

GAZETA LEKARSKA.

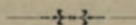
I. KILKA SŁÓW

W KWESTYI ETYJOLOGII, PROFILAKTYKI I LECZENIA CHOLERY.

[Odczyt, miany na posiedzeniu nadzwyczajnem Tow. Lek. Warsz. d. 10. I. 1893 r.]

Podał

Prof. D-r Marceli Nencki.



Szanowni Panowie!

W samych początkach pojawienia się cholery w roku zeszłym nad morzem Kaspijskiem, z inicjatywy Kuratora Instytutu Medycyny Doświadczałnej w Petersburgu, J. W. X. Oldenburskiego utworzone zostały dwa t. zw. czasowe choleryczne oddziały Instytutu w Baku i Astrachaniu. W celu przeprowadzenia badań bakteryjologicznych i wypróbowania nowych środków leczniczych przy choleryze Instytut wysłał 4-ch lekarzy, pracujących w moim laboratorium, a mianowicie D-rów: SZUBENKO i BLACHSTEIN'a do Baku, zaś HAHN'a i CUMFTA do Astrachania. Z drugiej zaś strony zadaniem Instytutu było wykształcenie możliwie znacznej liczby dezynfektorów i obznajmienie ich z naukowemi badaniami, dotyczącemi cholery. Nie potrzebuję tutaj chyba nadmieniać, jaki stosunek obie ekspedycje miały z Instytutem; celem mojego wykładu jest zapoznanie Sz. Panów z wynikami naszych usiłowań.

Najpierw stwierdzić mi wypada fakt, iż odkryty przez KOCH'a lasecznik przecinkowy (*Comma-bacillus*) jest głównym sprawcą objawów choroby, znanej pod nazwą cholery. W wypróżnieniach cholerycznych wykrywa się go tak często, w takiej ilości, iż zdaje, się jakoby tylko ten jeden pasorzyt tam się znajdował; często jednak liczebnie inne mikroby w wypróżnieniach przeważają, a w polu mikroskopowem obecność kilku, czasem w wielu preparatach jednego tylko przecinkowca stwierdzić się udaje. KOCH w swej pracy pojawieniu się tych innych mikrobow żadnego nie przypisywał znaczenia. Wiadomo, iż słabą stroną teorii KOCH'a jest fakt, że czyste hodowle spiryllów cholerycznych u zwierząt same przez się cholery nie wywołują. W celu wywołania objawów chorobowych przez wprowadzenie *per os* laseczników przecinkowych potrzeba było zastosować bardzo skomplikowane metody, jakoto: zobojętnianie kwasu żołądkowego sodą, wstrzykiwanie morfiny, wstrzymanie dopływu żółci i t. p., a jednak mimo tych

zabiegów zwierzęta pozostawały przy życiu, zdrowymi. Znane są z drugiej strony badania CH. BOUCHARD'a, który udowodnił, że małe ilości wypróżnień cholerycznych, wstrzyknięte podskórnie, zabijają zwierzęta, gdy tymczasem czyste hodowle spiryllów, z tychże wypróżnień wyosobnione, działania tego nie okazują. Otóż, D-r BLACHSTEIN potwierdził w Baku doświadczenia BOUCHARD'a i o tyle je dopełnił, że wydzielił z wypróżnień cholerycznych kilka innych bakteryj, które nazwą *bac. caspicus* α , β i γ oznaczył. Żaden z tych mikrobow, podobnie jak i czyste hodowle spiryllów cholerycznych, zadany podskórnie, u zwierząt [myszy, świnek morskich, królików, gołębi] ani śmierci, ani objawów chorobowych nie wywoływał; jeżeli natomiast zmieszać 1—2 dniowe buljonowe hodowle jednego z tych 3-ch mikrobow z czystą hodowlą spiryllów cholerycznych, natenczas mieszanina taka, podskórnie wprowadzona, zabijała też same zwierzęta po upływie 1—3 dni. Po powrocie do Petersburga, D-r BLACHSTEIN wspólnie z D-rem CUMFTEM wykryli też same mikroby w wypróżnieniach cholerycznych w Petersburgu i przekonali się następnie, że nie tylko t. zw. *b. caspicus* α , β i γ , lecz również i inne pasorzyty, np. 2 z wody wodociągów petersburskich wyosobnione mikroby, oraz lasecznik, wydzielony z wypróżnień krowich, cechami swemi najbardziej *bacterium coli commune* odpowiadający, zmieszane z hodowlą spiryllów cholerycznych, na zwierzęta zabójcze okazują działanie. Zdaniem mojem, wyżej wspomniane fakty przemawiają za tem, że znajdujące się w kiszkiach obok spiryllów cholerycznych inne mikroby mają tam wspólnie z przecinkowcami pewne chorobotwórcze znaczenie. Nie mógłbym jeszcze obecnie napewno twierdzić, że dla wywołania cholery są one [obok laseczników przecinkowych] nieodzownymi koniecznymi, lecz fakt ten jest bardzo prawdopodobnym, za czem zresztą przemawia kilka doświadczeń, na ludziach dokonanych. Już dawniej pewien lekarz w Berlinie podczas kursów przypadkowo spożył hodowlę cholery, a następstwem tej nieostrożności była silna biegunka i obecność w jego wypróżnieniach spiryllów cholerycznych. Znanemi nam wszystkim są ostatnie doświadczenia PETTENKOFFER'a i EMMERICH'a. Nietylko ja, lecz prawdopodobnie każdy, trzeźwo na te badania się zapatrujący znajdzie w nich, wbrew twierdzeniu PETTENKOFFER'a, potwierdzenie faktu, że spirylle KOCH'a u ludzi cholery wywołują. Żaden z tych trzech przypadków śmiercią się nie zakończył, być może dlatego, że wszyscy trzej badacze czyste hodowle cholery spożywali, a w kiszkiach ich nie było tych mikrobow, które w doświadczeniach BLACHSTEIN'a zwierzęta zabijały. O ile inne mikroby w działaniu spiryllem KOCH'a w kiszkiach dopomagają, jakie to są pasorzyty, jakie produkty [toksalbumozy i t. p.] przytem powstają: rozstrzygnięcie wszystkich tych zagadnień będzie stanowić zadanie dalszych naszych badań; a mam nadzieję, że kwestyje te do wyjaśnienia etjologii cholery nie mało się przyczynią. Sam przebieg cholery mimo całego jej typowego charakteru jest różnorodnym i według mojego zdania wiele czynników wpływ na niego wywiera.

Przy tej okazji zwrócę uwagę Sz. Panów na pracę D-ra REKOWSKIEGO, umieszczoną w IV zeszytce Archiwu, przez Instytut wydawanego. D-r REKOWSK bywał obecnym przy sekcjach cholerycznych, o ile możności, jak najprędzej po śmierci dokonywanych, i tak z kiszki, jak z żółci, wątroby i innych narządów

przeprowadzał szczepienia, aby się przekonać, czy i o ile bakteryje do tkanek przy choleryze przenikają. Otóż, przy tych poszukiwaniach REKOWSKI znalazł *nephritis chronica interstitialis* w 90%, *cirrhosis hepatis* w 40%, *dilatatio ventriculi* w 70% trupów cholerycznych.

Cholera jest chorobą nawiedzającą przeważnie ludność biedną, źle odżywaną i w nieczystości żyjącą. Czy tylko zaburzenia w przewodzie pokarmowym i całym ustroju, czy też nagromadzenie większej ilości gatunków bakteryjalnych, które w rozwoju i działalności spiryllom KOCN'A dopomagają, usposabiają do zakażenia zarazkiem cholery, pytania te mogą być rozstrzygniętymi przez dalsze poszukiwania bakteriologiczne zawartości kiszek. Co do mnie, to jestem przekonany, że obok spiryllów KOCN'A inne znajdujące się w kiszkał mikroby w powstawaniu cholery ważną odgrywają rolę.

W celach profilaktycznych wykształcił Instytut w krótkim czasie [6-ciu tygodni, w kursach 4-dniowych po 3 godziny dziennie] przeszło 500 dezynfektorów, którzy w czasie epidemii wielką oddali przysługę. Jednocześnie D-r DZIERZGOWSKI przeprowadzał badania w Instytucie nad otrzymaniem wody wyjałowionej, a wyniki tych poszukiwań wkrótce w Gazecie Lekarskiej ogłoszone zostaną. Nadmienię przeto tylko, że świeżo wprowadzone w użycie filtry BERKENFELD'A z ziemi okrzemkowej t. zw. „*Kieselburgfilter*” zasługują w domowym użyciu na powszechne rozpowszechnienie. Filtry te nie przepuszczają najdrobniejszych mikrobów, np. posocznicy myszy (*Mäusesepikämie*), a mają tę wyższość nad filtrami CHAMBERLAND'A, że w równym czasie daleko więcej wody przepuszczają. W Berlinie filtr taki wystarcza nawet w większych gospodarstwach i kosztuje 30 marek, w Petersburgu 30 rubli.

W kwestyi leczenia cholery zaznaczyć winienem, że w 1-szym okresie przy tak zwanej bieguncie cholerycznej salol [jak i inne estery kwasu salicylowego w dawkach 3—4 grm. dziennie] wielką oddał przysługę. Powołuję się tutaj na pracę D-ra HAUN'A z Astrachania i D-ra WOLKOWICZA z Niżniego-Nowgorodu; z drugiej strony, zdania przeciwne, jakoby salol żadnych w tych razach nie przynosił korzyści, tem tylko mogę sobie objaśnić, że salol tylko w początkowych okresach cholery może być skutecznym, przy intoksykacyi zaś całego ustroju w t. zw. okresie zamartwiczym (*st. algidum*) nawet od większych dawek salolu pomocy się spodziewać nie można. Lepsze niż od salolu wyniki otrzymał D-r SZUBENKO w Baku przy stosowaniu 2-ch nowych obecnie przez fabrykę D-ra v. HEIDEN'A w Radebeul pod Dreznem produkowanych połączeń fenolowych z bizmutem. D-r SZUBENKO stosował głównie β -naftol-bizmut w dawkach dziennych od 2—3 grm. z wybornym skutkiem przeciw bieguncie. Być może, że dawkę tę można będzie nawet przekroczyć. D-r JASIŃSKI przekonał się doświadczalnie na zwierzętach, że psom średniej wielkości można podawać przez 2 miesiące fenol-bizmut w dawkach dziennych od 5—6 grm. bez najmniejszej szkody dla ustroju. Mniej więcej $\frac{1}{1000}$ część wprowadzonego w ten sposób bizmutu wydziela się przez nerki, reszta — z kałem, podczas gdy cała ilość fenolu również przez nerki wydzieloną zostaje. Wątpię, aby temi małemi ilościami bizmutu w naftol-bizmucie lub fenol-bizmucie objaśnić było można anty-

septyczne własności tych przetworów. Być może, że te sole bizmutowe tworzą z toksalbumozami lub ptomainami nierozpuszczalne i dlatego nierozorbujące się związki. Roztwór jodku bizmutu w jodku potasu znanym jest przecież odczynnikiem na alkaloidy i rozmaite postacie białka, które tworzą związki nierozpuszczalne.

W każdym razie gdyby cholera na wiosnę miała się pojawić, należałoby według mego zdania doświadczenia D-ra SZUBENKO z β -naftol-, fenol-, lub kreosol-bizmutem w większych rozmiarach powtórzyć.

Wkrótce po zjawieniu się cholery w Rosyi okazał się brak środków antyseptycznych nawet w większych miastach. Ta okoliczność, że dziegieć zawiera w swym składzie znaczną ilość głównie kreosolu i gwajakolu, a z drugiej strony że produkt ten dobrze jest ludowi ruskiemu znanym i jemu przystępnym, skłoniła mnie do przeprowadzenia tak chemicznych jak i bakteryjologicznych nad nim poszukiwań. Wyniki tej mozolnej, jeszcze nieukończonej pracy, którą później mam zamiar w całości ogłosić, dadzą się wyrazić w sposób następujący. Dziegieć sosnowy zawiera fenole, wrzące przy $+ 190 - 230^{\circ} \text{C.}$, głównie gwajakol, metylgwajakol, dwumetylgwajakol i propylgwajakol. Działanie jego antyseptyczne jest mniej więcej 6 razy silniejszym, niż działanie dziegciu brzożowego, którego fenole składają się również głównie z gwajakolu, metylgwajakolu małej ilości ksyleneolu [dwumetylfenolu] i krezolu obok dwumetylpyrogallolu i propylpyrogallolu. Dziegieć sosnowy ma jeszcze tę wielką zaletę, że jest 10 razy tańszym od brzożowego. Z początku robiliśmy emulsyję dziegciu z ługiem potasowym lub sodą, przyczem kwas octowy, znajdujący się w dziegciu, sprzyjał obok zasady do częściowego rozpuszczania się gwajakolów; następnie praktyczniejsem okazało się mieszanie dziegciu z wodą ciepłą w stosunku 1:10 i silne w ciągu kilku minut klucenie tej mieszaniny. Wodna ta emulsyja zaraz użyta zabija spirylle choleryczne w ciągu kilku minut, inne zaś bakteryje, np. *streptococcus pyogenes*, *staphylococcus aureus* w ciągu $\frac{1}{2}$ godziny. Taki środek antyseptyczny, łatwo dający się przygotować, zasługuje, zdaniem mojem, na najogólniejsze zastosowanie i śmiało konkurować może z t. zw. *acidum carbolicum crudum*, które tylko kilka procentów fenolu zazwyczaj zawiera. Naturalnie o wiele odpowiedniej, byłoby z tego frankcyjonowanego destylatu dziegciu, który wrze między $180 - 240^{\circ}$, wydzielić znajdujące się w nim gwajakole i tylko tę część, która w alkaliach się rozpuszcza, a w działaniu antyseptycznem czystemu odpowiada fenolowi, do antyseptyki używać. Jest to zadanie łatwe dla przemysłu chemicznego, zadanie, któreby najlepiej wykształceni według mego projektu farmaceutyci podjąć mogli. Oby tak wykształceni farmaceutyci jak najprędzej się pojawili, *resp.* projektowana przezemnie reforma wykształcenia aptekarskiego w życie weszła!

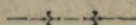
II. O MOCZOPĘDNEM DZIAŁANIU DYJURETYNY.

(*Theobrominum natrio-salicylicum* = *Diuretinum*).

Napisał

Dr Med. J. Pawiński,

ordynator szpitala Ś-go Ducha w Warszawie.



[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 1].

Spostrzeżenie 2. *Stenosis ostii vanosi sinistri et insuffic. v. mitralis. Arrhythmia. Oedema extremitatum.*

S. E., szwaczka, zamężna, lat 34, skarży się na bicie serca, kaszel. Obrzęk kończyn dolnych występuje, według słów chorej, od kilku miesięcy; w ostatnich zaś dniach zauważyła, że i objętość brzucha powiększyła się. Odbyła 3 porody, ostatni przed 1½ rokiem i od tego czasu, pomimo iż od 5 miesięcy przestała karmić dziecko, miesiączka nie wystąpiła. Pierwszy peryod zjawił się w 16 roku życia, a w następnych latach ani pod względem czasu występowania, ani ilości wydzielanej krwi, zaburzeń żadnych nie przedstawiał.

Budowa i odżywianie średnie. Stan bezgorączkowy. Oddech 36—40 na minutę. Tętno słabe, niemiernarowe, uderza około 130—140 razy na minutę. [Fig. 8]. Kończyny dolne, a mianowicie

Fig. 8.

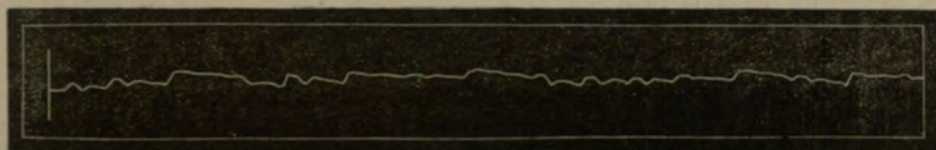


Fig. 8. Tętno przed użyciem dyjuretyny.

stopy i nogi w stanie umiarkowanego obrzęku. Palce rąk i nóg przedstawiają sinawe zabarwienie. Żyły szyjowe, głównie z prawej strony, mocno rozszerzone.

W dolnych częściach płuc, zwłaszcza z prawej strony z tyłu, słychać trzeszczenia, tamże drżenie klatki piersiowej słabsze, aniżeli po stronie lewej. U wierzchołków płuc oddech pęcherzykowy zaostrozony, uderzenie wierzchołkowe dość silne, znajduje się w VI międzyżebrow, w odległości 3—4 ctm. na lewo od *l. m. s.* W dołku podsercowym ruchy serca badzo wydatne.

Tępość serca powiększona głównie w wymiarze poprzecznym: prawa granica znajduje się przy prawym brzegu mostka, lewa — na 2 palce od *l. m. s.*, górna odpowiada górnemu brzegowi V-ego żebra.

W okolicy wierzchołka czuć doskonale pomruk koci, tamże słychać przeciągły szmer przedskurczowy, którego natężenie w kierunku na prawo i ku górze słabnie. 2-gi ton tętnicy płucnej wzmożony. W dolnej części mostka na wysokości V-ego żebra słychać szmer skurczowy.

Brzuch duży, na wysokości pępka objętość jego wynosi 93 ctm.. Wątroba powiększona, twarda, wystaje na szerokość 3 palców z pod prawego podżebrza na linii środkowej, dolny jej brzeg znajduje się na 2 palce nad pępkiem. Śledziona nieco powiększona, górny jej brzeg znajduje się na VIII-em żebrze.

Przypadek powyższy, jakkolwiek pod względem istoty cierpienia zbliżony do poprzedniego, przedstawiał jednak w porównaniu z nim dalej posunięte zaburzenia w krwiobiegu. Obok znacznego rozszerzenia serca w wymiarze poprzecznym i przekrwienia biernego wątroby, mieliśmy dość duży obrzęk kończyn dolnych, a nawet przesięk w jamie brzusznej.

Niemiarowość serca i tętna wysokiego osiągała stopnia, a przytem istniała niezgodność pomiędzy częstością skurczów serca a tętna. W czasie pierwszego pobytu w szpitalu, już po wyżyciu naparu ze skrupułu naparstnicy tętno z 130 spadło do 60, a jednocześnie pod względem częstości odpowiadało skurczom serca, pod wpływem zaś dalszego użycia naparstnicy rytm serca i tętna stał się jeszcze rzadszym [48 na minutę], a przytem zupełnie miarowym, odpowiednio do tego wydzielanie moczu stało się obfitszem i dochodziło z początku do 2000 ctm. sześć., poczem powoli zmniejszało się. Po odstawieniu leku dobową ilość moczu wynosiła około 1500 ctm. sześć.. Jednocześnie ustępowały i inne objawy utraty równoważenia, jak: duszność, rozszerzenie serca, powiększenie wątroby i obrzmienie kończyn dolnych. Wskutek tego chora wypisała się z oddziału. Po kilku tygodniach powróciła znowu do szpitala z silną dusznością, biciem serca, a badanie fizykalne wykazało: powiększenie poprzecznego wymiaru serca głównie w kierunku na prawo, arytmiję i obrzęk kończyn dolnych i brzucha. Mocz wydelał się w ilości 450—500 ctm. sześć. na dobę, odczynu kwaśnego z zawartością 0,1% białka i z obfitym osadem moczanów.

W celu zwiększenia dyjurezy zapisaliśmy chorej *Theobrom. natrio salicyl.* w proszku w dawkach 1 gramowych, z początku 3, następnie 4—5 dziennie. Ilość moczu pod wpływem tego środka powiększyła się znacznie, a 4-ego dnia dosięgła nawet cyfry 3000 ctm. sześć., przy dalszem użyciu leku zmniejszyła się do 2000—1400 ctm. sześć.. Jednocześnie brzuch mniejsze przyjmował rozmiary, wskutek znikania przesięku i zmniejszania się zastojów wątroby.

Fig. 9.

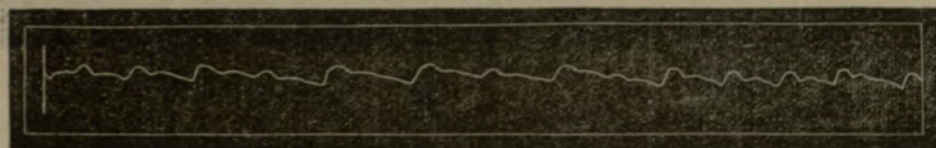


Fig. 9. Tętno po 2-eh dniach użycia dyjuretyny.

Fig. 10.

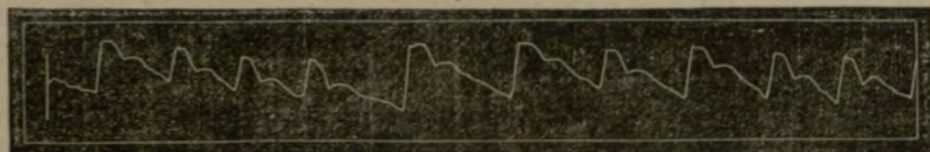


Fig. 10. Tętno po 3-eh dniach użycia dyjuretyny.

Jakie działanie wywierała dyjuretyna na czynność serca *resp.* tętna, najlepiej wykazują rysunki sfigmograficzne [fig. 9. 10.]. Porównywając je z obrazem tętna [fig. 8], zebrany przed zastosowaniem leku, widzimy, iż nietylko od-

dzielne fale stały się większymi, czego dowodem powiększenie się linii wstępującej tętna, lecz i rytm skurczów serca zbliża się więcej do miarowego, tętna zjawiają się w równiejszych odstępach czasu, a przynajmniej występują całe szeregi fal podobnych do siebie, czego na fig. 8 zauważyć niepodobna. Z zupełnej arytmii wytworzył się pewien rodzaj allorytmii.

Z powodu wystąpienia silnego bólu głowy zmuszeni byliśmy dalszego użycia dyjuretyny zaprzestać, do czego skłaniała nas także znaczna poprawa w ogólnym stanie chorej i w narządzie krwiobiegu.

Po upływie 3-ch dni tętno stało się znowu niemiarowem w znacznym stopniu, wystąpiła silna duszność, bezsenność, tak, że należało znowu chwycić się leków nasercowych. Wybraliśmy tym razem naparstnicę. Już po użyciu 1 flaszki naparu [ze Əj] nietylko że nastąpiło znaczne zwolnienie tętna do 60 na minutę, lecz, co ważniejsza, częstość skurczów serca odpowiadała częstości tętna. Rysunek sfigmograficzny [fig. 12], otrzymany po wyżyciu 1 porcyi naparstnicy, wykazuje, jak znaczna zaszła zmiana w czynności serca [porównaj z fig. 11]: tętno nie jest wprawdzie jeszcze miarowe, lecz fale są znacznie wię-

Fig. 11.

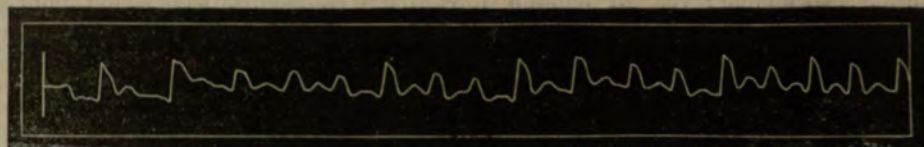


Fig. 11. Tętno przed użyciem naparstnicy.

Fig. 12.



Fig. 12. Tętno po użyciu naparu *Digitalis* (ex gran. xx— $\frac{3}{5}$ vj).

ksze, siła popędowa serca wzmogła się, czego dowodem są stromo wznoszące się anakrotы fal.

Pod wpływem dalszego użycia naparstnicy działanie na przyrząd hamujący serca stało się jeszcze widoczniejszym. Fig. 13 i 14 wskazują, że rytm serca nazwać można prawie już miarowym, a oddzielne tętna pod względem siły stanowią wyraźny kontrast z tętnami, rzec można zarodkowemi, utrzymanemi przed zastosowaniem naparstnicy.

Znaczną także wyższość przyznamy tej ostatniej nad dyjuretyną w regulacji rytmu, skoro porównamy obrazy tętna, otrzymane w czasie stosowania jednego i drugiego leku.

Dyjureza była nieco obfitszą podczas użycia teobrominy, aniżeli naparstnicy; utrzymywała się jednak dłużej po odstawieniu pierwszej, aniżeli drugiej. W czasie pierwszego pobytu chorej w szpitalu, po odstawieniu naparstnicy,

wpływ jej moczopędny widocznym był jeszcze w przeciągu 7 dni, jak również wpływ jej regulacyjny na rytm serca, gdy tymczasem 4-go dnia [podczas następnego pobytu w szpitalu], po odstawieniu dyjuretyny, zmuszeni byliśmy znowu uciec się do naparstnicy.

Fig. 13.



Fig. 13. Tętno po kilkodniowym użyciu naparstnicy.

Fig. 14.

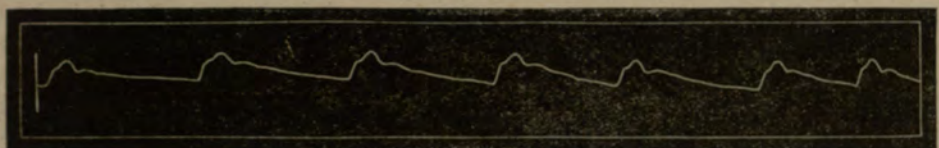


Fig. 14. Tętno po odstawieniu naparstnicy.

Zaznaczyć tu winniśmy, że głównym powodem zastąpienia dyjuretyny naparstnicą była duszność, która też wkrótce, jeszcze przed wystąpieniem wpływu na nerw błędny, zaczęła ustępować.

Spostrzeżenie 3. *Insufficiëntia valvulae mitralis. Ascites.*

A. G., żona urzędnika, lat 30 licząca, przybyła do szpitala Ś-go Ducha d. 4 Kwietnia 1891 r. z powodu opuchliny brzucha i kończyn dolnych.

Chora opowiada, iż zapada na zdrowiu od roku. Od kilku miesięcy brzuch zaczął się powiększać, czemu silne bicie serca towarzyszyło, a było tak dokuczliwe, że nieraz chorą do zemdlenia doprowadzało. Zalecono jej mleczną kuracyję, po której stan jej nieco się poprawił; na jesieni jednak wystąpiło znowu pogorszenie: opuchlina brzucha zwiększała się stopniowo, a duszność i bicie serca mocno jej dokuczały. Kończyny dolne znajdowały się w stanie umiarkowanego obrzęku. W końcu Grudnia 1890 r., skoro objętość brzucha doszła już znacznych rozmiarów, wypuszczono około 8—10 litrów przezroczystego płynu, poczem chora znacznej doznała ulgi. Wkrótce jednak dawny stan powrócił, wskutek czego postanowiła szukać pomocy w szpitalu.

Dodać jeszcze należy, iż chora odbyła 2 porody, ostatni przed 3 laty. Miesiączkowanie zjawia się w nierównych 4—6-tygodniowych odstępach czasu, ostatnie miało miejsce przed 4-ma tygodniami.

Stan obecny. Budowa i odżywianie mierne. Wygląd bezkrwisty z lekko żółtawym odcieniem. Stan bezgorączkowy. Tętno 80 słabe, miarowe.

Obrzęk kończyn dolnych nieznaczny, natomiast brzuch znacznych rozmiarów, posiada 93 cm. w największym wymiarze. W jamie otrzewnej znaczna ilość płynu. W dolnych częściach obu płuc, z tyłu klatki piersiowej, stłumienie odgłosu opukowego na przestrzeni 3 palców, tamże oddech osłabiony—w pozostałych częściach płuc oddech pęcherzykowy, u wierzchołków zaś zwłaszcza w prawym oddech zaostrozony. Z przodu klatki piersiowej granice płuc od strony wątroby i serca nieco podniesione, wskutek wyższego ustawienia się przepony (*ascites*).

Uderzenie wierzchołkowe, silne znajduje się w IV międzyżebżu. Prawa granica przechodzi za prawy brzeg mostka; górna odpowiada górnemu brzegowi IV żebra, lewa zaś znajduje się w linii sutkowej lewej.

U wierzchołka serca słyhać wyraźny i przeciągły szmer skurezowy. U podstawy tony czyste, drugi ton tętnicy płucnej wzmózony.

Górna granica śledziony znajduje się na VIII żebrze. Wątroby wyczuć niepodobna z powodu silnego napięcia ścianek brzusznych. Stolec ojeszałe. Mocz wydzielą się w bardzo małej ilości około 400 ctm. sześć. na dobę, odczyn posiada kwaśny, białka, ani cukru nie zawiera. W osadzie znalezione tylko kwas moczowy, nieco szczawianu wapnia i moczan amonu.

Skoro po zastosowaniu 3 flaszek naparu naparstnicy (*Inf. herb. Digitalis ex gr. xv p^{ti} 3vj*) poprawy żadnej nie otrzymaliśmy, a duszność i niepokoje serca wzmagały się, zmuszeni byliśmy przystąpić do wypuszczenia płynu z jamy otrzewnej [w ilości 10000 ctm. sześć.]. W ciągu następnych kilku dni stan chorej był znacznie lepszym, w miarę jednak gromadzenia się na nowo płynu w brzuchu występowały dawne przykre objawy.

Wtedy przeszliśmy do kofeiny, którą w postaci *Coffein. natro-benzoici* w ilości 15—25 gran *pro die*, w ciągu 8 dni podawaliśmy. Rezultat był jednak nieznaczny. Dobowa ilość moczu zwiększyła się nieco do 800 ctm. sześć., czynność serca wzmogła się, tętno stało się trochę pełniejszym, więcej napiętem, puchlina brzucha jednak nie ustępowała. Wobec tego należało dalszego użycia kofeiny zaprzestać, zwłaszcza że wystąpiły objawy silnego pobudzenia w układzie nerwowym, połączone z bezsennością. Skoro i dyjeta sucha, którą chora ściśle w ciągu dwóch tygodni zachowywała, żadnego wpływu na wessanie płynu, ani na zwiększenie dyjurezy nie wywarła, trzeba było znowu uciec się do opróżnień jamy brzusznej za pomocą przeklucia. Wypuszczono wtedy 13000 ctm. sz. przezroczystego, surowiczego płynu, poczem można było wyczuć małą, twardą wątrobę. Po kilku dniach chora, czując się lepiej, wypisała się ze szpitala. Zniechęcony do środków nasercowych, zaleciłem jej użycie arseniku i żelaza [woda Levico] i wina chinowego.

Na początku Lipca widziałem chorą. Ogólny stan nieco się polepszył, jednak puchlina brzucha dość znaczna, serce podniesiona ku górze, obrzęk kończyn dolnych umiarkowany, mocz w małej ilości. Wyczerpawszy wszystkie możliwe *ca'd'aca* i *diuretica*, postanowiłem jeszcze spróbować dyjuretyny, zaleciłem ją chorej w dawkach jednogramowych w wodnym roztworze, mało jednak pokładając nadziei w jej skuteczności — wobec uporczywości cierpienia. Tymczasem jakież było moje zdziwienie, skoro po kilku tygodniach ujrzałem pacjentkę zmienioną na lepsze, do niepoznania. Przedewszystkiem *ascites* znikło zupełnie, obrzęku kończyn dolnych ani śladu, ogólne odżywianie znakomicie lepsze, poprzeczny wymiar serca mniejszy. Chora oddecha swobodnie, wchodzi na schody, bez zmęczenia. Szmer skurezowy słyszalny u wierzchołka serca zmianie żadnej nie uległ. Wątroby niepodobna było wymacać. W ciągu tygodnia chora wyżyła 26 gramów dyjuretyny. Z początku wydzielala dziennie 1½—2 litrów moczu, w następnych wszakże dniach dyjureza była jeszcze obfitszą i dochodziła do 6—8 litrów, czemu szybkie spadanie brzucha towarzyszyło.

Dodać także winniśmy, że w czasie ustępowania opuchliny brzucha, a mianowicie 5 dnia użycia dyjuretyny, zjawila się miesiączka, której w ciągu 5 miesięcy nie było.

Przed niedawnym czasem, a więc po upływie prawie roku widziałem znowu chorą. Czuje się znakomicie, puchliny brzucha, ani kończyny dolnych ani śladu. Łaknienie dobre. Trawienie doskonałe. Duszności, ani bicia serca chora nie doznaje. Mocz wydziela się w ilości dostatecznej — białka, ani cylindrów nerkowych nie zawiera. Działalność serca miarowa. Szmer skurczowy u wierzchołka istnieje. Prawa granica tępości serca przy lewym brzegu mostka. Miesiącza zjawia się w 4-tygodniowych odstępach czasu.

Spostrzeżenie 4. *Insufficiencia v. v. aortae. Endoaortitis chronica. Dyscompensatio. Angina pectoris.*

K. J., urzędnik, lat 42 letzący, zgłosił się do mnie w połowie Lutego 1892 r., uskarżając się na łatwe męczenie się przy chodzeniu i napady duszności, które w ostatnich tygodniach wystąpiły. Chory już od roku czuje się niedobrze, do ostatnich jednak czasów biurową swą służbę załatwiał. Przed kilku laty często zapadał na gościec, głównie mięśniowy, który jednak przebiegał zwykle bez gorączki. Syfilisu nie przebywał.

Badanie obiektywne wykazało: budowa i odżywianie średnie. Tętno 100, mocno napięte, szybko, nieco skaczące, dość duże.

Umiarkowana rozedma płuc. Uderzenie serca wierzchołkowe silne, unoszące palec, znajduje się w VI międzyżebrow na $2\frac{1}{2}$ —3 ctm. na lewo od linii sutkowej lewej. Tępość serca powiększona w wymiarze poprzecznym, głównie w kierunku na lewo: prawa granica przechodzi nieco za lewy brzeg mostka, lewa zaś znajduje się w bliskości linii pachowej przedniej. Na całym przebiegu mostka słychać głośny, przeciągły szmer skurczowy i szmer rozkureczowy, który jest jednak słabszym od pierwszego. U wierzchołka serca występują te same szmery, szmer rozkureczowy jest tu wydatniejszym niż u podstawy serca. W każdym razie jest on tylko przeniesionym, gdyż miejsce powstawania tegoż należy odnieść do zastawek półksiężycowych.

Tętnnice szyjowe mocno pulsują. Wątroba powiększona, dość twarda, wystaje znacznie z pod prawego podżebrza, a brzegiem swym dolnym dochodzi do linii pępkowej.

Mocz zawiera białko w ilości 0,2%, odczyn posiada kwaśny. Ciężar właściwy 1024. Dobowa ilość moczu wynosi około 800 ctm. sześć. Waleczków nerkowych w osadzie nie znaleziono.

Po zastosowaniu mlecznej diety stan chorego poprawił się nieco: duszność zmniejszyła się, a sen stał się spokojniejszym. Poprawa trwała jednak krótko, wystąpiły znowu napady duszności z obrzękiem płuc, do czego się jeszcze niezmiernie uporczywa *angina pectoris* przyłączyła. Chory kilka razy dziennie, a niekiedy w nocy doznawał bardzo silnego bólu w górnej części mostka i z obu stron szyi, w okolicy przebiegu mięśnia mostko-obojęczyko-sutkowego. Ból ten rozpromieniał się i na obie kończyny górne, przyczem chory czuł jakieś gniesienie w okolicy serca i niepokój, jakby życie kończył. Tępość serca większe przyjęła rozmiary: prawa granica dochodziła do prawego brzegu mostka. W dolnej i tylnej części klatki piersiowej wystąpiły objawy właściwe przesiętkowi. Jednocześnie na kończynach dolnych zjawił się obrzęk. Ogromna wątroba wskazywała na znaczny zastój w żyłach głównej dolnej.

W celu usunięcia powyższych zaburzeń, powstałych wskutek niedostatecznej czynności serca, zmuszeni byliśmy uciec się do próbowania kilku leków, których działanie najlepiej następująca tablica wyjaśni. Rozpoczęliśmy od narpstnicy.

Data.	Częstość skurczów serca.	Częstość tętna.	Dobowa ilość moczu w ctm. sześciennych.	Cieężar właściwy.	Wypróżnienia.	Leczenie.	U W A G I.
1. III.	106	160	850	1025	1	<i>Inf. Digit. ex grn. xx pti</i> $\frac{3}{4}$ vj. S. Co 2 godz. łyżkę stołową. <i>Inf. Digit. ex grn. xv pti</i> $\frac{3}{4}$ vj. S. Co 2 godziny łyżkę stol.	—
2	104	160	800	1025	2		Poprawa nieznaczna.
3	100	165	900	1024	1		—
4	100	175	850	1026	1		—
5	96	185	950	1023	—		—
6	72	190	1000	1021	2		—
7	94	180	1100	1021	1		—
8	100	175	850	1024	—		Bez lekarstwa.
9	106	170	750	1024	—		—
10	104	165	800	1026	1	3×3 grn. <i>Coff. natrio-benz.</i>	—
11	100	170	850	1024	2	3×3 " " "	—
12	96	175	950	1019	1	3×5 " " "	—
13	100	175	1000	1019	1	3×5 " " "	—
14	104	175	1100	1018	1	4×5 " " "	—
15	100	170	1200	1017	1	4×5 " " "	—
16	100	180	950	1018	2	5×5 " " "	—
17	96	180	750	1021	1	5×5 " " "	—
18	100	185	700	1024	1		—
19	96	175	700	1025	2	Bez lekarstwa.	—
20	94	160	800	1024	1		—
21	100	160	800	1022	1	3×1,0 grm. <i>diuretini.</i>	—
22	100	160	1750	1016	2	3×1,0 " "	—
23	96	165	2200	1014	3	3×1,0 " "	—
24	98	170	1000	1018	1	4×1,0 " "	—
25	100	170	1500	1013	1	4×1,0 " "	—
26	94	170	850	1020	2	3×1,0 " "	—
27	92	175	2000	1014	2	3×1,0 " "	—
28	100	165	2000	1013	3	3×1,0 " "	—
29	92	170	500	1024	1	3×1,0 " "	—
30	86	165	2500	1011	1	3×1,0 " "	—
31	84	170	2800	1009	1	3×1,0 " "	—
1. IV.	92	175	2500	1009	1	3×1,0 " "	—
2	100	170	1000	1016	2	4×1,0 " "	—
3	90	165	2250	1008	1		—
4	96	160	1500	1013	2	Bez lekarstwa.	—
5	100	150	1200	1016	1		—

Z powyższego okazuje się, że najwydatniejszy wpływ na wydzielanie moczu wywierała dyjuretyna. W pierwszym tygodniu działanie jej moczopędne nie było bardzo znaczne, a to głównie z tego powodu, iż po nakłuciach z kończyn dolnych sączyła się bardzo obficie wodnista ciecz i dopiero później, skoro wpływ ten ustał, dyjureza stała się bardzo obfitą, tak, że dobowa ilość moczu dochodziła do 2800 ctm. sześć.. Jednocześnie obrzęki znikły zupełnie, a przesiłek w jamie opłucnej prawej nieznaczny tylko zajmował przestrzeń. Serce wzmoгло się i zmniejszyło w wymiarze poprzecznym, a duszność i *angina pectoris* ustąpiły zupełnie, tak, iż chory mógł swobodnie pozostawać w pozycji poziomej przez całą noc w łóżku, a w ciągu dnia był w stanie przechadzać się po pokoju.

Dodać należy, iż białko z moczu znikło zupełnie. Dawki, jakie w tym przypadku zapisywaliśmy, były nieduże: chory przyjmował 3 lub 4 proszki dziennie 1-gramowe leku, ponieważ zaś zwiększały one dostatecznie wydzielanie się moczu, nie uważaliśmy więc za stosowne podawać leku w większej ilości.

Naparstnica, jak również kofeina zawiodły nas w oczekiwaniach, a choć dyjureza zwiększała się po nich, jednakże w nieznacznym stopniu, a przytem nawet subiektywnej ulgi nie byliśmy w stanie zauważyć.

Co do wpływu na ciśnienie krwi, to naparstnica i kofeina znacznie je zwiększały [ze 160—190 mm. Hg]. Zaznaczyć wypada, że i dyjuretyna nie była obojętną dla ciśnienia krwi, tylko że oddziaływanie tego leku było o wiele słabszem, niż wspomnianych powyżej środków. Przed zastosowaniem dyjuretyny ciśnienie krwi w tętnicy promieniowej wynosiło 160 mm. Hg., w czasie zaś przyjmowania tejże wynosiła średnio 170 mm. Hg. Dodać w końcu winniśmy, że chory dotychczas względnie cieszył się zdrowiem. [C. d. n.]

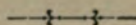
Z ODDZ. CHIRURG. D-RA W. H. KRAJEWSKIEGO W SZP. DZIECIĄTKA JEZUS W WARSZAWIE.

III. PRZYZYNEK DO KAZUISTYKI HERNIOLOGICZNEJ.

Podał

D-r Jan Świątecki,

asystent oddziału.



[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 1].

Laparotomia. Enterorraphia. [15. III]. Odseparowano kışkę od ściany brzusznej, przyczem otworzono znowu jamę otrzewnej i zaszyto otwór w kışce dwupiętrowym szwem knśnierskim. Przy okrwawianiu brzegów rany skórznej, zraniono inną pętlicę kışki cienkiej, zrośniętej bezpośrednio z obwodem rany; otwór nie przenosił 1 ctm., i został natychmiast zaszyty szwem CZERNY-LEMBERT'a. Ranę skórną ponad tem wszystkim zespolono szwem węzłowym.

16. III. Stan ogólny dobry, opatrunek nieprzemoczony, kał nie idzie.

17. III. Chory nad ranem schylił się po nocnik i w tej chwili poczuł, że rana pęka i ciepły kał polał się po brzuchu; podczas opatrunku sprawdziliśmy, że w środku rany istnieje szpara, dług. 1½ ctm., z której wylewa się płynny kał; natomiast szwy w kątach rany trzymają.

Aż do 5. IV. codzien, a do 18. V. co drugi lub 3-ci zmieniano choremu opatrunek; później zaś, kiedy już otwór w kışce zmniejszył się do tego stopnia, że pozostały tylko dwie małe przetoki, przepuszczające zgłębnik rowkowy, pozostawiono chorego bez opatrunku: zbierający się pod nim kał drażnił sąsiadującą z przetokami skórę, wywołując pryszczycę (*eczema*); bez opatrunku stan chorego był o wiele znośniejszym, aczkolwiek także bardzo przykrym. Póki jeszcze przetoki pod wpływem przyżęgań lapisem miały tendencyję do zwięzania się,

nadzieja, wyzdrowienia łagodziła cierpienia chorego — w końcu jednak i on i my straciliśmy cierpliwość.

D. 30. VI. Okrwawiliśmy brzegi brzegi skórne obu przetok, łącząc je w jedno, odseparowali kiszkę na nieznacznej przestrzeni i zaszyli przetokę dwoma piętrami szwów, nałożonemi oddzielnie na kiszkę i skórę (*sine chloroformio*). Daremna praca; przy pierwszym opatrunku, na 3-ci dzień po operacji, przekonano się, że szwy puściły i kał wydziela się po dawnemu. Po 3-ch tygodniach, gdy nadzieje, pokładane w okrwawieniu brzegów przetok, zawiodły, i rzecz stała się na dawnym stopniu [dwie oddzielne przetoki], i gdy już chory znicięripliwiony do ostateczności, błagał o jakikolwiek koniec, zdecydowano się na czwartą laparotomię.

Laparotomia. Consutio fistularum stercoralium [23. VII]. Na 2 ctm. ponad przetokami poprowadzono w ścianie brzusznej cięcie, 10 ctm. długie, równoległe do więzła POUPART'a. Po przecięciu wszystkich warstw ściany brzusznej i otwózeniu jamy otrzewnej, przekonano się, że do miejsca, odpowiadającego istniejącym w ścianie brzusznej przetokom, przylega cały konwolut kiszki. Przystąpiono do ostrożnego oddzielania pojedynczych pętlic od ściany brzusznej, co wskutek świeżości zrostów stosunkowo łatwo dało się uskutecznić. Powoli dotarto do pętlicy kiszki cienkiej, do której wchodziła sonda, wprowadzona przez jedną z przetok ¹⁾. Szczelnie zaciśkając tę kiszkę, odseparowano ją od ściany brzusznej, a istniejący w niej otwór zaszyto szwem dwupiętrowym. Druga przetoka, istniejąca w ścianie brzusznej, prowadziła do uprzednio zaszytego odbytu sztucznego; kiszka w tem miejscu także została od ściany brzusznej odseparowana, i otwór, jak i w poprzedniej, zaszyty. Wszystkie kiszki odprowadzono do brucha, przetoki w skórze okrwawiono i zaszyto, w końcu zaszyto także szwem węzłowym ranę operacyjną, zrobioną w ścianie brzusznej.

26—28. VII. Chory czuje się doskonale, stolec oddał prawidłowo.

29. VII. Przy opatrunku naokoło szwów skórnych zauważono ropienie ²⁾; usunięto szwy powierzchowne.

3. VIII. Szwy zdjęto zupełnie. W miejscach przechodzenia szwów głębokich przez ściany brzuszne potworzyły się ropnie, które poprzecinano. Przekiekania kału zauważyć się nie daje.

W przeciągu 3-ch tygodni jamki ropni wyziarninowały i zagoiły się zupełnie; w jednym tylko miejscu pozostał mały, otoczony ziarniną, nie przepuszczający jednak zgłębnika rowkowanego otwór, z którego wydziela się ropa w bardzo nieznacznej ilości [kilka kropel na opatrunku].

Stan taki trwał bez zmiany przez cały miesiąc, aż dopiero d. 24 Września z wyżej wspomnianego otworu pokazał się koniec jedwabnej nitki; przy pociąga-

¹⁾ Była to pętlica kiszki cienkiej, którą zraniono przypadkiem d. 15 Marca, t. j. przed czterema miesiącami.

²⁾ Przyczynę zropienia szwów tym przypadku upatrywać należy w stanie zapalnym skóry, wynikłym wskutek długotrwałego drażnienia jej kałem; antyseptyka nasza tym razem okazała się bezsilną mimo zgolenia naskórka, trudno było zgniebić zarazki, zagnieżdżone widocznie w głębszych warstwach skóry.

niu wyciągnięto jej nazewnątrz około 5 ctm.. Z obawy uszkodzenia kiszki, która prawdopodobnie nitką tą była zaszyta, całkowite wydobycie nitki, jako wymagające zbyt silnego pociągania, odłożono na później; jakoż w 3 dni potem [27. IX] wyciągnięto całą nitkę, długości około 10 ctm.

2-go Listopada nastąpiło zagojenie zupełne, a 14-go tegoż miesiąca chory opuścił szpital.

* * *

Jak widzimy, na kiszkach chorego w ciągu niespełna 10 miesięcy dokonano, siedmiu różnego rodzaju operacyj, z których cztery były połączone z otwarciem jamy brzusznej. Podobny przypadek nie często się przytrafia w praktyce nawet dużo operującego chirurga; nie to jednak skłoniło nas do jego ogłoszenia, a nawet i nie to, że dziwnym zbiegiem okoliczności ślepa kiszka i pęcherz — każde z osobna, rzadki gość worka przepuklinowego, znalazły się tu razem obok siebie; główną pobudką do niniejszego sprawozdania był unikat swego rodzaju — uwięźnięcie kiszki ślepej po lewej stronie ciała; zdawało się nam przytem, że warto było poświęcić słów kilka takim niespodziankom operacyjnym, jak mimowolne rozdarcie pęcherza oraz niemożność dokończenia herniotomii w tem miejscu, gdzie się ją zaczęło.

I. Chociaż bezwątpienia nie wszystkie przypadki przepuklin kiszki ślepej dochodzą do wiadomości ogólnej, jednak z tego tylko, co czytamy w odnośnej literaturze anatomicznej i chirurgicznej, sądzić można, że to są przypadki rzadkie, nawet po prawej stronie ciała. HILDEBRAND ¹⁾, który zebrał wszystkie opisane dotychczas przypadki uwięźniętych i niewięźniętych przepuklin kiszki ślepej, naliczył ich 128; między niemi znalazło się tylko 19 lewostronnych, a mianowicie 18 pachwinowych i jedna udowa. Największa liczba, bo 80, nie wliczając w to 6 przypadków, co do których dokładnie nie wiadomo, po której znajdowały się stronie, przypada na kanał pachwinowy prawy; na udowy prawy przypadło ich 11, tyleż opisano dotychczas przepuklin pępkowych, 19 brzusznych (*ventrales*) i jedną kulszową prawą.

Liczebna przewaga przepuklin prawostronnych, wobec znanych stosunków anatomicznych, bliższych omówień nie potrzebuje; nadmienić jednak wypada, że według spostrzeżeń ENGEL'a ²⁾ normalnie przytwierdzona w prawym dole biodrowym kiszka ślepa, jeśli tylko jest rozdętą przez gazy, może się znaleźć nie tylko po za prawym kanałem pachwinowym, ale sięgać nawet smugi białej, tuż ponad spojeniem łonowem; z drugiej zaś strony, wypełniona płynnym kałem kiszka ślepa opuszcza się do małej miednicy i w taki sposób może się znaleźć w okolicy prawego kanału, a nawet i dziury kulszowej. Przypuściwszy, że położenie takie zachowuje kiszka przez czas dłuższy [katar przewlekły i t. p.], łatwo wyobrazić sobie można powstanie tej lub owej przepukliny, zwłaszcza przy wiotkich powłokach brzusznych i wzmożonem wewnątrzbrzuszkiem ciśnieniu. Trudno

¹⁾ Die Lageverhältnisse des Cöcum und ihre Beziehung zur Entstehung von äusseren Cöcalbrüchen. Zeitschr. f. Chirurgie. Bd. 33. 1892.

²⁾ HILDEBRAND, l. c.

tu także pominać milczeniem zrosty kiszki ślepej zapalnego pochodzenia z otrzewną ścienną; rzecz prosta, że jeśli później ta ostatnia wskutek jakichkolwiek bądź przyczyn przyjmie udział w wytworzeniu worka przepuklinowego, to zrosnięta z nią kiszka ślepa znajdzie się w przepuklinie. Według niektórych, takie ograniczone zapalenia otrzewnej mogą się zdarzać i u płodu, i pewna część wrodzonych przepuklin kiszki ślepej dałaby się objaśnić w taki sposób; znane są również zrosty kiszki ślepej z jądrem, podczas życia wewnątrzmacicznego, wskutek czego przy opuszczaniu się jądra kiszka ślepa wraz z niem może się opuścić do moszny. Przy powstawaniu niektórych rzadszych przepuklin pępkowych i smugi białej może grać rolę i ta okoliczność, że kiszka ślepa wraz z *colon ascendens* znajduje się niekiedy nie w swem zwykłym miejscu, lecz tuż przy kręgosłupie, po środkowej linii ciała, przed albo nawet i wyżej, pod wątrobą; przyczyny tego dopatrywać się należy w upośledzonym rozwoju *coeci*, wiadomo bowiem, że u 3—4 miesięcznego płodu *coecum* wraz z *colon ascendens* stanowi tylko przedłużenie *coli transversi*, które jest także krótszem i nie dochodzi do środkowej linii ciała; dopiero później kiszka ślepa, rosnąc wraz z okrężnicą wstępującą, opuszcza się poprzecznie na prawo i ku dołowi aż do prawego dołu biodrowego. Jednak wszystkie te, wyżej wyszczególnione czynniki, mogące mieć wpływ na powstawanie przepuklin kiszki ślepej, schodzą na plan dalszy, wobec dwu głównych, stanowiących dla ogromnej większości przypadków przepuklin prawostronnych, a zdaje się, że i dla wszystkich bez wyjątku, opisanych dotychczas, lewostronnych, *conditio sine qua non*, a mianowicie: 1) wciągnięcie kiszki ślepej do worka przepuklinowego przez wypadłe a pozostające z nią w związku kiszki cienkiej *resp. ileum*, lub też zrosniętą z nią sieć, 2) mniej lub więcej wykształcona krézka kiszki ślepej i wogóle kiszki grubej.

Ta ostatnia nieprawidłowość przypomina stosunek krézki do kiszek grubych we wczesnym okresie życia płodowego, kiedy krézka obejmuje *coecum*, *colon ascendens* i *descendens* ze wszystkich stron, tak, że dwa jej listki prawie przylegają do siebie; dopiero później, czy to zawdzięczając szybkiemu wzrostowi nerek, czy też ścian brzusznych [TREITZ, LUSCHKA], ściągających otrzewną z kiszki dla własnego pokrycia, czy też dlatego, że następuje zupełne zrosnięcie się otrzewnej kiszki z otrzewną ścienną w miejscu ich zetknięcia się z sobą [HERTWIG, TOLDT], przyczem śródbrónkowa warstwa zanika, tak, iż pozostaje tylko łącznotkankowe podłoże,—krézka kiszek grubych przestaje istnieć ¹⁾. Tak, czy inaczej, jeśli tylko, *per anomaliam*, *coecum* wraz z *colon ascendens*, a czasami *transversum* i *descendens*, posiadają mniej lub więcej długą krézkę (*mesenterium commune*), to nic dziwnego, że wtedy kiszka ślepa, zarówno dobrze jak i każda pętlica kiszki cienkiej, może się znaleźć w przepuklinie. W tych przypadkach zazwyczaj

¹⁾ To ostatnie zapatrywanie podziela i HILDEBRAND, którego pracą (l. c.) posiłkowaliśmy się przy pisaniu niniejszego artykułu; nie znając bliżej tej kwestyi, nie myślimy bynajmniej jej rozstrzygać; trudno jednak nie zwrócić uwagi na to, że sam H. przytacza fakty, przemawiające raczej przeciw wyznawanej przez niego teorii, a mianowicie powiada on, że u noworodków jeszcze dolny koniec *col. ascendens* posiada krézkę; dalej — że tylko u dorosłych i starszych osobników spostrzegano brak *mesocoeci* (na 120 przypadków 9 razy), a więc nie może być chyba mowy o tym drugim sposobie zanikania krézki kiszek grubych.

w worku nie znajdujemy pętlic innych kiszek, co naodwrot, jest zwykłym zjawiskiem wtedy, gdy kiszka ślepa znajdzie się w nim wtórnie, ulegając pociąganiu przez wypadnięte, a pozostające z nią w związku inne narządy, jak sieć lub kiszka cienka. Na 19 przypadków lewostronnych pachwinowych przepuklin ślepej kiszki, podanych przez HILDEBRAND'a, włączając w to i jego własny, przeważna ilość, bo 8 należy do tej drugiej kategorii, a tylko 3 do pierwszej; co do pozostałych 8-iu, gdzie znaleziono tylko kiszkę ślepą, a czasami i wyrostek robaczkowy, brak bliższych danych co do sposobu powstania przepukliny.

Nasz przypadek jest o tyle niejasnym, o ile niejasnym jest, czy i na jakiej przestrzeni *colon ascendens* posiadało krężkę, pomijając już to, że nic nie możemy powiedzieć o krężce *coli descendens*; oprócz tego mamy niewątpliwe dane o zrostach *coeci* z pęcherzem: jak się to już powiedziało, jedna ze ścian kiszki ślepej wraz z wyrostkiem robaczkowym okazała się przyrośniętą do obwodu szyi worka przepuklinowego. Wobec tego nastęrcza się pytanie, czy czasem kiszka nie została wciągniętą do przepukliny przez pęcherz. Mogło się to stać w taki sposób, że osadzona na mniej lub więcej długiej krężce kiszka ślepa, *resp.* jej wyrostek robaczkowy uległ sprawie zapalnej (*perityphlitis*), o czem chory, mało inteligentny człowiek, nic nam powiedzieć nie umiał; traf chciał, że kiszka przyrosła do lewego obwodu pęcherza moczowego, w bliskości rozwijającego się w jego ścianie tłuszczaka; gdy ten ostatni, wyciągając ścianę pęcherza [patrz niżej], wytworzył w końcu worek przepuklinowy, nic dziwnego, że znalazła się w nim kiszka ślepa.

W końcu nadmienić muszę, że opisany tylko co przypadek znajdowania się ślepej kiszki w lewostronnej przepuklinie pachwinowej, nie jest pierwszym, spotrzegany na naszym oddziale. Mianowicie d. 1. XII, 1889 r. D-r KRAJEWSKI dokonał, z powodu skręcenia kiszki esowatej, laparotomii u 50-letniego mężczyzny z olbrzymią lewostronną przepukliną mosznową, w której oprócz całej masy kiszek cienkich znaleziono *coecum*, *colon ascendens* i część *transversi*, podczas gdy olbrzymio rozdęta jama brzuszna [120 ctm. obwodu na wysokości pępka] cała była wypełniona skręconą i rozdętą kiszką esowatą, której wierzchołek sięgał aż pod wątrobę. Obok niej w jamie brzusznej pozostały z kiszek, oprócz dwunastnicy, przylegająca do tej ostatniej część *jejuni*, a także część *coli transversi*; obie te kiszki w postaci naprężonych sznurków opuszczały się pionowo do worka przepuklinowego, tak, że mieliśmy tu, rzec można, całkowitą ewentracją. W przypadku tym, oczywiście, kiszka ślepa dostała się do worka przepuklinowego wtórnie, pociągnięta przez kiszki cienkie, pierwotnie do worka wypadłe.

II. Niemożność wyciągnięcia zgangrenowanej kiszki ślepej nazewnątrz, dla zrobienia sztucznego odbytu, stanowi jeden z ciekawszych momentów operacyi; pomysł przesunięcia zmartwiałych części przez jamę brzuszną z lewej strony na prawą, gwoli przytwierdzenia kiszki, że tak powiem, w normalnie zajmowanym przez nią miejscu, zasługuje bez wątpienia na zaznaczenie; wynaleziony w naszym przypadku pod naciskiem potrzeby nie jest jednak nowym, gdyż już w 1888 r. HAHN ¹⁾ przesuwiał owinięte gazą jodoformową końce resekowanych ki-

¹⁾ VIRCHOW's Jahresbericht. 1888.

szek wewnątrz jamy brzusznej ku nowemu otworowi, zrobionemu w jej ścianach, jak to było i w naszym przypadku; lecz na tem analogija się kończy. HAHN robił otwór w smudze białej przy pierwotnem wycinaniu i zeszywaniu kieszki w tym celu, aby nie operować w bliskości zakażonego zazwyczaj worka przepuklinowego, a następnie aby uchronić szew kiszkowy od tak niebezpiecznego sąsiedztwa; w naszym przypadku miejsce otworu i wskazanie było inne.

[D. n.]

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

BACTERIUM COLI COMMUNE.

Podał

E. Biernacki.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 1].

Oto szereg spostrzeżeń, które, rzecz można, uznano w nauce i w których, jak widzimy, znaleźć można dosyć bezpośrednich dowodów chorobotwórczości *bac. coli communis*. Natomiast druga kwestyja, kwestyja stosunku tego lasecznika do drobnoustrojów tyfusowych, stanowi w tej chwili jedno z najzawilszych i najwięcej spornych zagadnień bakterjologii. Powodem do takiej zawilości musiała być przedewszystkiem okoliczność, że izolacyja typowego lasecznika tyfusowego jest rzeczą bardzo trudną, a głównie, co najważniejsza, samo pojęcie, co należy nazywać lasecznikiem tyfusu, nie jest jeszcze ustalonym. Ztąd pochodzi taka dziwna sprzeczność w wynikach badań, że np. GAFFKY, RODET & ROUX, VALLET nie znajdują zupełnie lasecznika tyfusu, inaczej lasecznika EBERTH'a, w wypróbnieniach chorych tyfusowych, znajdując go w śledzionie; w gruczolach kręzkowych i w kępkach PEYER'a, a BABES, BLACHSTEIN przeciwnie, w wielu przypadkach tyfusu wyhodowują lasecznika EBERTH'a z wypróbnień.

Wyglądem swym mikroskopowym laseczniki tyfusowe bardzo mało, jeśli wcale nie różnią się od *bacillus coli communis*. I jedne i drugie są to małe, krótkie pałeczki, długości 2—3 mikromilimetrów, obdarzone żywym ruchem. Wprawdzie niektórzy chcą widzieć u lasecznika EBERTH'a większą ruchliwość niż u lasecznika okrężnicy i fakt ten podają za charakterystyczną cechę odróżniającą oba rodzaje. KLEMENSIEWICZ¹³⁾ znowu twierdzi, że przy barwieniu jego sposobem *bacterium coli commune* wykazują tylko dwa wyrostki [t. zw. bicze], a drobnoustroj tyfusowy 12—18, i t. d. Ale podobne różnice morfologiczne nie mogą mieć dużego znaczenia wobec faktu, uznanego nawet przez żarliwych zwolenników samoistności lasecznika tyfusowego, że wygląd laseczników tyfusowych może być bardzo zmienny. To ostatnie zaznaczył przeważnie BABES¹⁴⁾, który przyznaje istnienie różnych podgatunków mikrobów EBERTH'a. Podgatunki te różnią się od prawdziwego lasecznika grubością i wielkością, odstępstwami od wyglądu hodowli form typowych, i t. d.: pod temi względami dla BABES'a istnieje mnóstwo form przejściowych. Zresztą BABES we wszystkich świeżych przypadkach tyfusu znajdował typowe okazy obok podgatunków. J. BLACHSTEIN¹⁵⁾ ze szkoły MARCELEGO NENCKIEGO, która silnie broni samodzielności zarodków tyfusowych, przy-

¹³⁾ Wiener medicin. Presse. Luty. 1892.

¹⁴⁾ BABES. Zeitschr. f. Hygiene. Bd. 9.

¹⁵⁾ Annales de sciences biologiques. S. Petersbourg. T. I. Z. 1—2 i 3. 1893.

znaje, że w jednej i tej samej „autentycznej“ hodowli tyfusowej oddzielne egzemplarze różnią się wielkością i grubością, a nawet kolonie niezawsze wyglądają jednakowo. Dla BLACHSTEIN'a jednak te „podgatunki“ lasecznika tyfusowego nie mają zasadniczego znaczenia: różnice, powiada ten autor, są tylko ilościowe, a nie jakościowe.

Trudno mi przytaczać różne metody hodowlane, jakie podano i podają celem wyróżnienia laseczników tyfusowych; wkracza to już bowiem w zakres bardzo specjalny: wspomnę tylko, że opracowują je w ostatnich czasach HOLZ¹⁶⁾, KRITASATO, szkoła M. NENCKIEGO, CHANTEMESSE i VIDAL, WURTZ i inni. Oprócz wyglądu hodowli, poszukują ci autorowie cech wyróżniających w zmianach chemicznych, jakie zachodzą w podłożu w obecności badanych laseczników, inaczej we własnościach biologicznych. Dość ogólnie wymaganiami są dla rozpoznania laseczników tyfusowych następujące własności: rozrost na kartoflu w postaci ledwie widzialnej błonki [GAFFKY], niezdolność odtleniania barwników aniliny, przez co kolonie na podłożach zabarwionych niemi same barwią się bardzo pięknie na zastosowany kolor i odbarwiają podłoże [NOGGERATH, GRANCHER i DESCHAMPS], niewielkie wytwarzanie kwasu mlecznego *resp.* paramlecznego, skręcającego płaszczyznę polaryzacyjną na lewo na podłożach zawierających cukier i brak pęcherzyków gazu w roztworach glukozy, brak własności ścinania mleka sterylizowanego [BLACHSTEIN], niezdolność do rozwoju na podłożach niezawierających białka. Otóż, ci autorzy [BABES, BLACHSTEIN], którzy uwzględniają sumię tych własności, robiąc badania porównawcze o, dochodzą jednakże do wniosku, że *bacterium coli* z okrzęnicy zdrowych ludzi i chorobotwórcze *bacterium coli*, z jednej strony, a laseczniki np. z gruczołów lub śledziony tyfusowych, z drugiej, wykazują niewątpliwie różnice: gdy np. ostatnie wytwarzają w hodowlach ślady kwasu mlecznego, to *bacterium coli* wytwarza tego związku bardzo dużo i ścina mleko, gdy *bacillus EBERTH* tego nie czyni. Jednocześnie autorzy ci przekonują się, że u tyfusowych chorych znajdują się i *bacterium coli* i *bacillus typhi*; przyznają jednakże, że może być kategoria laseczników tyfusowych, która, rosnąc typowo na kartoflu, wywołuje energiczną fermentację w roztworach glukozy. Ale mimo to, co najważniejsza, ani BABES nigdy nie widział przejścia swoich podgatunków w hodowlach w lasecznika EBERTH'a, posiadającego wszystkie wymienione powyżej cechy, ani też BLACHSTEIN nie widział w swoich laboratoryjnych badaniach podobnej „ebertyzacji“, czyli nabrania przez *bacillus coli* własności biologicznych lasecznika tyfusowego.

Ostatnia niewątpliwie godna uwagi okoliczność pozwala szkole M. NENCKIEGO stanowczo uznać samodzielność obu omawianych gatunków i odrzucić hipotezy francuzkich, głównie lyońskich autorów o przemianie niewinnego lasecznika okrzęnicy w zjadliwe zarodniki tyfusu, i wynikające ztąd poglądy na patogenezę tej choroby.

Za identycznością lasecznika EBERTH'a i ESCHERICH'a przemówili jeszcze w roku 1889 dwaj uczniowie ARLOING'a-RODET i ROUX¹⁷⁾, nie uznając różnic biologicznych obu tych rodzajów za zasadnicze; tembardziej, że mieli oni podobno przeprowadzić w próbkach *bacillum coli* w *bacillus EBERTH*, chociaż odwrotnie nie udawało im się to zrobić. W taką przemianę jednak nawet zwolennicy identyczności obu gatunków nie bardzo wierzą, bo, jak widzieliśmy, ani BABES, ani BLACHSTEIN, ani inni tego nie stwierdzili. RODET i ROUX twierdzą, że w organizmie może odbywać się wśród pewnych bliżej nieznanych warunków przemiana niewinnego lasecznika ESCHERICH'a w tyfusowy EBERTH'a: wodę, zawierającą

¹⁶⁾ Zeitschr. f. Hygiene. Bd. 8.

¹⁷⁾ Wédt. Deutsch. medicina. Wochenschr. 1891. Nr. 52. Archives de médéc. experiment. 1892. Nr. 3.

bacill. coli, uważają oni przeto za równie niebezpieczną, jak wodę zawierającą tyfopowe laseczniki tyfusu.

Dla ARLOING'a i jego uczniów przyczyną tyfusu mogą być, jednym słowem, wypróżnienia zupełne zdrowych ludzi, wypróżnienia za wierające *bacterium coli*.

Gorącym zwolennikiem identityczności obu laseczników i chorobotwórczego znaczenia *baet. coli* w etylogii tyfusu jest VALLET¹⁸⁾, który zresztą przytacza szereg ciekawych doświadczeń. Autor ten brał zawartość kloaczną, wyjawił ją za pomocą filtru CHAMBERLAND'a i następnie szczepił na takim płynie laseczniki EBERTH'a, wyhodowane ze śledziona zmarłych na tyfus i *bacillus coli*. Otóż, podczas gdy pierwsze nie rozwijały się wcale na takim podłożu i ginęły w ciągu tygodnia, dwóch, laseczniki ESCHERICH'a bardzo dobrze się w nim przechowywały. W zawartości jam kloacznyc autor stwierdził obecność *baecilli coli* w znacznej ilości: jednakże laseczniki ztąd wyhodowane na buljonie morfologicznie różniły się nieco od zwykłego typu przebywającego w kiszczkach, a przy szczepieniach na zwierzętach okazywały się daleko zjadliwszemi, niż laseczniki okrężnicy ludzi zdrowych i laseczniki EBERTH'a. VALLET przypuszcza, że zwykle *bacterium coli commune* po przejściu dołów kloacznyc i śród pewnych warunków nabiera siły chorobotwórczej, a dostając się np. do wody łatwo wywoła tyfus u ludzi. Według VALLET'a, zupełnie jak i według RODET i ROUX, *baecillus coli* już w tyfusowym organizmie przyjmuje niektóre cechy morfologiczne typowych laseczników EBERTH'a. Nawet VALLET skłania się nieco ku samodzielnemu powstawaniu w pewnych razach tyfusu brzuszycgo, mając na względzie częstosć pojedynczych przypadków tyfusu, gdzie nie można się doszukać zewnętrznej przyczyny zakażenia. W tych razach, powiada on, normalnie przebywający *bae. coli* sprowadza tyfus nawet bez zwiększenia swej jadowitosci, z powodu osłabienia odpornosci ustroju. Zauważę, że RODET i ROUX, którym zarzuczano podobny pogląd na samodzielne powstawanie tyfusu, zastrzegli się niedawno wyraźnie przeciw niemu.

Teoryje VALLET'a i innych francuzkich badaczy zapewne objaśniają wiele rzeczy niezrozumialych w epidemijologii tyfusu; ale do tego czasu nie mają za sobą bezposrednich faktów i dowodów.

Przemiana niechorobotwórczego *baecill. coli* w chorobotwórczy lasecznik tyfusu nie jest nieprawdopodobną przy obecnych poglądach, gdzie coś podobnego przypuszcza się o przyczynie zapalenia płuc: o diplokokach A. FRAENKEL'a, które znajdują się w ślinie wielu zdrowych ludzi. Ale bezposrednio przemiany takiej względem lasecznika *coli* jeszcze nie dowiedziono, a widzimy, że oba gatunki w hodowlach wyróżnić można. Nagromadzony do tego czasu materyjał, niezmiernie zawily i niejasny, nie pozwala, jednem słowem, przechylić się na stronę niewątpliwie pociągających francuzkich teoryj o znaczeniu lasecznika *coli* w etylogii tyfusu brzuszycgo.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

2. A. Hoffmann. Wysłuchiwanie przetykowe.

Oryginalny przyrząd autora, nazwany endostetoskopem, składa się ze zwyczajnej, miękkiej sondy żołądkowej, opatrzonej w podziałki na centymetry, a w górnym końcu w kawałek krótkiej i grubej rurki szklanej; do otwartego końca rurki przylepiona jest zwykła płytka uszna, jak w każdym stetoskopie. Po wprowa-

¹⁸⁾ Le bacillus coli communis dans ses rapports avec, le bacille d'Eberth et l'étiologie de la fièvre typhoïde. Paris, G. MASSON, 1892. Obszerny referat z tej pracy: „Kronika Lekarsk.” 1892. Nr. 10. Centralbl. f. klin. Medizin. 1892. Nr. 48.

dzeniu sondy do żołądka i uprzedniem przemyciu tego narządu, stetoskop taki przykładamy do ucha; przedewszystkiem słycać wtedy pluskanie z powodu obecności wody w stetoskopie, jeśli zaś sonda wsunięta jest tylko na 45 ctm., to słycać już tony serca. Po wprowadzeniu sondy na 35—30 ctm., tony te są niezwykle głośne, przyczem skurcz brzmi jako ton podwójny, rozkurcz zaś nie jest tak głośny.

Przy głębokości sondy 30—25 ctm., tony serca stają się cichsze, a wyciągnąwszy sondę jeszcze więcej, słyszymy tylko szmery oddechowe.

Nie przeceniając znaczenia swej metody, autor jednak przytacza przypadki wad serca, w których za pomocą swego „endostetoskopu“ stwierdził niewątpliwie szmery, podczas gdy osłuchiwanie zwykle nie dawało pewnych wyników:—zwraca jednak uwagę, że endostetoskop nie nadaje się do rozpoznawania szmerów prawego serca. Po wprowadzeniu głębokiem sondy wysłuchujemy głównie aortę zstępującą i w niej przeniesione z zastawek szmery, nieco wyżej—szmery z podstawy serca; po wyciągnięciu znacznem sondy po nad okolicę serca—tylko aortę. Stosownie więc do miejsca wysłuchiwania, skurczowego, przedskurczowego lub rozkurczowego charakteru szmeru można według zdania autora przyjść do wniosku o miejscu powstania szmeru,

(*Centralb. f. klin. Medizin. N. 48.*)

F. Biernacki.

3. L. Kuttner. O przeroście śledziony u dzieci rachitycznych.

Kwestya zachowania się śledziony w chorobie angielskiej u dzieci należy jeszcze do dość spornych. Pod kontrolą EWALD'a autor badał starannie śledzionę u 60 rachitycznych dzieci i u 44 stwierdził niewątpliwie powiększenie tego narządu. We wszystkich tych przypadkach śledzionę można było łatwo wyczuć przy palpacy; u 4 innych pacjentów nie można było stwierdzić nic pewnego z powodu krzyku dzieci i napinania ściany brzusznej, wreszcie u 12 osobników śledziona nie była wyczuwalna. Często zdarzające się powiększenie śledziony w chorobie angielskiej może utrudniać niekiedy rozpoznanie przy zapadaniu takich dzieci na inne cierpienia i autor przytacza przykłady, gdzie zwykła dyspepsyja z podniesieniem ciepłoty wobec istniejącego obrzmienia śledziony wzbudzała podejrzenie, że się ma do czynienia z tyfusem. Krew dzieci z obrzmieniem śledziony ilościowo i jakościowo nie przedstawiała zmian szczególnych i niektórzy z takich osobników wyglądali zupełnie dobrze i mieli dobrze rozwiniętą tkankę tłuszczową. Autor nie przychyliła się przeto do zdania HENOCU'a, według którego dla przewlekłego powiększenia śledziony u dzieci charakterystycznym jest żółtawo-woskowe zabarwienie skóry, a szczególnie twarzy.

(*Berlin. klin. Wochenschr. 1892 N. 45.*)

E. Biernacki.

4. C. Gerhardt, Senator, Bernhardt. Erytromelalgija.

Na posiedzeniu lekarzy szpitala Charité w Berlinie w dniu 30 Czerwca 1892 r., profesorzy GERHARDT, SENATOR i BERNHARDT przedstawili po raz pierwszy w Niemczech trzy przypadki cierpienia, opisanego przez WEIR MITCHELL'a w r. 1872 i 1878, następnie omówionego przez LANNONIS i innych, cierpienia, zdaje się, rzadkiego i znanego pod nazwą erytromelalgii. Choroba występuje zwykle odrazu bez powodu lub po przeciążeniach, działaniu zimna i wilgoci i zaczyna się silnemi bólami i wysokiego stopnia nadczułością w końcach kończyn, a więc najpierw w stopach, później w dłoniach lub odwrotnie. Jednocześnie albo nieco później, niż bóle, występuje czerwoność i obrzmienie bolących palców u rąk i nóg, dłoni i stopy. Bolesność dłoni i stóp jest tak silnie wyrażoną, że chora GERHARDT'a nie mogła sobie obcać paznokci. Choroba ta jest bardzo u p o r c z y w a: o zejściu jej do tego czasu niewiele wiadomo, ponieważ tracono chorych z obserwacyi. Zastanawiającem jest, że zwykle stan chorych łagodniejsza się w zimie, a pogarsza w lecie, że wogóle zimno u wielu chorych łago-

dzi bóle, tak, że chorzy umyślnie kładą ręce i nogi do zimnej wody. Z powodu nadezłości stóp, chód jest niezmiernie utrudnionym i polepszenie można stwierdzić właśnie wtedy, gdy chorzy znów zaczynają chodzić. Oto są zasadnicze objawy cierpienia. W szczegółach przypadki opisane różnią się niekiedy. Tak, bóle mogą się napadowo nasilać; czucie na cierpiących kończynach może być nieco stępieniem; oprócz czerwoności w przypadku SENATOR'a tworzyły się na skórze dłoni małe guziczki. Spostrzegano zresztą i inne troficzne i nekrotyczne zaburzenia. Choroba zdarza się przeważnie u mężczyznu, bo na 20 znanych do tego czasu przypadków tylko 5 kobiet cierpiało na erytromelalgiję.

Zmniejszenie bólów można uzyskać za pomocą antypiryny i antyfebryny. Podobno faradyzacja ma dobrze pomagać; chory SENATOR'a po kilkotygodniowej faradyzacji cierpiących dłoni i kilkomiesięcznej galwanizacji czuł się o tyle dobrze, że mógł wrócić do zajęcia, chociaż obiektywnie stan kończyn nie uległ zmianom.

Erytromelalgiję uważa SENATOR za nerwicę naczynio-ruchową, która polega na porażeniu nerwów zwężających naczynia, przez co powstaje rozszerzenie tych ostatnich i przekrwienie. Z tego punktu widzenia erytromelalgija stanowi cierpienie wprost odwrotne do gangreny symetrycznej [choroby RAYNAUD'a], która ma polegać na stałym skurczu naczyń. Z objawów erytromelalgija podobną jest do akrodynii (inaczej *erythema epidemicum*), choroby która panowała w r. 1828 — 1830 w Paryżu i wyrażała się bólami silnymi w dłoniach, w stopach, czerwonością, obrzmieniem i wysypkami na skórze tych części, gorączką; akrodynija trwała, co najwyżej, kilka tygodni i kończyła się wyzdrowieniem, rzadziej znacznie śmiercią.

GERHARDT zalicza erytromelalgiję do grupy cierpień już opisywanych poprzednio i być może pokrewnych sobie, choć różniących się w pewnych zasadniczych punktach. Cierpienia te omówił SCHULTZE pod nazwą „akroparestezji“. Tak MARTIN, NOTHNAGEL opisywali przypadki bólów w dłoniach, szczególnie w palcach, przy ich oziębieniu i zeszywnieniu, później przy silnej niedokrwistości: bóle te zdarzają się u kobiet zajętych pracami ręcznymi. Podobne bóle z bezkrwistością dywano u ludzi zajętych robieniem cygar i papierosów. BERNHARDT opisywał dalej samoistne bóle bez żadnych zaburzeń naczynioruchowych w palcach rąk, rzadziej nóg u kobiet w okresie klimakteryjnym. Dla „akroparestezji“ SCHULTZE szukał przyczyny w zmianach anatomicznych nerwów przez siebie znalezionych w postaci małych ciałek i zgrubień.

(Berlin, klin.-Wochenschr., Nr. 45, 1892).

E. Biernacki.

5. C. v. Noorden. O przebiegu ostrego gośćca stawowego podczas ciąży i w okresie połogowym.

Na oddziale kobiecym kliniki GERHARDT'a w Berlinie było w przeciągu ostatnich trzech lat 101 przypadków ostrego gośćca stawowego, z których 90 przypadków było u kobiet nieciążarnych, 11 zaś u ciężarnych lub u kobiet, które zachorowały na reumatyzm podczas ciąży, przebyły poród i przyjęte zostały do kliniki w pierwszych dniach połogu. Otóż, u kobiet nieciążarnych 83 razy na 90 przypadków przebieg choroby był zwykły, t. j. cierpienie stawów ustępowało przy używaniu środków przeciwrumatycznych po kilku dniach lub tygodniach, nie pozostawiając obrzmienia, bolesności członków i t. p. Naturalnie w pewnej liczbie przebieg gośćca powikłany był przez zapalenie wsierdzia, osierdzia, opłucnej i t. p.

Natomiast nieledwie u wszystkich kobiet ciężarnych lub w okresie połogowym [9 razy na 11 przypadków], gośćciec, jak świadczą historyje choroby przytoczone przez autora, przebiegał bardzo uporeczywie i ciężko. Choroba trwała po 3—12 miesięcy; bóle i obrzmienie stawów nie ustępowały, przy zwykłych środkach przeciwrumatycznych, antypirynie, antyfebrynie, salicylanie sodu i t. d.

Dopiero opatrunki gipsowe sprowadzały pewną poprawę — zmniejszenie bólów i obrzmienia. Bóle i obrzmienia znikaly ledwie po wielu tygodniach lub miesiącach; masaż i ruchy bierne nie tylko nie sprowadzały poprawy, ale przeciwnie pogorszenie. Po zniknięciu ostrych objawów prawie we wszystkich przypadkach powstawała sztywność lub ankiloza zajętych stawów.

Podobny przebieg wykazuje często tryprowe zapalenie stawów; lecz etjologii tej nie było zupełnie w przypadkach NOORDEN'a. Oczywiście należy przyjąć wniosek autora, że wprost cięża i połów sprzyjają uporczywemu przebiegowi ostrego gościca stawowego i utrudniają uleczałość tej choroby.

(*Charité Annalen. T. XVII, 1892*).

E. Biernacki.

6. Szuman Stanisław [Monachijum]. Uproszczenie leczenia elektrycznością zapomocą nowego uniwersalnego zmieniaacza strumieni elektrycznych. (*Universal-Commutator*).

S. opisuje bardzo praktyczny przyrząd, przez siebie zbudowany, ułatwiający znacznie używanie skombinowanych strumieni elektrycznych w większych aparatach, posiadających przyrządy do strumienia stałego [galwanicznego], do strumienia indukcyjnego pierwszorzędnego i drugorzędnego, oraz do strumienia galwano-faradycznego [de WATEVILLE]. Otóż, zamiast licznych śrubek, czopków, zaciskadeł, kleszczyków, zwrotnic, których odpowiednie a odmienne założenie przy użyciu każdego rodzaju strumienia było dotąd potrzebnem, skombinował S. jeden aparat, łączący w sobie śrubki i zaciskadła wszelkich strumieni, oraz wszelkich ubocznych przyrządów, w baterii elektrycznej umieszczonych; jedna lub dwie korby pojedynczym ruchem nastawiają cały przyrząd i pozwalają zastosować ten lub ów strumień, oraz jednym posunięciem korby powodują przejście do innego rodzaju strumienia. Zmieniaacz uniwersalny SZUMANA ma kształt płaskiego kręgu, podobnie jak galvanometry horyzontalne, składa się zaś z dwóch płyt gutaperkowych, na sobie pod kątem 40° obracać się dających, a opatrzonych w odpowiednie metalowe kontakty, kleszczyki i zwrotnice.

Jedenaście kleszczyków, na lewym boku dolnej płyty umieszczonych, tworzy połączenia z biegunami elektrycznymi, z galvanometrem, reostatem i t. d., na prawej zaś stronie aparatu znajduje się jedna lub dwie korby. Aparat ten wykonywa firma elektro-techniczna A. ZELLER w Monachijum na życzenie z jedną lub z dwiema korbami. Ostatnia modyfikacja, zdaje się, jest praktyczniejsza. Pojedyncze poruszenie korby głównej [bocznej] ustawia natychmiast całą baterję odpowiednio do potrzeb strumienia stałego, lub strumienia indukcyjnego pierwszorzędnego lub drugorzędnego, lub galwano-faradycznego. Draga korba, u góry umieszczona, służy do zwracania strumienia w kierunku przeciwnym.

(*Münchener medicinische Wochenschrift. 1892. N. 42*).

L. Szuman [Toruń].

7. A. Schmidt. O radykalnem leczeniu przepuklin metodą Schwalbe'go.

Leczenie doszczętne przepuklin metodą SCHWALBE'go, którą autor zaleca, polega na podskórnem wstrzykiwaniu alkoholu w tkanki otaczające wrót i worek przepuklinowy, celem wywołania w nich zapalnego nacieczenia z następnem wytworzeniem się blizny, która ma jakoby przeszkadzać wychodzeniu trzew brzusznych. Technika metody tej jest dość prostą i jakoby zupełnie bezpieczną. Po należytem obmyciu okolicy przepukliny i opróżnieniu worka przepuklinowego, wprowadzamy lewy palec do wrót przepuklinowych, a prawą ręką wkłuwamy w sąsiednie tkanki igłę PRAVAZ'a należycie wyjałowioną. Przekonawszy się, żeśmy nie wkłuli w naczynie krwionośne [nieobecność krwi] wstrzykujemy przez igłę wolnym prądem 2 — 3 ctm. alkoholu 50%, później coraz mocniejszego. Manipulację tę powtarzać należy przez kilka tygodni [5—8], czasami i kilka miesię-

cy z 2—3-dniowymi przerwami, przyczem uważa autor za niezbędne przez pierwsze 3—4 tygodnie leżenie w łóżku. Nie przypisuje autor również żadnego znaczenia nieprzyjemnym przypadłościom, będącym następstwem tego rękoczynu, jak ból wskutek wstrzyknięcia alkoholu do sznurka nasiennego, otrzewnej i t. p. i na zasadzie dziwieńcu przypadków, leczonych tą metodą, jakoby z dobrym rezultatem, zaleca ją szerszemu kołu lekarzy. Referując w krótkości tę pracę, czynimy to nie w myśl autora, uważającego ten sposób za postępek; przeciwnie metodę tę uważamy za objaw wsteczny w chirurgii, która pod osłoną antyseptyki posiada dziś takie metody jak Mac-EWEN'a, a przede wszystkim BASINI'ego, dające wyniki zupełnie dobre i nienarażające chorego na żadne niebezpieczeństwa. Chory operowany jedną z tych metod po 10—15 dniach leżenia w łóżku uwalnia się od swego kalectwa. Śmiem też sądzić, że u nas zachwalana metoda SCHWALBE'go nie wielu znajdzie zwolenników.

(*Deutsche Zeitschr. für Chirurg.* Bd. 34).

St. Oderfeld.

8. Prof. Winternitz. Nowy sposób postępowania hydroterapeutycznego w zawadzeniu do leczenia chorób żołądka.

Różnorodne procedury hydroterapeutyczne cieszyć się zaczynają coraz większym uznaniem w leczeniu chorób przewodu pokarmowego. Między innymi stosowane tu bywają opaski, nacierania, nasiadówki i t. d.. Działanie tych zabiegów polega przede wszystkim na występowaniu t. zw. odczynu. Jeżeli jednak ma się do czynienia z osobnikiem wyniszczonym, osłabionym, to spowodzić reakcję nie łatwo, często niepodobna. W podobnych razach zaleca WINTERNITZ sposób postępowania, który ma ułatwić, przyspieszać występowanie odczynu.

Tulów chorego, leżącego na łóżku wznak, zawiąja się w wilgotne zimne prześcieradło („*Stammumschlag*“). Na okolicę dolną na owo wilgotne prześcieradło kładzie się rurkę kauczukową, spiralnie zwinętą w płaszczyźnie horyzontalnej [możnaby to nazwać dla skrócenia „ślimakiem“, *przyp. spraw.*]; jeden koniec rurki opuszcza się na dół i podstawi pod nią kubek, drugi dłuższy koniec zanurza się w drugim kubku napełnionym wodą ciepłą 40° C. i umieszczonym dość wysoko po nad chorym; urządźwszy w ten sposób rodzaj lewara, można otrzymać strumień wody gorącej cyrkulującej w okolicy dolnej. Następnie zawiąja się powtórnie tulów chorego suchym prześcieradłem.

W ten sposób udawało się WINTERNITZ'owi leczyć z powodzeniem chorych niedokrwiłych, dotkniętych cierpieniami żołądka, bądź nieorganicznego [uparte wymioty w histeryi, bóle i t. p.], bądź organicznego [katar] pochodzenia.

(*Blätter f. klin. Hydroth.* 1 Jarhg. Nr. 1).

Chelmoński.

WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE.

Posiedzenie z dnia 18 Października 1892.

SOLMAN i J. ZAWADZKI przedstawili chorego po operacji raka żołądka. [Autoreferat].

Chory, Pa..., urzędnik, lat 43 mający, zgłosił się do kol. ZAWADZKIEGO w końcu Lutego r. b. Z wywiadów można wynioskować, iż był zdrów aż do 1884 r., kiedy po raz pierwszy zauważył po jedzeniu, a niekiedy i naczem wydzielać się z jamy ustnej słonego, przejrzystego płynu od 1—2 łyżek stołowych. Objaw ten początkowo niepokoił chorego, w następstwie jednak stopniowo ustępował. Do r. 1886 czuł się względnie dobrze, w tym czasie bez widocznych przyczyn przechodził nerwoból (*neur. nervi. optici*), który ustąpił w ciągu 4 miesięcy. Żadnych wskazówek nie ma, aby to cierpienie było przymiotowe. W Październiku r. z. chory zaczął tracić łaknienie, miał odbijanie, czuł ogólne osłabienie i stracił trochę na wadze, wystąpiło gnienie w żołądku po jedzeniu, a wkrótce *dysphagia*, przyczem ów płyn słonawy zaczął znowu wydzielać się w znacznej ilości.

Przy badaniu znaleziono wtedy guz miękki, ruchomy, wielkości jaja kurzego, nieco w stronie prawej od pępka, rozszerzenie umiarkowane żołądka. Guz, jak chory twierdził, występował tylko po jedzeniu. Płyn, wydzielany przez chorego, okazał się czystą śliną. Po miesięcznej nieobecności chory zmienił się nie do poznania. Tkanka tłuszczowa, dość silnie przedtem rozwinięta, znikła, skóra nabrała żółtego zabarwienia, guz zwiększył się, rozszerzenie się wzmogło, podmiotowo chory czuł wracania i odbijania, wymiotów nie było, wstręt do mięsa. Chory wyjechał na wieś i wrócił nieco pokrzepiony na siłach, wkrótce wystąpiły wymioty uporywłe — drożność odźwiernika prawie znikła. Wtedy to Z. zaproponował choremu operację tem śmieiej, że badanie zawartości żołądka potwierdziło przypuszczenie co do raka odźwiernika. Kol. SOLMAN i SZTEJNER potwierdzili to rozpoznanie i chory zapisał się do kliniki chirurgicznej w szpitalu św. Ducha, gdzie kol. SOLMAN dokonał operacji. Istnienie twardego guza w okolicy, odpowiadającej położeniu odźwiernika, brak kwasu solnego w soku żołądkowym, objawy czynnościowe, odpowiadające niedrożności między żołądkiem i dwunastnicą, znaczne wyniszczenie chorego — wszystkie te dane pozwalały twierdzić, że w powyższym przypadku mamy do czynienia z rakiem odźwiernika. Wobec tego, że guz był ruchomy, z łatwością bowiem można było przesunąć go na prawo i ku dołowi, i że guz ten, chociaż znacznych rozmiarów, wydawał się dosyć wyraźnie odgraniczonym od pozostałej części żołądka, że brak było objawów przerzutowych, że wreszcie znaczne wychudzenie przedstawiało obraz właściwie nietylko *cachexiae carcinomatosae*, ile wyniszczenia, *denutritio*, wskutek niemożności trawienia, postanowiono poddać chorego leczeniu chirurgicznemu, tembardziej, że i sam chory usilnie domagał się, aby mu sprawiła ulgę w jego strasznych cierpieniach. Trudno było postanowić *a priori*, czy w powyższym przypadku wypadnie wykonać pyloroktomję, czy też poprzestać na wykonaniu gastroenterostomii; albowiem właściwie dopiero po dokonanej laparotomii można dokładnie zdać sobie sprawę z umiejscowienia guza, rozległości stosunków do innych narządów, przyrostów, przerzutów i wtedy wybrać odpowiednią metodę operacyjną. Nie mając osobistego doświadczenia pod względem chirurgicznego leczenia raka żołądka, raz tylko bowiem S. asystował przy pyloroktomii, wykonanej przez profesora KOSIŃSKIEGO, S. zmuszony był kierować się głównie wskazówkami, podanymi przez BILLROTH'a WÖLFFLER'a, HACKER'a, EISELSBERG'a, CZERNY'ego, STREIT'a, RYDYGIERA, SZRAMA, TRZEBICKIEGO, M'ARDLE'go, JESSET'a, INNYCH, GUINARD'a i innych. Co do operacyjnych sposobów, podanych przez BERNAY'a, LORETE, HAHN'a, to, nie przypisując im doniosłości, w rachubę ich nie brał S.. Po kilkudniowym przygotowaniu chorego do operacji za pomocą kąpieli, słabych środków rozwalających, lawatyw, wieczorem w przeddzień operacji kol. ZAWADZKI możliwie dokładnie przemysł żołądek rozezyłem sody. W nocy chory otrzymywał dawki wina, kawy, oraz wstrzyknięto morfinę. Następnego dnia rano przed samą operacją żołądka nie przepłukano; S. nie chciał bowiem męczyć chorego zabiegiem źle przezeń znoszonym. Po starannem zdezynfekowaniu skóry, po obwinieciu kończyny dolnych i tułowia watą i bandażami, S. przystąpił do operacji w dniu 13 Lipca z. r.. Cięcie powłok brzusznych wykonał wzdłuż smugi białej, zaczynając je na 3 ctm. poniżej wyrostka mieczykowatego, a kończąc tuż nad pępkiem. Po przecięciu otrzewnej, okazało się, że guz znajduje się w żołądku, a główne siedlisko jego w odźwierniku. Wprowadziwszy rękę do jamy otrzewnej, S. przekonał się, że nie ma anormalnych przyrostów między dotkniętą nowotworem częścią żołądka i sąsiednimi narządami, S. z łatwością wydobyl na zewnątrz powłok brzusznych guz wraz z częścią poziomą dwunastnicy i częścią żołądka, poza guzem odźwiernika się znajdującą. Odgraniczenie guza od dwunastnicy było zupełnie wyraźne, pozostająca jednak po za guzem część żołądka przedstawiała się o ścianach mocno zgrubiałych, podobnie jak to częstokroć spotykamy w ścianach kłesek powyżej miejsca bliźnowatego lub nowotworowego zwężenia. S. zawałał się chwilę, czy w powyższym przypadku wykonać pyloroktomję, czy też tylko gastroenterostomję; z jednej strony brak przyrostów pozwalał na wycięcie nowotworu, z drugiej zaś strony znaczna rozległość guza, [przestrzeń zajętej nowotworem części żołądka wynosiła w podłużnym wymiarze około 10 ctm.] mogła być uważana poniekąd za przeciwskazanie do wycięcia guza, *resp.* odźwiernika, S. postanowił wykonać pyloroktomję, jako operację względnie łatwą w danym przypadku, a bądź co bądź bardziej radykalną, niż gastroenterostomja; zaś gdyby po wycięciu guza przekonano się, że zeszyte żołądka z dwunastnicą byłoby trudnem i niebezpiecznem w skutkach, z powodu silnego naprężenia w szwach, a ztąd możliwości rozejścia się szwu, zamierzał S. wtedy wykonać operację BILLROTH'a, t. j. zeszyć oddzielnie żołądek i oddzielić dwunastnicę, a w nowem odpowiedniem miejscu utworzyć gastroenteroanastomozę. Obłożwszy

wydobytą na zewnątrz część żołądka ciepłemi, wyjałowionemi serwetami, S. przystąpił do wyluszczenia części odźwiernikowej i żołądka; z łatwością mógł oddzielić *ligamentum gastro-colicum* oraz przyczepny i słabe przyrosty na tylnej powierzchni żołądka i w okolicy *curvaturae minoris*, krwawienie było nieobfite. Następnie nałożył S. dwie cienkie ligatury elastyczne: jedną na dwunastnicę, drugą na żołądek na 2 ctm. poniżej i powyżej wyczuwalnych granic nowotworu; zabezpieczając się tym sposobem od krwawienia i wyciekania zawartości żołądka i kiszki podczas wycinania nowotworu. Całą część żołądka, znajdującą się między ligaturami, wyciął, prowadząc cięcie na 1 ctm. poza krańcami nowotworu. Obmywszy przecięte końce dwunastnicy i żołądka, poprosił kolegę KIRJEWSKIEGO o zaciśnięciu żołądka palcami poza ligaturą elastyczną, którą S. zdjął; obfite krwawienie ze ściany żołądka S. zatrzymał nałożeniem licznych podwiązek, następnie do wnętrza wypłukanego żołądka włożył tampon z muslinu sterylizowanego; w zupełnie podobny sposób postąpił z przeciętym końcem dwunastnicy; przy zachowaniu tych ostrożności krew i zawartość żołądkowo-kiszkowa wcale nie przedostała się do jamy brzusznej. Najmnozniejszym następnie aktem operacji było zeszytowanie żołądka z dwunastnicą, do czego S. przystąpił, przekonawszy się, że dokładne zbliżenie i zespojenie przeciętych końców jest możliwem bez znacznego naprężenia. Jak zwykle, przedewszystkiem nałożył na ścianę żołądka szwy, zwiężając otwór, tak, aby był równym otworowi dwunastnicy i tak, aby po za miejscem wszycia kiszki do żołądka nie utworzył się workowaty uchyłek, a następnie zeszył żołądek z dwunastnicą. Szwy S. nakładał jak najstaranniej dosyć gęsto, należycie silnie, ściągając je, a bacząc przytem szczególnie, ażeby wszędzie otrzymać zetknięcie i zespojenie dosyć znacznych powierzchni otrzewnej.

Wyluszczenie sześciu gruczołów z sieci, przyszytanie do żołądka trzema szwami węzłkowemi oddzielonej części *lig. gastro-colic.*, wytamponowanie otrzewnej z nieobfitej krwawej wydzieliny, całkowite zeszytanie powłok brzusznych, wreszcie nałożenie opatrunku jodoformowego: wszystkie te zabiegi zakończyły operację, trwającą niespełna 3 godziny.

Wieczorem po operacji ciepłota 35° C. Tętno 96, dosyć mocne, nudności, od czasu do czasu chory wylupwa nieobfite ilości wydzieliny żołądkowej krwawej. Ławatywy odżywcze, lód do lyanania; zastrzyknięto 1/4 grm. morfiny. Następnego dnia po operacji zrana ciepłota 36,6, tętno 92, dosyć mocne. Brzuch mało bolesny, zapadnięty *in epigastrio*. Wieczorem ciepłota 36,8, tętno 104, znacznie słabsze. Dnia 15-go Lipca rano ciepłota 37, tętno 88 słabe, nudności, duszność; wieczorem chory skarży się na ból w prawym boku poniżej łopatk, kaszel suchy. Dnia 16-ego Lipca przy badaniu chorego S. rozpoznał zapalenie opłucnej z prawej strony, wykonał przekłucie i aspirację 200 ctm. sześć, wysięku opłucnowego, surowiczego-ropnego. Wieczorem oddechanie swobodniejsze, tętno jednak słabe. Dnia 18-ego Lipca chory czuje się bardzo osłabionym, stan bezgorączkowy, tętno 90, niemiarowe. Dnia 19 Lipca stan znacznie lepszy, chory domaga się pożywienia i otrzymał małe ilości mleka i koniak. Dnia 20 Lipca obfite wypróżnienie. Stan bezgorączkowy. Chory skarży się jedynie na ból *in regione epigastrii*. Dziewiątego dnia po operacji zmiana opatrunku, wyjęcie nitki ze szwu powłok brzusznych. Rana zagojona *per primam*, lecz pod powłokami obrzęk bolesny przy naciskaniu. Dwunastego dnia po operacji w środkowej części zagojonej dotąd rany otworzył się ropień, po opróżnieniu się jego wypływa wydzielina żołądkowa. Dziewiętnastego dnia po operacji z przetoki wystawał koniec nitki jedwabnej, przy lekkim pociąganiu wydobyto znaczny kawałek nitki wraz z częścią obumarłej tkanki. Prawdopodobnie częściowa zgorzel ściany żołądka lub dwunastnicy w miejscu zbyt mocno, może, związanego szwu była powodem wytworzenia otworu, a następnie ropnia i przetoki. Stopniowo wydzielanie soku żołądkowego przez przetokę zmniejszało się. Dnia 3 Września, t. j. w 7 tygodni po operacji, wypływ zawartości żołądkowej ustał zupełnie; jedynie z przetoki wypływała nieobfita ropna wydzielina. Jednocześnie z poprawą gojenia się rany i zablizniania się przetoki odżywianie chorego szybko poczęło się polepszać, a waga ciała stale się powiększała. W przeciągu trzech miesięcy choremu przybyło 30 funtów. Po operacji chory wrócił do biura i do codziennych zajęć, czując się przytem tak silnym, jak za czasów dobrego stanu zdrowia. Zawartość żołądkową ZAWADZKI badał kilkakrotnie. Naczezo żołądek pusty; po śniadaniu EWALD'a w 1 1/2 godziny strawiona mączka; kwas mleczny, kwaśności 25%; po obiedzie LEBBE'go w 5 godzin żołądek pusty, w 4 1/2 godzin 50 centymetrów sześciennych zawartości zabarwionej żółcią, słabo kwaśnego odczynu z wielką ilością peptonów. Badanie fizykalne wykazało, że dolna granica żołądka jest na 2 ctm. powyżej linii pępkowej. Kilkakrotnie badany kał był zupełnie prawidłowy, z resz-

tek pokarmowych było trochę krochmalu, brak włókien mięsnych. Skład moczu prawidłowy. Widzimy z powyższych faktów, że, jak dotąd, wynik pylorotomii i wycięcia stosunkowo znacznej części żołądka jest u danego chorego najzupełniej pomyślnym. Czy jednak poprawa zdrowia będzie długotrwała, czas pokaże; wiadomo bowiem, jak często po wycięciu raka żołądka są powroty nowotworu w kilka tygodni, kilkanaście miesięcy, a nawet i paru latach. Chorego za zupełnie wyleczonego uważać S. nie śmie jednak zważywszy, że badanie istoty guza, dokonane przez prof. PRZEWOŚKIEGO, wykazało, że wycięty guz jest rakiem włóknistym (*carcinoma fibrosum*) z niewielką ilością ciał rakowatych, można poniekąd przypuszczać, że recydywa późno nastąpi lub wcale nie nastąpi. Następnie kol. SOLMAN zdemontrował preparat wyciętej części żołądka.

Wiadomości bieżące.

— Wyszedł z druku N. 48 „Odczytów klinicznych“, zawierający pracę oryginalną kol. W. H. KRAJEWSKIEGO: „O chirurgicznem leczeniu pęknięcia macicy podczas porodu“.

— W tych dniach wyszedł w Wiesbaden XXI tom dzieła p. t. „*Jahresbericht über die Fortschritte der Thier-Chemie*“, pod redakcją prof. M. NENCKIEGO za r. 1891. Z powodów od Redakcyi tego wydawnictwa niezależnych nie mogła być uwzględniona w r. b. literatura polska i ruska. Na przyszłość opracowanie literatury polskiej z dziedziny chemii fizyologicznej i patologicznej powierzonem zostało kol. PRUSZYŃSKIEMU [Chmielna 8], któremu autorzy zechcą odbitki ze swych prac przysyłać.

— Jak zwykle z początkiem każdego roku, tak i obecnie, polecamy gorąco naszym czytelnikom Pamiętnik Towarz. Lek. Warsz. Tem śmieiej możemy to uczynić, że wydawnictwo to z każdym rokiem robi wielkie postępy, tak pod względem treści, jak i formy. Ostatni tom daje 1100 stronie druku 12 pięknych tablic, kilkanaście wartościowych prac oryginalnych, przegląd piśmiennictwa lekarskiego za rok 1891, sprawozdania z posiedzeń — i to wszystko za 3 rs. Pomiedzy artykułami są i takie, które każdy lekarz, ehoiby najbardziej praktyczny, mógłby i powinien przeczytać. Co do przeglądu piśmiennictwa lekarskiego, to po prostu nie rozumiemy, jak mogą obejść się bez niego lekarze, biorący czynny udział w naszym piśmiennictwie lekarskiem. A jednak się obchodzą, bo w Galicyi np. i w Poznańskiem Pamiętnik ma zaledwie 2 prenumeratorów. Wreszcie zdaniem naszym i protokoly posiedzeń Towarzystwa, gdyby były skwapliwiej czytane, przynosiłyby bardzo wiele pożytku, mianowicie lekarzom-praktykom. Przypomnijmy sobie, że każdy z nas bardzo chętnie czytuje protokoly posiedzeń towarzystw lekarskich zagranicznych, albo dyskusyje ze zjazdów lekarskich. W spornych mianowicie kwestyjach lekarskich odczytanie najlepszego referatu, albo i kilku nawet, nie da takiego jasnego pojęcia o danym przedmiocie, jak żywa, a w ostateczności choiby tylko dobrze streszczona dyskusya. Toż w swoim czasie nasze pisma informowały swoich czytelników o postępkach medycyny w znacznej części wyciągami z posiedzeń towarz. lek. zagranicznych. Z ostatniego tomu „Pamiętnika“ wspomnimy tu tylko o takich dyskusyjach, jak np.: o leczeniu dysenteryi, o chorze i jej leczeniu, o dyfteryie i krupie, o znaczeniu komórek eozynofilowych, o właściwości lub niewłaściwości interwencyi chirurgicznej i o wyborze operacyi w całym szeregu cierpień. Powtarzamy raz jeszcze: „Pamiętnik Tow. Lek. Warszawskiego“ zasłużył i zasługuje na liczniejszych, prenumeratorów, zwłaszcza zaś czytelników.

— Na jednym z posiedzeń „Towarzystwa dla medycyny wewnętrznej“ w Berlinie LEYDEN przedstawił 37-letnią chorą, szwaczkę, której cierpienie możnaby nazwać „*furor operativus subjectivus*“ [p. „*Deutsch. medicin. Wochenschr.*“ N. 1. 1893]. Rzeczywiście kobieta ta posiada namiętność ulegania zabiegom chirurgicznym i w przeciągu ostatnich 5 lat przeszła nie mniej nad 7 dużych operacyj. Pierwsze dwie miały miejsce na macicy: poprawa, po nich uzyskana, tak zachęciła chorą, że nieledwie jako rekonwalescentka udała się do szpitala Friedrichsheim, gdzie jej zrobiono laparotomiję rzekomo w celu wycięcia wrzodu żołądka. W trzy kwartały potem operacyja nerki wędrującej, w roku 1890 laparotomija z powodu zaburzeń żołądkowych, w r. 1891 — odjęcie palucha, w tym samym roku — czwarta laparotomija z powodu zaburzeń żołądkowych. Z zebranych przez LEYDEN'a wiadomości okazało się, że operacyje te zupełnie nie były potrzebne, choiczą chora twierdziła, iż wycinano jej wrzody na żołądku, przyszywano nerkę i t. p., że operacyje robione były

na usilne żądanie chorej, że nieraz odmawiano operowania, nie widząc żadnej potrzeby. Nie to nie pomagało, bo chora póty nachodziła, póki nie dopięła swego; jeśli zresztą nie chciano operować w jednej poliklinice, to szła do innej. Jak łatwo się domyśleć, była to osoba wysoce nerwowa, histeryczka, u której nowoczesne prądy chirurgiczne równie chętny posłuch znalazły, jak u innych histeryczek lub neurasteników: metoda KNEIPP'a, hipnotyzm, wstrzykiwanie soku jądrowego i t. d.

Podobne osobniki nie stanowią, zdaje się, rzadkości. LEYDEN mógł opowiedzieć jeszcze o kilku, a i w Warszawie znana jest lekarzom, (o ile wiemy kol. MATLAKOWSKIEMU, KRAJEWSKIEMU, JAWDYŃSKIEMU, PUŁAWSKIEMU, GROSTERNOWI, GAJKIEWICZOWI i innym) osoba, także histeryczka, która już kilka razy przechodziła przecięcie krtani. Działo się to zwykle w taki sposób. Chora przybywa do szpitala z bezgłosem, chrapiwym oddechem, błagając: „noża, noża“. Cały wypadek robi wrażenie nagłego zwężenia krtani, czy czegoś innego w tym rodzaju; chirurg natychmiastowo krtani przecina. W kilku przypadkach chora uspokoiła się zaraz po operacji, ale kilkakrotnie duszność trwała dalej, mimo tracheotomii, i ustępowała przy bronie lub po wstrzyknięciu morfiny. Podobne zachowanie się, oraz badanie krtani dało ostatecznie poznać, z kim się ma do czynienia; ale chorej wprost udało się ulecz 6 razy operacji, zanim ją poznano. Charakterystycznym jest, że podczas takiego napadu duszności histerycznej chorego nie pozwala na żadną inną pomoc [np. na wstrzyknięcie morfiny], oprócz chirurgicznej.

Wspomnienie pośmiertne.

W coraz już mniejszem gronie profesorów b. Szkoły Głównej śmierć nową zrobiła szereg. W d. 2 Stycznia r. b. zmarł ś. p. JÓZEF KONSTANTY ROSÉ, ur. w Poznaniu d. 12 Kwietnia r. 1826. Skończywszy gimnazjum w mieście rodzinnem, kształcił się na lekarza w Berlinie i tamże w r. 1854 po obronieniu rozprawy „*De leucemia*“ stopień doktora med. otrzymał. Wkrótce potem przesiedlił się do Warszawy i powołany został do wykładów patologii i terapii szczegółowej w nowo utworzonej akademii medyko-chirurgicznej, przekształconej następnie na wydział lekarski b. Szkoły Głównej. Czasowo wykładał także historję medycyny, propedeutykę i terapię ogólną. Porzuciwszy w r. 1873 zawód profesorski, oddał się wykonawstwu lekarskiemu, w którym zdobył sobie sławę biegłego praktyka. Proponowanej mu posady profesora kliniki chorób wewnętrznych w Krakowie nie przyjął. Od r. 1867 był członkiem czynnym Tow. Lek. Warszawskiego. Oprócz wyżej przytoczonej rozprawy inauguracyjnej, ogłosił drukiem: 1) O neurotomii [Tyg. Lek. r. 1854, N. 37 i 38]. 2) Ze szpitala miejskiego w Poznaniu [tamże, r. 1856, N. 32]. 3) Treść patologii celularnej VIRCHOW'a [tamże, r. 1859, N. 41—43]. 4) Dyagnostyka fizyczna chorób chorób płuc i serca, z szczególnym względem na auskultacyją i perkussyją. Warszawa, 1860. 5) O tonie i szmerze diastolicznym serca. Warszawa, 1861. 6) Kurs patologii i terapii szczegółowej podług wykładu D-ra J. K. Rosé, opracowany przez E. CZAJGZYŃSKIEGO i S. PORTNERA, Warszawa, 1861. 7) Zakrzep i zapalenie żyły wrotnej [Gaz. Lek. t. II 1867, str. 517 — 522]. 8) Wykład patologii i terapii narzędzi oddechowych. Cz. I. Choroby krtani i oskrzeli, Warszawa 1858. 9) Pneumonia, zupełny brak płwociny, wyzdrowienie. [Pam. Tow. Lek. Warsz. t. XLII, 1859, str. 124]. 10) Pyothorax z prawej strony, pericarditis, wątroba zepchnięta i t. d. [tamże, t. XLII, 1859, str. 129]. 11) Splenitis traumatica [tamże, t. XLII, 1859, str. 133]. 12) Sprawozdanie ze szpitala Dzieciątka Jezus z oddziału chorych wewnętrznych kobiet z drugiego półroczu 1859 [tamże, t. XLIII, 1860, str. 276]. 13) Zapalenie chroniczne aorty [tamże, t. XLIII, 1860, str. 280]. 14) O tonie i szmerze diastolicznym serca i znaczeniu ich semiotycznym [tamże, t. XLIV, 1860, str. 363]. 15) O upuszczeniu krwi w chorobach serca [Medycyna, r. 1884, N. 2—5]. 16) O szczególnej postaci malaryi spostrzeganej w r. 1883 w Warszawie [tamże, 1885, N. 1]. 17) Z kazuistyki lekarskiej [tamże, 1891 N. 17]. 18) Przełożył z niemieckiego: F. W. BENEKE'go „Listy o balneologii“. Warszawa, 1877.