białe plamki i kreski; tutaj duża, biała plama zajmuje całą plamę żółtą wraz z wgłębieniem, a od plamy tej odchodzą białe promienie dwojakiego rodzaju: krótkie a grube z ostrymi konturami i cienkie a długie z zarysami mniej wyraźnymi.

4) SOŁOWIEJCZYK przedstawił chłopca 12-letniego, któremu zeszyto cewkę moczową, rozerwaną w części błoniastej wskutek uderzenia kroczem o drabinę przy upadku z wysokości.

5) STANKIEWICZ okazał kawałek cewnika NÉLATON'a, długości 9 ctm., wydobyty za pomocą małego litotryptora z pęcherza młodej kobiety.

6) STANKIEWICZ demonstrował kryptogram, zdjęty przez M. BRUNNERA z klatki piersiowej chłopca, który otrzymał postrzał śrótem w okolicę 4 żebra lewego. Po strzaskaniu żebra kawałki śrótu rozsypały się i utkwily w obu płucach i mięśniach dołu pachowego. Po wypilowaniu kawałka 4 i 8 żebra chłopiec czuje się zupełnie dobrze.

7) HANICKI wypowiedział odczyt: „O sedymentacji krwi, jako metodzie badania klinicznego“. Mówca spostrzegł, że dwie próby krwi nieodwłóknionej, pochodzące od jednego i tego samego osobnika, w warunkach jednakowych sedymentują częstokroć różnie; zajął się tedy zbadaniem wpływu, jaki wywiera na sedymentację krzepliwość krwi nieodwłóknionej, stopień jej utlenienia, wreszcie technika odwłókniania. Wnioski, do jakich doszedł, są następujące: 1) sedymentacja jest funkcją krzepliwości krwi; 2) odwłóknianie przez klócenie wpływać może na szybkość sedymentacji; 3) stopień utlenienia krwi nie wpływa na sedymentację; 4) dane co do sedymentacji krwi nieodwłóknionej bez uwzględnienia krzepliwości krwi oraz dane, dotyczące sedymentacji krwi odwłóknionej bez uwzględnienia sposobu odwłókniania, nie mają znaczenia; 5) uwzględnianie krzepliwości krwi oraz ujednostajnienie techniki odwłókniania są praktycznie niewykonalne; 6) sedymentacja krwi przy istniejących dziś sposobach jej badania nie może mieć znaczenia rozpoznawczego.

W dyskusyi BIERNACKI zaznacza, że na szybkość sedymentacji wpływa ilość dodanego do krwi szczawianu sodu; dalej im później krew zostanie zmieszana ze szczawianem sodu, tem wolniej sedymentuje, co zależy od szybkiego zmniejszania się w krwi, wypuszczonej z naczynia, ilości fibrynogenów. Bywa czasami krew, krzepnąca tak szybko [miażdżyca naczyń, zapalenia mięśnia sercowego], że daje skrzepy natychmiast po wypuszczeniu, zanim się ją zdąży zmieszać ze szczawianem sodu; taka krew pozornie sedymentuje wolno.

LUXENBURG w przypadkach *neurastenii* i *histerii* stwierdził prawidłowość zmian w sedymentacji krwi, co wskazuje na zalety metody. Chcąc należycie ocenić metodę sedymentacji, należy trzymać się ściśle podanego przez jej wynalazcę sposobu postępowania, a tego H. nie uczynił.

MIKLASZEWSKI sądzi, że sedymentacja nie może być ścisłą metodą badania wobec tego, że krew nawet w warunkach normalnych nie ma cech stałych, a przy łatwości, z jaką na sedymentowanie wpływają najrozmaitsze czynniki, niepodobna badania dokonywać zawsze w jednakowych warunkach.

HANICKI twierdzi, że poważne nawet wahania ilości dodawanego do krwi szczawianu sodu nie wpływają na szybkość sedimentacji. Ujednostajnienie innych warunków badania jest rzeczą niemożliwą.

Posiedzenie z dn. 28. VI. 1898.

1) KAMOCKI w imieniu GĄBSZEWICZA przedstawia kobietę 30-letnią, która przed dwoma miesiącami podczas mocnego kaszlu uczuła trzask w lewym oku, a odtąd uczuwa stale szum rytmiczny. W trzy tygodnie po powyższym napadzie kaszlu chora zauważyła osłabienie wzroku lewego oka, a kiedy w tydzień jeszcze potem widział ją KAMOCKI, stan lewego oka był następujący: gałka oczna wysadzona; na dnie oka wybitny zastój żylny; przy osłuchiwaniu oka szmer, odpowiadający skurczom serca. Skierowana do GĄBSZEWICZA, chora przybyła na jego oddział w szpitalu dopiero przed 4 dniami z wypukleniem gałki ocznej lewej oraz znacznem obrzmieniem łącznicy powieki dolnej tegoż oka. Od tygodnia chora nie widzi: uczucie światła prawie zniesione. Gałka oczna dość twarda; na dnie oka liczne wynaczynienia, pokrywające zupełnie nerw wzrokowy. Na całej głowie słyhać szmer, bardzo wyraźny w okolicy lewego oka, a słabnący w miarę oddalania się od niego. Od 2 dni chora miewa wymioty i bóle głowy. G. rozpoznaje tętniaka tętnicy i zamierza podwiązać tętnicę szyjową wspólną.

2) GAJKIEWICZ przedstawia 28-letnią żydówkę, matkę trojga dzieci, dotkniętą akromegalią. Od kilku lat trwa powiększanie się rąk i nóg chorej, która nadto od trzech lat nie miewa miesiączki, a od 2 lat gorzej widzi. Jest to typowy przypadek choroby MARIE'go: głowa duża, oddzielne części twarzy, zwłaszcza nos i uszy, powiększone, co nadaje chorej starszy wygląd; język duży; lekki prognatyzm; przerost migdałów i strun głosowych prawdziwych; niewielki garb w okolicy grzbietowej górnej. Ręce i stopy ma chora nieproporcjonalnie duże. Gruzołu tarczowego wyczuć nie można. Nerwy wzrokowe zanikły: prawy zupełnie, lewy niezupełnie [pole widzenia lewego oka jest bardzo ograniczone od góry, od wewnątrz i od dołu, od zewnątrz zaś zniesione zupełnie]. Macica zanikła. Nadto zwracają uwagę bóle głowy, nadmierne pocenie się, żarłoczność i wielomówność. W moczu o ciężarze właściwym 1022 nic nieprawidłowego nie wykryto.

3) GAJKIEWICZ przedstawił dwóch chorych, dotkniętych powikłaniem, czy też następstwem bezwładu połowicznego, t. z. płasawicą połowiczną (*hemichorea posthemiplegica*). U jednego z przedstawianych, kobiety 45-letniej z wadą serca wystąpił przed 4 miesiącami bezwład lewostronny bez utraty przytomności i bez zaburzeń mowy. Obecnie istnieją tylko: osłabienie ruchów i czucia lewej połowy ciała, objawy zwyrodnienia pęczka piramidalnego [zwiększone napięcie mięśni, wzmożone odruchy kolanowe i łokciowe, lekki objaw stopowy] oraz charakterystyczne dla płasawicy ruchy, słabo-widoczne w stanie spoczynku, lecz zwiększające się przy ruchach dowolnych i pod wpływem wrażeń moralnych.

Inny chory, mający 65 lat, przeszedł przed 10 miesiącami napad bezwładu lewostronnego, a obecnie prócz bardzo wyraźnej płasawicy połowicznej zdradza objawy następczego zwyrodnienia pęczka piramidalnego, zaniku mięśni lewych kończyn z osłabieniem ilościowym odczynu elektrycznego mięśni, wreszcie ślepoty połowicznej lewego oka.

4) ŚWIĄTECKI demonstrował kamień moczowy, który u chłopca 2½-roczonego uwiązł w cewce moczowej w bliskości jej otworu zewnętrznego i spowodował zatrzymanie moczu. Po usunięciu kamienia za pomocą zwykłych szczypczyków chory oddał znaczną ilość mętnego moczu o odczynie kwaśnym, ze śladami białka. Obrzęk części rodnych, który wystąpił jednocześnie z zatrzymaniem moczu, trwał i po usunięciu kamienia, ustąpił zaś dopiero po zrobieniu

przez KRAJEWSKIEGO licznych nacięć miejsc obrzękłych. Były to zacieki moczowe, powstałe wskutek obrażenia cewki przez kamień. Kamień usunięty ma 18 mm. długości, 6 mm. szerokości, waży 0,6 grm. i składa się prawie wyłącznie z kwasu moczowego oraz jego soli.

5) MĘCZKOWSKI opisał przypadek syringomyelii oraz okazał odpowiednie preparaty rdzenia. Odnosną pracę prelegenta zamieści Gazeta Lekarska w jednym z przyszłych numerów.

W dyskusyi RYCHLIŃSKI zaznacza, że chociaż obraz kliniczny w danym przypadku przemawia za rozpoznaniem syringomyelii, to jednak przedstawionych preparatów nie można uważać za stwierdzające to rozpoznanie.

LUXENBURG twierdzi, że jamy syringomyelityczne powstają wskutek rozpadu komórek środkowych nowotworu, najczęściej glejaka, albo też wskutek gliozy centralnej, która powstaje z tyłu kanału środkowego rdzenia: nabłonek zaczyna bujać, ulega rozpadowi, zanikowi i powstaje jama, otoczona tkanką łączną.

Według MĘCZKOWSKIEGO, jamy powstają nie wskutek rozpadu nowo utworzonej tkanki, lecz wskutek zmian w naczyniach. Że w danym przypadku szczyelina w rdzeniu nie jest sztuczną, dowodzą jej wygląd i cechy tkanek otaczających: ściany jamy są postrzępione, usiane ciałkami krwi; ściany naczyń są znacznie zgrubiałe; w świetle jamy widać resztki zmienionej tkanki nerwowej z bardzo wybitnymi zmianami w naczyniach.

GAJKIEWICZ zwraca uwagę na objawy ostre w okresie przedśmiertnym chorego, zależne, według prelegenta, od zaniku naczyń. Prościej byłoby uważać te objawy za skutek zgorzeli, rozmiękczenia rozlanego.

Męczkowski odpowiada, że, przyjmując rozmiękczenie ostre, nie można by wytlómaczyć początku choroby z dreszczami, gorączką, bólami opasującymi i porażeniami.

Wiadomości drobne.

— MIKULICZ, zastanawiając się nad chirurgicznym leczeniem raka żołądka, wskazuje 4 sposoby rozrostu raka: 1) bezpośrednio — po ścianie żołądka, 2) przez naczynia i gruczoły chłonne — na zewnątrz od żołądka, 3) na zewnątrz otrzewnej, t. j. przez wciągnięcie do sprawy nowotworowej samej otrzewnej rak przedostaje się do narządów nią pokrytych; 4) dalekie przerzuty za pośrednictwem naczyń krwionośnych. Co się tyczy pierwszego punktu, należy pamiętać, że w warstwie mięśniowej i surowiczej żołądka mogą się znajdować komórki rakowe, nie powodując żadnych widocznych zmian i, że nowotwór zawsze ma większą skłonność do rozrostu ku górze, niż na dół *resp.* ku odźwiernikowi i dwunastnicy; ztąd ten wniosek praktyczny, że, usuwając raka, należy cięcie prowadzić w zdrowej części ściany w odległości od guza 5—10 mm. od strony dwunastnicy i — tyłuż centymetrów — od góry. Zresztą, wszystko zależy od postaci guza: najlepsze rokowanie daje rak, rozrastający się w postaci grzyba na szerokiej, lecz ograniczonej podstawie i nie sięgający dalej poza błonę śluzową. Co się tyczy dróg limfatycznych, M. rozróżnia ich 4: 1) gruczoły krzywizny małej, bardzo liczne i prawie zawsze zajęte — obowiązkowo należy wyłuszczać; 2) gruczoły krzywizny wielkiej bardzo nieliczne, względnie więcej ich w okolicy odźwiernika; 3) gruczoły więzu łączącego żołądek z okrężnicą (*lig. gastro-colicum*), mało znaczące, zresztą, w razie potrzeby, łatwo dają się usunąć; 4) gruczoły okolicy trzustkowej leżą między odźwiernikiem i trzustką, nieraz sięgają w głąb mięszu samej trzustki; usunięcie ich łączy się z wielu trudnościami; nieraz nie można się obejść bez wycięcia części samej trzustki.

(*Beilage zum Centr. f. Chir. 1898. Nr. 26.*)

E. L.

— CZERNY i KUESTER otwierają jamę zatoki czołowej za pomocą osteoplastycznej trepanacji kości czołowej; zakładają dren, łączący wzmiankowaną jamę z jamą nosa i — wreszcie — zaszywają na całej przestrzeni wycięty płat kostnoskórny; z biegiem czasu dren prawie zawsze się zatka i trzeba rozpruć szwy, nałożone przy operacji. KUHN nie próbuje nawet zabezpieczać odpływu ropy z jamy zatoki czołowej przez nos, lecz prosto trepanuje czoło i przez otrzymany szeroki otwór leczy w dalszym ciągu ropiejącą powierzchnię. BARTH wykonywa operację w następujący sposób: robi cięcie skórne w górnej części grzbietu nosa długości $2\frac{1}{2}$ ctm., przecina część kości nosowej i wyrostek nosowy kości czołowej i, odchyliwszy utworzony w ten sposób płat kostnoskórny, otrzymuje szeroki dostęp do jamy w najbardziej dolnej jej części, rozszerza następnie górną część jamy nosa, przez co tworzy się dostatecznie szeroki kanał, zabezpieczający odpływ wydzieliny zatoki czołowej przez nos. Oddzielony płat na grzbiecie nosa można bezpiecznie w krótkim czasie przyszyć z powrotem. Sposób ten ma tę wyższość nad poprzednimi, że przedzie prowadzi do wygojenia i nie pozostawia szpecących znaków na czole.

(*Beilage zum Centr. f. Chir. 1898. Nr. 26*).

E. L.

Wiadomości bieżące.

— Kongres chirurgów francuskich odbędzie się w Paryżu od 17—22 października r. b.. Główniejsze tematy: nefrotomia [referenci: GUYON i ALBARRAN], chirurgiczne leczenie wola [ref. REVERDIN].

— Na kongresie międzynarodowym w Paryżu w r. 1900 utworzoną ma być oddzielna sekcja urologii pod przewodnictwem GUYON'a.

Zmarli: D-r JASIEWICZ, w Paryżu; J. CROCC, prof. chirurgii, w Paryżu; WIENER, prof. akuszeryi we Wrocławiu; WALLACE, prof. akuszeryi i ginekologii w Liwerpolu; K. SZAWIAŃSKI, zasłużony profesor Akademii w Petersburgu; S. KOSTIURYN, profesor farmakologii w tejże Akademii.

— **Prace oryginalne w czasopismach lekarskich polskich.** *Przegląd Lekarski* № 40. WICHERLEWICZ, Z doświadczeń własnych nad leczeniem operacyjnem odwinięcia powieki dolnej (*extropion*). H. DIKA, W sprawie leczenia wrzodów podudzia. J. WIOZKOWSKI, O rokowaniu w nerkowych chorobach zapalnych. [C. d.]. A. WRÓBLEWSKI, Badanie mleka i masła. — *Medycyna* № 41. H. ODERFELD, O operacyjnem leczeniu wypadnięcia prostaty za pomocą „*colopezis*“. K. KRAKÓW, Kilka słów w sprawie zszyciwania krocza położnicy, pękniętego przy porodzie, oraz opis modyfikacji kleszczy porodowych.

DO PP. PRENUMERATORÓW.

Upraszamy o wczesne nadsyłanie przedpłaty za 4-ty kwartał r. b.; tych zaś Pp. Prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą, upraszamy o rychłe uregulowanie rachunków.

Do dzisiejszego N-ru Gaz. Lek. dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów prospekt na nowy miesięcznik p. t. „Światło“.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою Варшава 1 Октября 1898. Druk Kowalewskiego. Warszawa, Mazowiecka 8