

GAZETA LEKARSKA.

I. PRZYPADEK WYCIĘCIA MACICY, Z POWODU PEKNIĘCIA TEJŻE PODCZAS PORODU.

WYKONAŁ I OPISAŁ

Dr Aleksander Biegański,

ordynator przytulku dla rodzących Nr. 1 w Warszawie.

—5—

D. 29. IV. 1892 o godzinie 9 rano przybyła do przytulku Antonina O..., wdowa, praczka, 40-letnia, 10 lat za mężem, po raz trzeci rodząca.

W dzieciństwie O. nie przebywała żadnych chorób. Pierwsze miesiączkowanie nastąpiło w 15 roku życia i zjawiało się prawidłowo, w odstępach 4 tygodniowych, trwając po 5 dni za każdym razem. O. wyszła za mąż w 30 roku życia i w 10 miesięcy urodziła chłopca żywego i zdrowego. Poród trwał przeszło 3 doby i był, jak chora utrzymuje, bardzo ciężki. O. sama karmiła dziecko. Pierwsza miesiączka po tym porodzie nastąpiła w 13 miesięcy. Po trzech latach nastąpił drugi poród, równie ciężki, jak pierwszy, i trwał przeszło 3 doby. Płód urodził się nieżywy. Okres połogowy trwał przeszło 3 miesiące, podczas czego O. doznawała silnych bólów w dolnej części brzucha, przy jednoczesnej gorączce i obrzmieniu bolesnem lewej dolnej kończyny (*phlegmasia*). Miesiączka powróciła po 5 miesiącach.

Po sześciu latach po drugim porodzie, a po dziesięciu od czasu zamążpójścia, nastąpiła trzecia, terazniejsza ciąża. Poród rozpoczął się 28. IV. nad ranem, wody odeszły wieczorem.

Stan obecny rodzącej: wzrost mierny, muskulatura słabo rozwinięta, tkanka tłuszczowa cienka, układ kostny przedstawia ślady przebytego rachityzmu. Cięplota prawidłowa, tętno 90, prawidłowe. Chora skarży się na częste i bardzo dokuczliwe bóle. Wymiary miednicy: obwód 80 ctm., *conjugata externa* 17, *conjugata diagonalis* 10,5, *conj. vera* 8. Odległość kości biodrowych 27, odległość kółców przednich górnych 21. Przy pozycji stojącej brzuch obwisły (*henge Bauch*). Podczas bólów, długo trwających, macica nie stawia się na linii środkowej brzucha, lecz pozostaje z dnem, odchylenem ku prawej stronie. Bicie serca płodu słychać wyraźnie po lewej stronie, poniżej pępka. Przy badaniu wewnętrznem znaleziono: usta maciczne rozwarne na 2 ctm., niepodatne; po stronie lewej palec śledzący wyczuwa rozdarcie ust macicznych, idące w kierunku szyi, dosyć wysoko, zakończone grubą, głęboko sięgającą blizną. Pęcherz pękł. Położenie czaszkowe pierwsze, płód ponad wejściem do miednicy.

O godzinie 10 rano, podczas wizyty mojej w przytulku, sprawdziłem powyższe dane, zebrane przez akuszerkę, a znajdując, że bóle porodowe są rzeczywiście zbyt silne i częste, zaleciłem wstrzyknięcie podskórne $\frac{1}{6}$ gr. morfiny i ciepłą kąpiel; nadto nałożyłem opaskę na brzuch. Opuściłem chorą, polecając, żeby mnie wezwano, gdy otwarcie będzie dostatecznem i pomoc moja okaże się potrzebną.

Wezwany do przytulku o godz. 3, dowiedziałem się od akuszerki, że, pomimo zastosowanej morfiny i kilkakrotnej kąpieli, bóle porodowe bynajmniej się nie uśmierzyły. Badanie wewnętrzne, dokonane o godz. 2 przez akuszerkę, wykryło, że otwór ust powiększył się do 6 ctm., i że utworzyło się znaczne przedgłowie, w pół godziny zaś później rodząca dostała bardzo silnych drgawek, które trwały po kilka minut i powtórzyły się przed mojem przybyciem trzy razy. Podczas mojej wizyty znalazłem, co następuje: rodząca zachowuje się niespokojnie, od czasu do czasu rzuca się na łóżku, twarz i kończyny w stanie sinicy, w ustach ślina krwawa, tętno 100, twarde, ciepota 37°, w płucach rżenia i świsty, brzuch twardy i, pomimo zmniejszonej percepcyi rodzącej, bardzo bolesny, na tyle jednak podatny, że mogłem wyczuć skurczoną i znacznie ku stronie prawej zepchniętą macicę, z lewej zaś ponad spojeniem łonowem i w lewym dole biodrowym części twarde płodu. Z pochwy tymczasem wypływa krew ciemna.

Przy badaniu wewnętrznem napotkałem sterzące do pochwy kolanko, a sięgając ręką powyżej, przekonałem się, że płód połową swą przedostał się przez rozdartą szyję maciczną do jamy brzusznej. Wobec tego wydobylem płód na zewnątrz; podczas tego rękoczynu pojawiły się znowu drgawki i trwały około 3 minut. Łóżysko, po wydobyciu dziecka, samo, przy lekkim naciskaniu dolnej części brzucha, z łatwością odeszło. Płód płci żeńskiej, wagi 9 tt , na głowie wyraźne ślady przedgłowa.

Teraz przemyłem jamę maciczną roztworem 4% kwasu bornego i zatamponowałem gazą jodoformową, zmaczaną w 2% roztworze karbolu, macicę i otwór rozdartej szyi; ten ostatni był tak wielkim, że rękę z łatwością do jamy brzusznej wprowa-

Warszawa, w Kwietniu, 1893 r.

I.

Myślą przewodnią Gazety Lekarskiej jest ześrodkowanie rodzimych usiłowań naukowych. Od myśli tej odłączyć nie można pewnego obowiązku pedagogicznego, t. j. obowiązku zdawania sprawy z najnowszych zjawisk naukowych, postronnych, a więc sprawozdań ze zdobyczy, cudzą pracą uzyskanych, oraz aklimatyzowania ich na swojskiej glebie, o ile na to zasługują. Przeglądając roczniki naszego wydawnictwa, z dumą spostrzegłem, że się nasza praca nie na jedno już przydała, a życie i przypatrywanie się lekarzom, w najodleglejszych zakątkach kraju pracującym, przekonywa mnie coraz bardziej, że zamiary nasze wienczą się spodziewanymi skutkami.

Śmiało zupełnie słowa powyższe skreśliłem, gdyż w Gazecie Lekarskiej więcej niż gdzieindziej widzę ślady tego posiewu, którego owoce mnie tak cieszą. Sądzę też, że po za szeregami studyów naszych, czy to oryginalnych, czy sprawa-

dzie mogłem. Stan ogólny chorej w niczem nie zmienił się, tak pod względem bolesności brzucha, jak również i percepcyi ogólnej; na głośne zapytania odpowiada skarżeniem się na mocny ból głowy. Wobec tego wstrzyknałem chorej pod skórę $\frac{1}{6}$ gr. morfiny i 10 gr. antypiryny.

Rozdarcie macicy na tak znacznej przestrzeni, z następnem przedostaniem się płodu, wód i krwi do jamy brzusznej, wreszcie rozpoczynające się zapalenie otrzewnej, wpłynęły na moje postanowienie przystąpienia do laparotomii. W oczekiwaniu więc na zaproszonych do pomocy kolegów, zająłem się przygotowaniem niezbędnych do operacyi narzędzi i opatrunków; w czasie tego drgawki powtórzyły się jeszcze cztery razy.

O godzinie 5 $\frac{1}{2}$ przybył pierwszy kol. FICKI. Wówczas wyjąłem gazę, wypuściłem mocz i wyplókałem pochwę roztworem sublimatu 1:1000. Proszony o zbadanie chorej, kolega F. potwierdził moje rozpoznanie, jak również i wskazania do laparotomii. Niebawem przybyli koledzy KONDRATOWICZ i HORODYŃSKI; ułożyliśmy więc chorą na stole operacyjnym, wymyśliśmy starannie pole operacyi, poczem przystąpiłem do laparotomii. Kol. KONDRATOWICZ zajął się usypianiem chorej, kol. FICKI przytrzymywał podczas operacyi ściany brzucha i trzewa, wreszcie kol. HORODYŃSKI zajęty był narzędziami, gąbkowaniem i przyrządzaniem worka MIKULICZA. Po zachloroformowaniu chorej, wykonałem cięcie ścian brzucha warstwami, w kierunku linii białej, z pod pępka ku spojnieniu łonowemu, długości 7 ctm.. Z chwilą przecięcia otrzewnej, z jamy brzusznej wychlusnęła znaczna ilość krwi, zmieszanej z wodami płodowymi; przechyliliśmy więc szybko operowaną na bok, w celu ułatwienia odpływu krwawych płynów. Chcąc należycie zorientować się, z jakim mianowicie uszkodzeniem mam do czynienia, wprowadziłem rękę do jamy brzusznej, z zamiarem wydobywania macicy na zewnątrz, ale natychmiast przekonałem się, że otwór, przecięty w ścianie brzusznej, jest za szczupłym, i że należy go powiększyć ku górze; dokonałem więc tego i wydobylem macicę nazewną.

wodzawczych, przydać się może od czasu do czasu odcinek, a więc miejsce, w którym by można wypowiedzieć się z wrażeń, dotyczących krytyki naszego stanu umysłowego, naszych kierunków i naszej sprawności zawodowej w stosowaniu nowo zdobytych pomysłów i metod.

Niedawno minęły czasy, w których większość naszych lekarzy odzywała się z nietajonym przekąsem o antyseptyce, a ze złośliwością i drwinkami o pasywności teorii chorób przyranych. Trzeba było dopiero setek laparotomii i resekcji kiszek, dokonanych przez ORŁOWSKIEGO, KOSIŃSKIEGO, MATLAKOWSKIEGO, JAWDYŃSKIEGO, KRAJEWSKIEGO i wielu innych, zanim nowożytna chirurgia zdołała sobie wyrobić jakie takie zaufanie u naszej publiczności lekarskiej. Gazeta ciągle kierunek ten wszystkimi popierała siłami i w końcu wpływ znaczny na umysły wywarła. Był czas jednak, gdy z moich listów „o leczeniu ran“ i z MATLAKOWSKIEGO artykułów „o metodzie LISTERA“ potrochu żartowano, a prawie ogólnie mianowano je eutuzystycznymi zachwykami młodej chirurgii. Smutno mi jest wyznać, iż do dnia dzisiejszego tu i owdzie przekonać się można, że podstawowe zasady antyseptyki jeszcze nie przenikły do gruntu usposobienia i przekonań u wielu osób, szczególnie tych, które [jak i my po części] pamiętają przedlisterowskie czasy.

Macica okazała się w stanie dobrego skurczenia, z brzegów rozdartej z lewej strony szyjki macicznej nie było żadnego krwotoku, wreszcie rana wraz z rozdartą otrzewną zajmowała całą długość szyjki i, ciągnąc się przez pewną część trzonu macicy, kończyła się zagięciem poprzecznym, idącym ku przodowi. Brzegi rozdartej szyi macicznej i otrzewnej okazały się nierównymi, poszarpanymi. Usta maciczne i wspomniane wyżej bliznowate zagłębienie na nich z lewej strony pozostały w całości. Wobec tego przekłułem szyjkę igłą bezpieczeństwa, zaciągnąłem pętlicę elastyczną, o ile się dało najniżej, zważając jednak pilnie, aby w pętlicę nie uchwycić pęcherza, ani kiszki, i teraz dopiero macicę, wraz z jej dodatkami, powyżej pętlicy nożem obciąłem. Po usunięciu macicy ujrzeliśmy jamę brzuszną, wypełnioną obfitą ilością skrzepów krwi i smółki, zalegających przestrzenie pomiędzy splotami kiszki. W celu dokładnego oczyszczenia otrzewnej i uniknięcia groźniejszych objawów jej zapalenia, zrobiliśmy w następujący sposób tualetę jamy brzusznej: płatami gazy sublimatowej, przed samą operacją kilkakrotnie wygotowanymi w wodzie destylowanej, wymaczaliśmy, wyczyścili i, o ile się dało, obsuszyli jamę brzuszną. Z jednej strony ciężki stan chorej, a z drugiej otrzewna, która na obu powierzchniach, ściennej i kiszkowej, przedstawiała silne przekrwienie z odcieniem fioletowym, zniewalały nas do możliwego pośpiechu w zamknięciu jamy brzusznej przy pomocy szwów i do ukończenia operacji.

Przedtem jednak, nim do nałożenia szwów przystąpiłem, nie mogłem cofnąć się, pomimo braku czasu, przed powtórnym, dokładniejszym zdaniem sobie sprawy, w jakim stanie pozostawiam kawałek rozdartej, a nie usuniętej szyi macicznej. Badanie to wykazało: że znaczna część rozdarcia wypadła na odciętą macicę, pewna część pozostała zaciśniętą w kikucie, pod trzykrotnym zwojem pętlicy elastycznej, wreszcie bardzo mała część poniżej pętlicy.

W takich tedy warunkach, uspokojony ostatniem badaniem, przystąpiłem do nałożenia szwu, na zasadzie ogólnych prawideł w podobnych przypadkach stosowanych. W celu izolacji kikuta od jamy brzusznej i zabezpieczenia chorej od

Młodsze pokolenie lekarzy w innych już wychowało się warunkach. Inna patologia ogólna ich umysły rozwijała. Wykarmieni są oni nowszymi zdobyczami nauki; nie potrzebują więc zmieniać doszczętnie dawnych wierzeń.

Jak w każdym przejawie umysłowego życia ludzi, tak i w medycynie każda epoka odznacza się walką skrajnych dążeń i przekonań. Obok nieco upartych lub mocno zawziętych konserwatystów, występują na widownię zapaleni [bo młodzi] postępowcy, silnie wierzący w nieomylność ostatnio zdobytych teorii naukowych. Zawsze i wszędzie pewne doświadczenie życiowe oraz krytycyzm sądu własnego stanowią cenną broń i przewagę, od posiadania której zależy zdobycie bardzo odpornej twierdzy, zwanej „rozmąną bezstronnością“. Kto tę twierdzę raz zdobył, nie powinien jednak na laurach zasypiać. Utrzymać się na tej raz tak mozolnie zdobytej pozycji jest rzeczą zazwyczaj arcy-trudną. Tylko mocą ciągłej pracy naukowej i pod ochroną nieustającej krytyki własnych zdań oraz poglądów można się na tej pięknej utrzymać wyżynie.

Może trochę nie dobrze postępujemy w chwili obecnej, może olśnieni blaskiem najnowszych tryumfów nauki, zaniewidzieliśmy nieco, a pole widzenia naszego niekorzystnie się ograniczyło?

dalszego rozwoju zapalenia otrzewnej, do jamy, w dół rany, ponad kikut, wprowadzonym został worek MIKULICZA, sporządzony z gazy jodoformowej, zawierający wewnątrz 3 paski gazy. Kikut umieściłem w dolnym kącie rany i starannie, o ile się dało, wyrównałem brzegi przy pomocy nożyczek. Obmyliśmy wreszcie linię szwów 2% roztworem karbolu i nałożyliśmy zwykły opatrunek, po czem chorą umieszczono na łóżku.

Operacja trwała 3 kwadranse i skończyła się o godz. 6½ wieczorem. Tętno chorej podczas operacji nie przewyższało 100 uderzeń na minutę i długi czas jeszcze po operacji trzymało się na tej wysokości. Po przeniesieniu ze stołu operacyjnego na łóżko, chora natychmiast przebudziła się, nie powróciła jednak do zupełnej przytomności pierwej, niż nazajutrz rano. Znowu pojawiły się drgawki i do godz. 9 wieczorem powtórzyły się trzy razy; należy jednak nadmienić, że odznaczały się od drgawek podczasporodowych znacznie mniejszem natężeniem i krótszem trwaniem. O godzinie 9 ciepłota 37,5° C., tętno 90. Stan ogólny zadawalający.

30. IV. Dzień pierwszy po operacji. Ciepłota 37,2° C.. Tętno 85, pełne. Język wilgotny. Brzuch niebolesny. Przytomność zupełna powróciła jeszcze o 5 godzinie rano. Stan ogólny bardzo dobry. W nocy sen był niespokojnym, chora co chwila budziła się. Ciepłota południowa 37,3° C.; wieczorna 37,5° C.. Tętno 80. W ciągu doby wypuszczono 3 razy cewnikiem mocz, który chora sama oddawać nie jest w stanie. Dyeta — wino.

1. V. Dzień drugi. Ciepłota 37° C., tętno 80. Język wilgotny, nieobłożony. Brzuch mały, miękki, przy dotknięciu cokolwiek bolesny. Chora użala się na kaszel, podczas którego ból w brzuchu staje się dotkliwym. Ciepłota południowa i wieczorna 37°, tętno 80. Zalecono chorej w dalszym ciągu wino.

2. V. Dzień trzeci. Ciepłota 36,2°, tętno 70. Język wilgotny; brzuch wzdęty i bolesny, co podczas kaszlu wzmaga się. Zalecono chorej wino i makowiec po ½ gr. 3 razy dziennie. Za pomocą zgłębnika gumowego wypuszczono gazy z kiszki prostej.

Ostatnie wyniki badań bakteriologicznych zaimponowały słusznie wszystkim. Jednak uczniowie, zachwyceni legendami prawie zwycięstwami chirurgii nowoczesnej, poczynają wychodzić z klinik z pewną ujemną jednostronnością przygotowania. Przeświadczeni bywają najczęściej, że się nie ulękną najcięższych zadań chirurgii brzusznej, śmiało też przystępują do usuwania większych nowotworów, umiając wybornie dawać sobie radę z antyseptyką. Niejednokrotnie jednak widzę w nich: 1-o zaniedbanie anatomii, 2-o niezajomość klasycznych metod operacyjnych, 3-o zarozumiałe poleganie na improwizacyjnej sile własnej, 4-o słabo rozwinięte poczucie dokładnej i sumiennej dyagnostyki, 5-o zaniedbanie całej tej części patologii chirurgicznej, która dotyczy zjawisk prostych, a więc najczęstszych, 6-o wreszcie, nie wystarczającą znajomość spraw septycznych, które, o ile rzadko w szpitalu, o tyle często w życiu spotykać się dają.

Ujemny ten wynik zależy pono głównie od doszczętnego rzucenia w kąć starej kliniki takich NELATON'ów, GOSSELIN'ów, ALLINGHAM'ów i t. d.

Zdaniem mojem, dzielni pod każdym względem nasi młodzi koledzy błędzą tutaj niewątpliwie, bo, właściwie mówiąc, zaczynają od końca. Nie mam tu naturalnie na myśli tych, którzy-to dwa razy widzieli w szpitalu enterorafię, przez do-

3. V. Dzień czwarty. Ciepłota 36,8°, tętno 66. Chora narzeka na bezsenność, trapiącą ją ubiegłej nocy, na wzdęcie i przykry ból brzucha, wreszcie na czkawkę i wymioty. Wobec znacznego wzdęcia brzucha, opatrunek rozluźniono. Wstrzyknięto pod skórę $\frac{1}{4}$ gr. morfiny i wypuszczono mocz i gazy kiszkowe. Chora otrzymała lód w kawałkach do polykania i wino. Ciepłota wieczorna 37° C.

4. V. Dzień piąty. Ciepłota 37°, tętno 70. Język wilgotny, nieobłożony. Brzuch bardzo wzdęty i bolesny. Czkawka i wymioty powtarzają się. Chora swem zachowaniem się zdradza niepokój. W ciągu dnia powtórzono wstrzyknięcie morfiny 3 razy. Zalecono wino i lód w kawałkach. Gazy kiszkowe wypuszczone zostały za pomocą zgłębnika. Zdjąłem przemoknięty opatrunek, usunąłem z worka jeden pasek gazy jodoformowej, napojony płynem krwawym, lecz niezbyt mokry, poobcinałem nożyczkami zmartwiałe brzegi kikuta i, znajdując ranę w stanie zadawalającym, nałożyłem świeży opatrunek.

5. V. Dzień szósty. Ciepłota 36,8°, tętno 70. Naprężenie i wzdęcie brzucha znacznie się od wczoraj zmniejszyło. W nocy chora nieźle spała i sama oddawała mocz, jak również i gazy. Brzuch wieczorem jeszcze jest cokolwiek bolesnym. Po odejściu gazów chora czuje się bardzo dobrze i jest wesolą.

6. V. Dzień siódmy. Ciepłota waha się około 37° C., tętno 80. Stan ogólny bardzo dobry, bez zmiany.

7. V. Dzień ósmy. Ciepłota 38,5°, tętno 80. Brzuch bolesny, nieco wzdęty. Usunąłem opatrunek. Z worka wyjąłem pozostałe dwa paski gazy, a na to miejsce wsunąłem jeden świeży; przyciąłem zmartwiałe szczątki kikuta, wypłókałem ranę, jak również i jamę worka MIKULICZA 4% roztworem kwasu bornego, wreszcie nałożyłem świeży opatrunek. Wieczorem, po odejściu gazów, stan chorej poprawił się.

8. V. Dzień dziewiąty. W stanie ogólnym nieznaczna, lecz ciągną poprawa. Usunąłem nieco przemoknięty opatrunek i zdjąłem połowę szwów z rany brzusznej, brzegi jej zrosły się *per primam* i nie pozostawiają nic do życzenia. Wyciągnąłem gazę z worka, nie usunąłem go jednak, lecz lekko zluzowałem. Pozostawiając worek MIKULICZA w swem miejscu dłużej, niż to jest ogólnie

brego chirurga robioną, więc wstępują do lecznicy i ogłaszają się za specjalistów w chirurgii. Ci nie zasługują na to, żeby się nimi w ogóle zajmować.

Mówię o innych, mówię o tych, którym, uczciwie ich wysiłki widząc, chciałbym szczerą koleżeńską radą się przysłużyć, bo mam nadzieję, że krzepkimi dłońmi wysoko podniosą sztandar naszej tradycyi chirurgicznej.

Z przykrością wspomnę, że z pośród tych dzielnych zastępów młodzieży dołatywało mnie niejednokrotnie wygłaszane pewne niesłuszne zdanie o różnicy, zachodzącej między t. zw. „*chirurgia major*“ i „*minor*“.

Różnica ta w przekonaniu młodzieży jest istotną; więc leczenie złamań, zwichnięć, skrzywień, ostrych i przewlekłych zapaleń kości oraz stawów, czyraków, flegmon i róży podobno nie tyle jest warte, co wycinanie nowotworu trzustki. Istotnie „*minorowo*“ brzmi w uszach doświadczonego chirurga takie odróżnianie lekceważące abecadła, którego nie znając, nieświeżo się czyta zazwyczaj. Piękne są takie stołeczno-uniuersyteckie marzenia, ale nie nie warta laparotomia, zrobiona ręką dziewczęcą. Ręka, zanim ją śmiało do jam ustroju wprowadzić można, powinna była przedtem wszystkie bez wyjątku zadania proste rozplątywać: inaczej marnie popisać się musi. To ręka... a umysł?

przyjętem i zalecanem, miałem na uwadze stan silnego podrażnienia otrzewnej, w jakim ją znalazłem podczas tualety i objawy podrażnienia, z jakimi mieliśmy do czynienia na 4 i 5 dzień po operacji. Otóż, obawiając się, że wyciąganie worka może stać się nowym bodźcem mechanicznym podrażnienia otrzewnej, wolałem, pomimo zasad ogólnych, pozostawić i worek i otrzewną w spokoju.

9. V. Dzień dziesiąty. Stan ogólny chorej bardzo dobry. Po zdjęciu opatrunku, wyjąłem ostrożnie worek MİKULICZA, zdjąłem resztę szwów, przyczem żadnego prawie krwawienia nie było. Wyjąłem zluzowaną igłę bezpieczeństwa, usunąłem ligaturę i wyciąłem nożyczkami części zmortyfikowane kikuta. Wreszcie wypłókałem jamę 4% roztworem kwasu bornego, włożyłem tampon z gazy jodoformowej i dałem świeży opatrunek. Chora wieczorem po raz pierwszy oddała sama stolec. Na drugi dzień, przy badaniu chorej i opatrunku rany, okazało się, że kikut, wraz ze zmartwiałą a nieoddzieloną tkanką, zapadł się w sam dół rany.

W szeregu następnych dni zauważyć się dała ciągle poprawa ku lepszemu, tak pod względem rany, jak również ogólnego stanu chorej. Jako niepożądane powikłanie zanotować da się tylko *incontinentia urinae nocturna*, co trwało jednak niedługo; kateteryzowanie pęcherza, stosowane trzy razy dziennie i raz w nocy, usunęło to nieprzyjemne na razie dla chorej zjawisko; pozostała jedynie potrzeba częstego oddawania moczu, której przyczynę niżej podam.

Ranę goiliśmy w sposób następujący: do przemywania używaliśmy roztworu 4% kwasu bornego; zmartwiałe szczątki kikuta starannie były wycinane, dopóki zupełnie nie zostały usunięte. Kikut wraz z pozostałą częścią szyi macicznej tak się do rany zagłębił, że chcąc użyć nożyczek, musieliśmy pomagać sobie rękojeściami wziernika NEUGEBAUERA, małego kalibru. Wziernik z łatwością dawał się wprowadzać do jamki i rozszerzał pole widzenia, co pozwalało nam z całą swobodą działać nożyczkami. Zupelne zagojenie i zabliznienie rany nastąpiło w końcu 4 tygodnia; jednocześnie chora zaczęła wstawać z łóżka i przechadzać

Za moich studenckich czasów mawiał mistrz do ucznia, że zadaniem chirurga jest przede wszystkim być dobrym lekarzem, a potem dopiero chirurgiem, że tedy zadaniem tegoż ucznia w przyszłości będzie: stanąć na wysokości człowieka, wybornie umiejącego ratować swych bliźnich w każdym przypadku, w sposób stanowczy, z całym przeświadczeniem o słuszności wydawanych przez siebie rozporządzeń i z przekonaniem, że wszelkie najnowsze plony pracy naukowej uwzględnionem przezeń zostaną przy takim ratowaniu życia ludzkiego.

Otóż, zdaniem tego mistrza, chirurg powinien lepiej dawać sobie radę z chorym, wypróżniającym się bezwiednie, niż posługacz, powinien lepiej ułożyć pościel w barłogu biednego paralityka, niż siostra miłosierdzia, powinien lepiej klizmy stawiać, niż felczer i nawet lepiej konającego pocieszać, niż kapłan. Samarytaninem być powinien wzorowym, a potem lekarzem i to lekarzem uczonym, anatomem i klinicystą, jednym słowem: mieć prawo do powiedzenia przed sobą samym *nil humani a me alienum puto*.

Wszakże wybór chorych nie od lekarza zależy, a laparotomie nie wypełniają życia zawodowego wszystkich chirurgów. Epoki czasem tak nam wzrok zaciemniają. Ja sam pamiętam czasy, w których lekarz, kończąc uniwersytet, przede wszystkim niepotrzebnie kupował sobie pudło narzędzi amputacyjnych

się po pokoju. Przy pierwszym po operacji opatrunku obecnym był kol. STANKIEWICZ, przy następnych pomagał mi gorliwie kol. HORODYŃSKI.

Takim był przebieg okresu pooperacyjnego, który opisać starałem się jak najkrócej. Dla ścisłości jednak i w celu uzupełnienia obrazu choroby, dodam jeszcze kilka słów o przebiegu i zejściu zapalenia otrzewnej u mojej chorej. Objawy zapalenia na 4 i 5 dzień po operacji przybrały dosyć groźny charakter; nie zadziwiła mnie więc bynajmniej obecność licznych i obszernych zrostów otrzewnej. W końcu 4 tygodnia kol. NEUGEBAUER, odwiedzając ze mną chorą, miał sposobność zbadania i wycucia twardej, rozległej, całą prawie miednicę zajmującej i niewyraźnie zakreślonej masy, czem potwierdził wyniki mojego poprzedniego badania i obserwacji. Pomimo tak znacznych wysięków i zrostów, czynność kiszki, na co zwracam uwagę, nie była zbyt upośledzoną. Przez czas kilku miesięcy, jakie chora pozostawała pod moją obserwacją, zaledwie kilka razy, i to tylko w pierwszych tygodniach, znalazłem wskazania do stosowania środków przeczyszczających.

W pięć miesięcy po laparotomii, pozostałe szczątki tychże zrostów zapalnych dają się wyczuć pod postacią niewielkich i ruchomych stwardniałości powyżej pęcherza. W sześć miesięcy, podczas demonstracji na posiedzeniu klinicznym Towarzystwa Lekarskiego 6. XII. 1892 r., żadnych resztek zrostów nie pozostało. Można było tylko zauważyć znaczne rozejście się mięśni brzucha (*diastasis mm. rectorum*), które po części odnieść należy do laparotomii, przy traktowaniu kikuta zewnętrznem, po części zaś do takiegoż stanu, trwającego już podczas ciąży, który zwykle objawia się obwisłym brzuchem ciężarnych (*henge Bauch*). Objawy częstego oddawania moczu również pozostały: chora w dzień i w nocy moczu dłużej nad 3 lub 4 godziny utrzymać nie może. Pochodzi to od zmiany chwilowej w formie samego pęcherza, który został blizną wciągniętym ku górze, przez co przybrał formę bardziej stożkowatą. Stan taki trwa zwykle dopóty, dopóki zrosty i blizny zupełnie nie ustąpią i nie pooddzielają się. Zej-

i amerykańskie szczypce do wyciągania kul. Potem okazywało się, że nigdy ich nie użył.

Zapominamy o tem, że po za nielicznymi stosunkowo przypadkami cierpienia jamy brzusznej ciągnie się długi, długi i ponury łańcuch nieznosnych, nie zajmujących takiego młodego chirurga chorych i kalek: ropnie, flegmony, wrzody, nietykalne raki, gruźlica skóry, kości oraz stawów, róże, ropnice i posocznice.

Kto nic więcej nie zna jak aseptyczną operację na jamie brzusznej, niech nie staje z nimi do walki. Piękną zaiste jest rzeczą z rycerzem znanym w szranki wyjechać na turniej, przy ogłoszonych tej walki prawach i heroldach, warunków jej strzegących. Więcej nas jednak zachwyci zapaśnik, który dłonią prawie bezbronną pokona tłuszczę, nieszlachetnie nań napadającą.

Dzisiaj ta nieszlachetna zgraja powikłań septycznych jest dla nas prawie nieznaną — antyseptyka zamieniła tych codziennych dawniej gości szpitalnych na pewien rodzaj upiorów, na które studenci zapatrują się obecnie jak na figury z jakiejś fantazyjnej bajki. Młody lekarz boi się tych postaci o tyle, że ich do łóżka chorego nie dopuści, ale w tem łożu przez nie uprzedzony już walczyć z nimi nie potrafi. Jakże wielkiem będzie jego zdziwienie, gdy na prowincję losami zagnany tylko takie stracone już stanowiska odzyskiwać musi.

ście, jakie obecnie obserwujemy, należy przypisać kąpielom solnym, masażowi, wreszcie spokojnemu zachowaniu się chorej w przytoku.

Zanim przystąpię do rozbioru krytycznego wskazań, któremi kierowałem się przy wyborze laparotomii z pominięciem innych środków, pozwolę sobie w streszczeniu podać warunki i okoliczności, w jakich powstają powikłania porodowe, o których mowa. Rzeczy te są dostatecznie znane, nie mam więc zamiaru silić się na obszerniejszy opis; kwestya warunków rozdarcia pochwy i macicy jest dziś wyczerpaną, podaję ją więc, o ile mogę, w streszczeniu.

Praca porodowa macicy w warunkach fizyologicznych zasada się na jej kurczeniu się i wypychaniu z siebie płodu; kurczenie to odbywa się w dnie i korpusie macicy, gdy tymczasem mięśnie szyi rozciągają się i wraz z pochwą są odciągane ku górze; takie unoszenie może mieć miejsce o tyle, o ile na to pozwalają więzy. Gdyby jednak ten tylko bodziec działał przy pracy porodowej, w takim razie zbytne nadeciągnięcie szyi i pochwy macicznej musiałoby aż nadto często wywoływać ich uszkodzenia; zapobiega takim wypadkom tłocznia brzucha, która przytrzymuje pracującą macię i uciska ją do jamy miednicy, zabezpieczając tym sposobem szyję i sklepienie pochwy od zbytznego wyciągania się. Jeżeli jednak tłocznia brzucha, czy to z powodu rozciągnięcia się włókien mięśnia prostego, czy też z powodu osłabienia [bezwładu] przepony, nie działa prawidłowo, to przedewszystkiem w podobnych przypadkach spotykamy się z rozdarciem szyjki, lub z oddarciami pochwy. Twierdzenie to opartem jest na zdaniach BERRY HART'a [1], SCHNEIDER'a [2], GALABIN'a [3], SCHROEDER'a i innych.

Do rzędu warunków usposabiających należy również zaliczyć zbytne rozciągnięcia, lub utratę ściągających włókien w ścianach pochwy i sklepienia, co już obserwował GUGENBERGER [4], CLINTOCK [5] i TIRIARE [6]. Zdarzały się przypadki u wielorodek, które przedtem jak najlepiej porody odbywały. Dalej zanotować należy przebyte sprawy zapalne, pozostawiające po sobie kruchość i nie-

Tęskniąc za sposobnością popisania się w „wielkiej chirurgii“, czyż nie żalamie rąk w obec szarej rzeczywistości *chirurgiae minoris*, zmuszony do uczenia się jej od *a* do *z* tak późno.

Jedyną widzę drogę, na której znaleźć można radę na to, a mianowicie przepędzenie jednego do dwóch lat w oddziałach szpitalnych, oraz korzystanie ze wskazówek i rad, których żaden ordynator kolegom swoim nie poskąpi.

Te uwag kilka powinny by zwrócić umysł, do postępu i pracy zapalone, na drogę trzeźwego i sumiennego kształcenia się. Mniemam, że, zrozumniawszy korzyść istotną i wartość zadowolenia wewnętrznego, należycie ocenimy doniosłość proponowanych przezemnie hamulców.

Proszę pamiętać, że pole naszej działalności rozszerza się gwałtownie; proszę nie zapominać, iż nie wolno lekkomyślnie efektami nowości stroić się po wierzchu, gdy pod tą narzutką togi poważnej nie mamy. Zadanie chirurga staje się z każdym dniem poważniejsze; z każdą więc chwilą coraz sumienniejsze własne przygotowanie krytykować należy.

„Śmiało a uczciwie“. Jedno bez drugiego na nic się nie zda, gdy obie te zasady nie pójdą razem, ręka w rękę.

R. Jasiński.

podatność tkanek, blizny w pochwie i macicy [SPIEGELBERG], zwężenia [MICHAELIS i BOER], guzy kostne, zwężające miednicę [HOFMEIER, 7], nieodpowiednią wielkość płodu, *hydrocephalus*, wreszcie nieumiejętne rękoczyny lekarskie przy dokonywaniu obrotów, zakładaniu kleszczy, wymóżdżaniu i niestosowne zadawanie sporyszu, przed którym ostrzega M-me LACHAPELLE [8], SMITH [9], NIEPRASCH [10], MONDIER [11] i wielu innych.

Trzy momenty z szeregu wymienionych złożyły się na wywołanie rozdarcia szyjki u naszej chorej, a mianowicie: zwężenie ogólne miednicy i skutki spraw zapalnych miejscowych, przebytych w drugim połogu; wnosić o nich możemy z wywiadów i z wyżej wspomnianej blizny, głęboko sięgającej z lewej strony szyjki. Jakkolwiek zwężenie i przebyte sprawy zapalne nawet po szczególe wystarczają do wywołania rozdarcia [SPIEGELBERG, MICHAELIS], u naszej chorej po dwóch pierwszych porodach przybył trzeci moment — *venter propendens*, zmuszający nawet do nałożenia opaski, wobec silnego pochylenia macicy. Te więc trzy momenty usposabiające, przy natarczywych bólach i niedostatecznie otwartem ujściu, spowodowały rozdarcie szyjki macicznej.

Łatwo jest zrozumieć, jak natura w danym przypadku wykonała obrót na nóżkę. Płód znajdował się w macicy, gdy zaś główka nie została jeszcze unieruchomioną w wejściu do miednicy, tem łatwiej z chwilą rozdarcia skierowała się do miejsca mniejszego oporu, t. j. w otwór rozdarłej szyjki, gdy tymczasem tłocznią brzucha wraz z kurczącym się dnem macicy dopomogły do wstąpienia kolanka do pochwy. W tem miejscu rodzi się pytanie, czy należało płód wydobyć przez pochwę, czy pozostawić do chwili laparotomii. Zdawałoby się, że należało płód nietkniętym zostawić: raz dlatego, ażeby, pozostając na miejscu, służył jako tamponada przeciw krwotokowi; a powtóre, aby przy manipulacji wyjmowania płodu nie powiększyć rozdarcia.

Jeżeli jednak zadaniem lekarza jest postawienie organizmu chorego w jak najlepszych warunkach, to i ja w danym przypadku, mając powyższą zasadę na uwadze, uważałem wydobyć płodu za konieczne — popierwsze dlatego, że wzrastający niepokój chorej, wobec drgawek, musiałyby większe uszkodzenie zrobić¹⁾, aniżeli mój rękoczyn, przy którym nie byłem zmuszonym sięgać ręką do jamy macicznej; powtóre, wydobyć płodu dało mi możność przeszkodzenia przedostania się większości wód płodowych i dłuższemu zetknięciu się tychże z otrzewną, jak również zdezynfekowania jamy macicznej i rozdarcia.

Co się tyczy krwotoku po ekstrakcyi, uważałem za pewniejszą tamponadę gazą jodoformową, tem bardziej, że z ogólnego stanu chorej i tętna wnosić mogłem, że ze śmiertelnym krwotokiem nie będę miał do czynienia.

Przy tak znacznem rozdarciu szyjki i rozwijającym się zapaleniu otrzewnej, o nakładaniu szwów, lub zastosowaniu innej metody, z pominięciem laparotomii, mowy być nie mogło. Dostyć rozpatrzyć się w skutkach metody konser-

¹⁾ Na dowód, jak ważnem jest spokojne zachowanie się chorej, przytoczę obserwacyę DOHERTY [12]: podaje on przypadek rozdarcia u rodzącej, dobrze zbudowanej, u której bóle były bardzo gwałtowne i dokuczliwe, co ją wprowadziło w niecierpliwość; rzuciła się więc na bok i w tej chwili nastąpiło oddarcie pochwy od macicy.

watywnej, by przyznać słuszość wyborowi operacyi w naszym przypadku. BANDL [13], RAKIN [14] przytaczają przypadki, że kobiety, które uległy rozdarciu macicy, po wyleczeniu zachodziły w ciążę. WENZEL [15] także mówi o kobietach, które zaszyły w ciążę po przebytem rozdarciu macicy, padały jednak ofiarą przy następnych porodach, a te tylko ocalały, które pomoc lekarska zdolna była ocalić. PISKACEK [16] zebrał 80 przypadków rozdarcia macicy i radzi robić laparotomię w razie przedostania się płodu do jamy brzusznej; również przy istniejących bliznach, po rozdarciu powstałych, zaleca laparotomię, jako przerywatwę przeciw rozdarciu macicy.

Co się tyczy statystyki, to tę znajdujemy w dziele KEHRER'a [17]: 50% wyzdrowień. I tak, SCHOEFFER (*Münchner med. Wochenschrift*) zebrał od czasu LISTER'a, po 1875 roku, 90 przypadków ze śmiertelnością 50%; również HARRIS zebrał 81 przypadków z Północnej Ameryki ze śmiertelnością 50%.

W podanym opisie choroby nie może nie zwrócić uwagi czytelnika względnie łagodny przebieg i nadzwyczaj pomyślne zejście, nie prawie nie pozostawiające do życzenia. Zapewne, że do tego wszystkiego w znacznej części przyczyniła się możność szybkiego przystąpienia do operacyi, bardzo w porę przedsięwziętej. Na równi jednak z tą okolicznością, jak to z całą szczerością wyznaję, miała wpływ na zejście łaskawa obecność przy operacyi wyżej wymienionych Sz. Kolegów. Z całą znajomością rzeczy i z wielkiem widocznem doświadczeniem gorliwie dopomagali mi przy laparotomii, za co na tem miejscu składam im najserdeczniejsze i zasłużone podziękowanie.

L I T E R A T U R A.

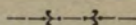
- 1) BERRY HART. The Edinburgh Medical journal. vol. XXI. July. 1883. p. 1—7.—2) SCHNEIDER Archiv f. Gynäcologie. Bg. XXII. S. 309—317. 1884.—3) GALABIN. Transactions of the obstetric. soc. of London. Vol. XX. 1878. — 4) GUGENBERGER. St.-Petersburger medicinische Zeitschrift, Bd. V. 1875. S. 401—435. — 5) CLINTOCK. The Dublin Quarterly journal of Medical scienc. Vol. XLI. 1866. — 6) TIRIARE. Archives de Tocologie. Vol. VII. 1888. — 7) HOFMEIER. Zeitschrift f. Geburtsh. u. Gynäcologie. Bg. X. 1884. — 8) LACHAPELLE. Pratique des accouchements. 1885. — 9) SMITH. Obstetric. Transactions. Vol. XVII. p. 359. 1875.—10) NIEPRASCH. Berliner klinische Wochenschrift. Nr. 27. 1880. — 11) MONDIER. Gazette médicale. 1837. p. 88. — 12) DOHERTY. Dublin Quart. journal. 1842. — 13) BANDL. Ueber Ruptur der Gebärmutter. 1875.—14) RAKIN. Centralblatt f. Gynäcologie. 1879. — 15) WENZEL. American journ. of obst. p. 373. — 16) PISKACEK. Beiträge zur Therapie und Casuistik der Uterusrupturen. Wien. 1889. — 17) Lehrbuch der operativen Geburtsh. v. D r FERD. KEHRER. 1891. S. 255.

II. W KWESTYI WSPÓŁCZESNEGO LECZENIA SYFILISU WCIERANIAMI SZARUCHY I KĄPIELAMI SIARCZANEMI.

Podał

D-r Med. Antoni Elsenberg,

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



[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 17].

VI. List D-ra R. W. Taylor'a w New-Yorku. [dnia 2. III. 1893].

Szanowny Kolego!

Byłem pytany o zdanie moje w kwestyi wartości kąpeli siarczanych u chorych, leczonych wcieraniami.

Nie ulega żadnej wątpliwości, że na chorego korzystnie wpływa pobyt w termach przy skombinowanym leczeniu, lecz bardzo wątpię, czy kąpiel siarczana ma większy wpływ, niż kąpiel ze zwykłej czystej wody. W mojem przekonaniu, świeże, czyste powietrze, zmiana miejscowości, dobre warunki higieniczne o tyle polepszają odżywianie chorego, że jest on w stanie nie tylko dobrze znosić wcierania zwykle stosowane, ale nawet w większych dawkach, a działać będą skuteczniej, niż stosowane w domu chorego.

Teoretycznie kąpiele siarczane zdają się być przeciwwskazane z powodu, że siarka na skórze może utworzyć z rtęcią związek nierozpuszczalny (*sulphuret of mercury*). Tak być może; lecz rodzi się pytanie, czy ten nierozpuszczalny związek nie wywiera leczniczego działania, podobnie jak minimalne cząsteczki żywej rtęci. Jeżeli w czasie wcierań wdychanie najdrobniejszych cząsteczek rtęci, ma rzeczywście miejsce i jest główną drogą dostawiania się rtęci do organizmu, zachodzi więc pytanie: czy przy skombinowanym leczeniu wcieraniami i kąpielami siarczanemi cząsteczki siarku rtęci nie ulatniają się i nie wchłaniają się przez płuca, wywierając działanie lecznicze?

Jednem słowem: teoretycznie kąpiele siarczane są przeciwwskazane podczas leczenia wcieraniami, lecz w praktyce widać, iż w miejscowościach kąpielowych takie skombinowane leczenie wywiera wpływ dodatni. W wielu przypadkach zdaje się, jakoby kąpiele siarczane działały dodatnio na chorych, z powodu swego wpływu na układ nerwowy.

Kąpiele są produktem natury, co skłania wielu chorych do przypisywania im pewnego utajonego działania.

Robert W. Taylor.

VII. List prof. Janovsky'ego w Pradze. [dnia 30. I. 1893].

Szanowny Kolego!

Przedewszystkiem proszę mi wybaczyć opóźnioną odpowiedź na uprzejmy list Pański, ale byłem tak zajęty, iż czasu mi na nią brakło.

Zgadzam się z panem co do długotrwałego leczenia syfilisu podług szkoły francuskiej. Jest to metoda leczenia, której oddawna się trzymam tak w klinice i poliklinice, jak i w praktyce prywatnej, a która mi daje bardzo dobre wyniki. Samo bowiem leczenie objawowe [symptomatyczne] jest niewystarczającym, a statystyka z mojej kliniki, starannie prowadzona przez lata całe, przekonała mnie o wyższości tej metody.

Co się tyczy kąpeli siarczanych, nie zdaje mi się, by jednoczesne stosowanie kąpeli i wcierań merkuryalnych było nieodpowiedniem, ale z drugiej strony nigdy nie widziałem dobrych skutków tej kombinacji. Należy w takich razach przepisywać bardzo duże wcierania, by uniknąć neutralizacji rtęci, co jest widocznem. Największem niebezpieczeństwem dla chorego, leczonego wcieraniami i kąpielami siarczanemi, jest właśnie to, że rtęć nie może przeniknąć do organizmu.

Co do drugiego punktu, w liście Pańskim pomieszczonego, nie mam dostatecznego doświadczenia osobistego co do wydzielenia rtęci podczas kąpeli siarczanych, muszę jednak przyjąć, że przyspieszone wydzielenie [eliminacja] rtęci nie przemawia weale na korzyść, ale przeciwnie, na niekorzyść takiego leczenia merkuryalnego.

Jeżeli Szanowny Kolega zechce zacytować mój pogląd, proszę rozporządzać tym listem podobnie jak woli.

Kończę wyrażeniem mego wysokiego uznania dla Pańskiej doskonałej pracy o leczeniu syfilisu.

Prof. Janovsky.

VIII. List D-ra Leopolda Fontan'a, lekarza konsultanta w Bagnères-de-Luchon, byłego interny szpitali paryskich. [dnia 10. III. 1893]

Szanowny Kolego!

Kwestya, o którą Pan raczysz zapytywać, jest bardzo skomplikowaną i wymagałaby długiej dyskusyi, której ramy listu nie obejmą. Sproбую jednak poruszyć tu ważniejsze punkty.

Pomimo różnic w poglądach, jakie panują o znaczeniu wód siarczanych przy leczeniu syfilisu, powszechnie przyjmują, że są one wymienionym środkiem pomocniczym przy leczeniu swoim. Pod ich wpływem choroby lepiej znoszą rtęć, one to sprzyjają wydzieleniu się rtęci przez błony śluzowe, drogi moczowe i skórę [której czynność pod ich wpływem znacznie się wzmagają], przez co nie dopuszczają do nagromadzenia się rtęci w organizmie. Siarki, siarkony i podsiarkony, zawarte w wodzie źródlanej, rozpuszczają białkany rtęciowe, które się tworzą w tkankach u chorych, poddanych temu leczeniu, i wskutek właśnie tego odczynu chemicznego rtęć staje się nieszkodliwą. Tem również tłumaczy się brak zapalenia błony śluzowej jamy ustnej i brak ślinotoku: fakty obserwowane i objaśnione przez mego wuja D-ra AMEDEUSA FONTAN'A, którego prace naukowe miały tak wielki rozgłos. Od lat 26 już, jak praktykuje w termach siarczanych, mogłem się przekonać, jak ważnymi były jego odkrycia dla hydrologii, ja sam zaś muszę przyznać, że *stomatitis* widywałem tylko u chorych, nasyconych przedtem rtęcią, a więc wyjątkowo tylko.

Skoro stan przewodu pokarmowego pozwala, dają zawsze pierwszeństwo leczeniu wewnętrznemu; rzadko zaś zalecam wcierania szaruchy, do których większość chorych wstręt miewa, gdyż wykonywanie ich wymaga pewnego czasu, szczególnych wygód, czystości, o co nie tak łatwo, gdy się mieszka w hotelu. Wcierania zaś brudzą dużo bielizny i z tego względu są jeszcze niedogodne, że wtajemniczają służącego w chorobę, którą każdy chętnie skrywa przed otoczeniem. Skoro jednak uważam za niezbędne zastosowanie wciekań, nie radzę przyjmować jednego leczenia po drugim, a to by uniknąć neutralizacji efektów rtęci, gdyż niechybnie wytworzyłby się siarek rtęci, który, jako nierozpuszczalny, nie ulegałby wchłanianiu i pozostawiałby na skórze czarne zabarwienie. Zalecam więc dostateczną przerwę między dwoma leczeniami: wcierania choroby przyjmują wieczorem, przed uśnięciem na spoczynek i w takim razie wchłanianie merkurjuszu, które trwa przez resztę nocy, jest zupełnie ukończone, skoro chory następnego ranka wchodzi do kąpieli.

Zachowywania takich samych ostrożności przestrzegam i przy picu wód siarczanych, radząc nie mieszać dwu środków, lecz zawsze używać ich w pewnym odstępie czasu. Działanie tedy dwu środków odbywa się równolegle, bez neutralizacji, a własności ich lecznicze o wiele się wzmagają. Doświadczenie wreszcie uczy, że wody siarczane, same przez się stosowane, podsycają tylko i wpływają na wzmocnienie objawów syfilitycznych, pobudzają je często na nowo i z powodu tej to własności powinny być stosowane w zastarzałych lub wątpliwych przypadkach, jako leczenie próbne. Skoro jednak i rtęć jednocześnie z leczeniem siarczanem bywa stosowana, objawy szybko ustępują, a chorzy daleko lepiej znoszą leczenie swoiste.

To, co tu wypowiedziałem, dotyczy naturalnych wód siarczanych, a zwłaszcza źródeł siarczano-sodowych w Pirenejach. Możliwym zaś jest, iż rzecz się ma nieco inaczej z wodami siarczano-wapiennymi, a zapewne różnice muszą być jeszcze większe, jeżeli się używa sztucznych kąpieli siarczanych. I w samej rzeczy, niepodobna zreprodukować dokładnie wód naturalnych we wszystkich ich składnikach; zauważono nawet, że ogrzewane sztucznie wody nie mają tych własności terapeutycznych, co wody, naturalne ciepło posiadające. Do tych własności mineralnych i kalorycznych należy dodać jeszcze jedną, daleko ważniejszą ich własność: jest to siła dynamiczna, którą posiadają i której przedewszystkiem należy przypisać główne efekty.

Pańskie doświadczenia były przeprowadzone ze sztucznymi kąpielami siarczanymi, a więc w warunkach, które nie pozwalają identyfikować wyników z wynikami, jakie się otrzymuje, stosując wody naturalne. Żałuję więc bardzo, iż nie mogę tak absolutnie podzielać Pańskiego sposobu zapytywania się.

L. Fontan.

IX. List D-ra A. Doyon, lekarza-inspektora wód w Uriage [depart. Isère]. [dnia 11. III 1893]
Szanowny Kolego!

Prawie od trzech miesięcy byłem dosyć poważnie chory, tak, że nie mogłem oddawać się żadnym zajęciom; proszę mi więc wybaczyć mimowolne opóźnienie w odpowiedzi na uprzejmy list Pański, za który dziękuję.

Książkę Pańską o „leczeniu syfilisu“ przeczytałem z wielkim zajęciem. Miałem również przyjemność przeczytania ostatniego Pańskiego artykułu o chorobie RAYNAUD'a, pomieszczonego w *Arch. f. Dermat. und Syphilis*; sporządziłem nawet z niego sprawozdanie, które pojawi się wkrótce w *Annales de Dermatologie*.

Co się tyczy kwestyi współczesnego leczenia syfilisu wcieraniami rtęciowymi i kąpielami siarczanymi, muszę wyznać, że jest to metoda, której się trzymam już oddawna w Uriage, gdzie wody, jak Panu wiadomo, są solankowo-siarczane. To leczenie mieszane daje mi bardzo dobre wyniki.

Nie zauważyłem nigdy, by u chorych, leczonych wcieraniami w termach w Uriage, rozwijały się w późniejszym czasie ciężkie postaci trzeciorzędnego syfilisu. Toż samo mogę powiedzieć i o Bagnères-de-Luchon i Aix-les Bains, gdzie również leczą syfilityków wcieraniami i kąpielami siarczanymi.

W dokonaniem przez E. BESNIER'a i przezmnie tłómaczeniu KAPOSI'ego z r. 1891, w drugim wydaniu francuskim na str. 600, znajdzie Pan nasz pogląd na leczenie syfilisu wogóle i w termach siarczanych.

Po doświadczeniach MERGET'a jestem przekonany, że przy wcieraniach część rtęci jest wchłaniana w stanie lotnym. Z drugiej jednak strony wierzę również, iż rtęć, użyta w postaci wcierań, przenika do przewodów gruczolów łojowych i potowych i że akt mechanizmu wcierań odgrywa tu rolę ważną i niezbędną.

Na dowody przeciwne, jakie Pan podaje, możnaby zauważyć, że czekają one jeszcze na dopełnienia. Inaczej mówiąc, należałoby sprawdzić, czy przy owem skombinowanem leczeniu, wydzielenie rtęci, które, jak Pan zauważył, jest słabsze w ciągu danego okresu czasu, nie trwa za to dłużej. W takim razie nastąpiłaby równowaga, wskazująca, iż ilość rtęci, która przeniknęła do organizmu, była w obu razach też sama i że tylko wydzielenie jest bardziej powolne w jednym z nich.

Obecnie zajmuję się z jednym z moich przyjaciół tłómaczeniem dzieła D-ra FINGER'a z Wiednia „o chorobach wenerycznych“. Zamierza tam pomieścić kilka naszych dopisków, a między innymi i o kwestyi w mowie będącej.

A. Doyon.

X. List prof. Schwimmer'a z Buda-Pesztu. [dnia 12. III. 1893].

Szanowny Kolego!

Uradowało mię to, że i Pan, opierając się również na obserwacjach, jest zwolennikiem „wczesnego leczenia“, gdyż nauka dzisiejszej szkoły Wiedeńskiej każe leczyć syfilis wtedy dopiero, gdy ten już całym organizmem owładnął, co jest zarówno nieracjonalnem, jak i sprzeciwiającem się wszystkim tradycjom terapeutycznym.

Te poglądy wypowiedziałem tak w mojej broszurze „*Die Grundlinien der heutigen Syphilistherapie*“ Hamburg, Voss 1888, jak i na kongresie międzynarodowym w Paryżu w 1889 r., a w innej jeszcze pracy znów do tego powrócę.

Co się tyczy kąpeli siarczanych, mam co do nich pewne doświadczenie, gdyż termy w Ofen [Budapeszt] są siarczanymi i często zalecam te kąpiele wraz z wcieraniami rtęciowymi. Mogę tylko powiedzieć, że termy te, jako leczenie pomocnicze, dobre oddawały usługi, a zwłaszcza jako leczenie następcze (*Nachkur*). Wielkiej wagi jednak do nich nie przywiązuję, gdyż nie wiele dają na wchłanianie siarki przez skórę i skłonny jestem do przyjęcia, że wchłanianie się ona przez płuca. Nie znajduję zaś, by siarka miała neutralizować rtęć, t. j. tę ostatnią osłabiać. Mojem zdaniem wszakże, we wszystkich tych wodach głównym działaczem leczniczym jest ciepłota kąpeli i w ten to sposób działają Akwizgran, Lipik [w Sławonii, jedyne gorące termy jodowe] i t. p. tak dobrze ¹⁾ w porównaniu z zinnymi wodami.

Prof. D-r Schwimmer.

¹⁾ Resp. przy jednoczesnem leczeniu rtęcią.

XI. List Prof. Alfreda Fournier w Paryżu. [dnia 28. III. 1893].

Szanowny Kolego!

Mogę tylko tyle powiedzieć: dosyć często stosowałem wcierania rteciove wraz z kąpielami siarczanemi, z wielkim pożytkiem. Posyłałem licznych chorych, dotkniętych ciężkimi objawami, do Uriage [Isère] i prawie zawsze wychodzili na tem dobrze. Rozumie Pan, iż w tem skojarzeniu są pierwiastki niezmiernie skomplikowane (*des éléments ultra complexes*) i rozmaite, które należy brać pod uwagę.

Mam zamiar przedsięwziąć w moim szpitalu serję doświadczeń w powyższej kwestyi.

Alfred Fournier.

[C. d. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

— 2 —

59. Rieger. Przypadek wycięcia śledziony rozdartej skutkiem urazu.

Czternastoletni wyrobnik spadł z 3-go piętra rusztowania na pierwsze i uderzył się brzuchem o deskę. Natychmiast odniesiono go na oddział autora w stanie następującym. Słabo rozwinięty chłopak, bardzo blady, jęczy, uskarża się na silne bóle w brzuchu. Kilkakrotnie wymiotował brudną cieczą bez śladów krwi. Tętno małe, przyspieszone [110], oddech powierzchowny, przerywany. Brzuch nie wzdęty, na ucisk bardzo wrażliwy, odgłos wypukowy prawidłowy. Na lewej stronie klatki piersiowej kilka powierzchownych zadraśnień skóry. Na drugi dzień zrana bladość powłok znacznie większa. Często czkawka. Ciepłota 36° C.. Tętno 120, drobniejsze niż poprzednio. Oddech żebrowy. Brzuch mocno powiększony. Żołądek wzdęty; zarysy jego widoczne przez powłoki brzuszne. Obmacywanie, nawet najlżejsze, niezmiernie bolesne. Tępość wątroby zaczyna się z przodu od IV żebra, i sięga ku dołowi na szerokość palca poniżej łuku żebrowego. Okolica podbrzusza wykazuje stłumienie odgłosu wypukowego, sięgające ku górze od linii poziomej, na 3 palce odległej od wyrostka mieczykowatego. W bocznych częściach brzucha również odgłos stępiiony, szczególnie ze strony lewej, gdzie ku przodowi sięga prawie do lewej linii sutkowej, ku górze zaś bezpośrednio przechodzi w tępość śledziony. Chory od chwili wstąpienia do szpitala nie oddawał moczu, wypuszczono go więc w ilości 100 grm.; badanie wykazało odczyn kwaśny bez śladów krwi i białka.

Zwiększająca się bladość, coraz bardziej pogarszająca się tętno, tępość znacznych obszarów brzucha przemawiały za krwawieniem do jamy otrzewnej, a to wskutek pęknięcia jednego z wielkich narządów brzusznych. Przewód pokarmowy i żółciowy wykłuczono dla braku gazów w jamie brzusznej lub objawów zapalenia otrzewnej. Brak krwi w moczu przemawiał przeciw uszkodzeniu nerki i dróg moczowych. Pozostawały zatem wątroba i śledziona. Jamę brzuszną otworzono w smudze białej i dodano cięcie poprzeczne w obie strony. Wątrobę znaleziono nieuszkodzoną, śledzionę zaś rozdartą na dwie części. Dolna leży w jamie brzusznej, górna wisi na swym więzie w naczyniach. Te ostatnie podwiązano, resztę narządu usunięto. Wybrano starannie skrzepy i płynną krew, jamę brzuszną zaszyto doszczętnie. W czasie operacyi wstrzyknięto podskórnie 300 grm. 0,6% roztworu soli kuchennej. Przebieg pooperacyjny ze strony jamy brzusznej bardzo pomyślny. Już po 12 dniach usunięto szwy. Trzeciego dnia po operacyi chory uskarżał się na mocny ból w lewej dolnej kończynie; spostrzeżono poczynającą się zgorzel stopy i dolnej części goleni. Wobec osłabienia choro- go z odjęciem kończyny wyczekiwano 3 tygodnie. Wówczas przy znacznie podwyższonej ciepłocie dokonano operacyi GRITTE'go. Rana zagoiła się doraźnie, rzepka przyrosła znakomicie.

W czwartym tygodniu po operacji zauważono powiększenie gruczołów limfatycznych w obu pachwinach do wielkości bobu; w piątym tygodniu można było wyczuć gruczoły pod pachą tej samej wielkości. Następnie powiększyły się stopniowo i wszystkie inne gruczoły limfatyczne, dla badania zewnętrznego dostępne. Pacjent, demonstrowany przez autora w kilka miesięcy potem, miał się znakomicie. Wszystkie czynności ustroju odbywały się prawidłowo. Przez powłoki brzuszne można wyraźnie wyczuć powiększone gruczoły kręzkowe. Inne również większe, niż zazwyczaj. Gruczoł tarczowy jest nieco twardszy i zyskał na objętości.

Autor następujące wyprowadza wnioski. Skoro rozpoznamy pęknięcie śledziony, czy to niepowikłane [jak w danym przypadku], czy też połączone z uszkodzeniem innych narządów jamy brzusznej, należy natychmiast wykonać laparotomię i usunąć uszkodzoną śledzionę; wiadomo bowiem powszechnie, iż dotychczas pęknięcia śledziony, w jakikolwiek sposób powstałe, nieleczone na drodze chirurgicznej, bez wyjątku prowadziły do zjeścia śmiertelnego wskutek krwotoku.

Pod względem fizyologicznym przypadek ten jeszcze raz potwierdza to mniemanie, iż śledziona nie jest niezbędną dla życia i wykazuje zarazem, jakie narządy biorą na się jej zadanie, jako narządu krwiotwórczego.

Jedni główną rolę przypisują szpikowi kostnemu, inni gruczołowi tarczowemu, inni wreszcie wymieniają gruczoły limfatyczne. W danym przypadku wszystkie 3 przypuszczenia zostały stwierdzone; badanie bowiem szpiku kostnego przez Ponfick'a z kości kończyny odjętej wykazało znaczenie wzmoczoną w nim sprawę twórczą. Gruczoł tarczowy, jakśmy to widzieli, powiększył się i stwardniał. Najbardziej zaś wyraźnie zaznaczył się współdziałanie gruczołów limfatycznych.

Badanie krwi za pomocą przyrządu FLEISCHL'a pierwszego dnia po operacji wykazało zaledwie 20% hemoglobiny, czwartego dnia — 35%, 21 dnia 40%, a w kilka miesięcy później 80%. Co do ciałek krwi, to w ciągu pierwszych dni w 1 ctm. sześć. było czerwonych 2,500 000 [zamiast 5,000.000], białych 25.000 [zamiast 5.000—10.000], czyli stosunek czerwonych do białych 100:1 [zamiast 400:1]. Następnie liczba czerwonych ciałek krwi szybko się powiększała, tak, iż później doszła prawie do normy [4,700,000], białych pozostała ta sama, tak, iż stosunek przedstawiał się jak 180:1.

Przy drobnowodzowem badaniu krwi znaleziono z początku znaczną leukocytozę. W większej ilości były neutrofilowe, wielojądrowe komórki. Eozynofile były pojedyncze, w nieznaczonej ilości. Po miesiącu stosunek ten wyraźnie się zmienił: zaczęły przeważać limfocyty. Po kilku miesiącach mniej zauważono leukocytów, więcej zato komórek wielojądrowych; a obok ciałek ziarnistych znaleziono inne z zupełnie jednolitą protoplazmą. Czerwonych ciałek krwi, zawierających jądro, nie widziano ani razu.

(*Berliner klinische Wochenschrift*. 1893. Nr. 8).

A. Leśniowski.

60. Reynier. Wycięcie nerki i moczowodu [całkowite].

20-letni mężczyzna po przebytej gorączce tyfoidalnej (*febris typhoidea*) dostał bólów w prawej okolicy lędźwiowej, od czasu do czasu dreszczów; oddawanie moczu było bardzo bolesne; mocz albo zupełnie czysty, albo też mętny, zawierający białko i ropę; bóle z prawej strony brzucha, powiększające się przy nacisku.

Rozpoznano ropne zapalenie prawej nerki.

Zrobiono typowe cięcie w okolicy lędźwiowej prawej. Zamiast nerki znaleziono torbiel ropną o bardzo cienkich ścianach. Znacznie zgrubiały i rozszerzony moczowód podwiązano, nerkę nad podwiązką odcięto i usunięto, moczowód

wszyto w ranę. W ciągu 2 dni po operacji moczu był czysty. 3-go dnia znów w moczu wystąpiła ropa, powróciły dreszcze wraz z podwyższeniem ciepłoty. Badanie pęcherza za pomocą cystoskopu wykazało, iż z prawego wylotu moczowodowego wypływają krople ropy, z lewego zaś czysty mocz.

Po upływie 2 tygodni po usunięciu z moczowodu podwiązki wypłynęła znaczna ilość ropy, zwłaszcza przy uciskaniu prawego dołu biodrowego. Pomimo przestrzykiwań moczowodu ropienie i podniesienie się ciepłoty trwało dalej. Wobec tego autor rozszerzył ranę i po wycięciu blizny wyciągnął 17 ctm. moczowodu, mając zamiar podwiązać go i uciąć jak najniżej. Tymczasem moczowód pękł; urwało się 12 ctm., reszta wciągnęła się w głąb rany, tak, że niepodobna jej było wydobyć. Objawy powyższe, jako to: gorączka, ropa w moczu, trwały dalej.

Wówczas zrobił autor cięcie w okolicy odbytu z zamiarem odszukania dolnego końca moczowodu w okolicy kiszki prostej i usunięcia go tą drogą. Zabieg ten nie udał mu się zupełnie. Wtedy wobec szybko postępującego wyniszczenia chorego autor, wypełniwszy pęcherz roztworem kwasu borowego i włożywszy do odbytnicy balon PETERSEN'a, zrobił cięcie, jakie się robi dla podwiązania tętnicy biodrowej zewnętrznej prawej, odłuszczył otrzewną i odnalazł moczowód na miejscu krzyżowania się *vasis deferentis* z naczyniami biodrowymi. Owa reszta moczowodu miała 18 ctm. długości, była mocno zgrubiała i rozszerzona, a w okolicy pęcherza niezmienną. Tu właśnie podwiązał ją autor i koniec odśrodkowy odciął i usunął.

Po tym zabiegu mocz już ciągle czysty, rany zagoiły się bez powikłań.

Opierając się na tym przypadku, autor sądzi, że, jeżeli po wycięciu zropiałej nerki ropienie nie ustaje wobec drugiej zdrowej, to należy usunąć cały odpowiedni moczowód przez cięcie wyżej wspomniane.

(*La Semaine Médicale*, Nr. 11. 1893).

A. Leśniowski.

61. Terrillon. Niedrożność przewodu pokarmowego z powodu kamienia żółciowego.

46-letnia kobieta od 5 dni ma objawy niedrożności kiszki. Brzuch znacznie wzdęty. Pętlice kiszki cienkiej mocno rozciągnięte zarysowują się bardzo wyraźnie przez powłoki brzuszne. W prawym dole biodrowym daje się wyczuć guz przy ucisku bolesny.

Leczenie wewnętrzne pozostało bez skutku. Wówczas otworzono jamę otrzewnej cięciem, równoległym do więzów POUPART'a i w jelicie biodrowym w okolicy zastawki BAUHIN'a znalaziono twarde guz.

Za pomocą cięcia podłużnego otworzono kiszkę i wydobyto kamień, który tkwił w otworze zastawki BAUHIN'a, szczególnie go zamykając. Kamień ten w kształcie śliwki, o gładkiej powierzchni, miał 5 ctm. długości, 9 centymetrów w obwodzie.

Kolki wątrobiane, na które chora cierpiała od czasu do czasu już przed operacją, powinny być wzbudzić podejrzenie co do obecności kamienia żółciowego w kiszce.

Kiszkę i powłoki brzuszne zaszyto. Przebieg pooperacyjny bez powikłań.

Podobnych przypadków znalazł autor w literaturze 22, z nich 7 tylko zakończyło się pomyślnie.

(*La Semaine Médicale*, Nr. 10. 1893).

A. Leśniowski.

62. A. Korotnew. *Rhophalocephalus carcinomatosus* [KOTNEW].

W ostatnich latach wielu badaczy podziela zdanie o zakażeniu rakowatym; niema tylko zgodności co do natury pasożyta i nie wiadomo, czy spotykane postaci są to tylko rozmaite okresy rozwoju jednego i tego samego tworzywa, czy

też różnorodne postacie kilku gatunków. Prof. A. KOROTNEW w pracy swojej rozświetla do pewnego stopnia tę ciemną kwestyę. Badając raka wargi i kilka przypadków raka sutki, K. wykrył w nich pasożyta, mającego postać wstążki z szerokim łbem, osadzonym na długim tułowiu. Na łbie znajduje się ciemna plama o niewyraźnych konturach, którą tworzy gruboziarnista protoplazma, barwiąca się odczynnikiem Bierniego na kolor ceglasty, tułów zaś jasno zarysowany składa się z drobnoziarnistej plazmy i barwi się na kolor pomarańczowy. Obok tej dojrzałej postaci, którą K. nazywa ze względu na jej morfologiczne właściwości *Rhophalocephalus carcinomatosus*, istnieje mnóstwo nierozwiniętych postaci. Potomstwo owe najczęściej ma kształt owalny z ciemną plamą po środku i gnieździ się w komórkach rakowatych. Pasożyt, rozrastając się, rozciąga komórkę i wywiera ucisk na otaczające go twory nablonkowe, które znów, natrafiając na opór ze strony zdrowych tkanek, płaszczą się, wyciągają w kształcie sierpa i otaczają komórkę pasożytniczą. W ten sposób powstają ciała rakowate. Z biegiem czasu, pod wpływem zwiększającego się ucisku, komórki podlegają zwyrodnieniu, tworzą rozpad, rojąc się od pasożytów, którym zakaża się cały ustrój. Jednakże część tylko młodego pokolenia dosięga dojrzałej postaci i otrzymuje wkrótce chromatynowe jądro i silnie przełamującą światło otoczkę; ta ostatnia postać następnie ma podobieństwo do kokcydy, ma postać kulistą z podwójnie konturowaną ścianką i drobnoziarnistą zawartością, posiadającą po środku pęcherzyk zarodkowy. Jest to pierwszy okres rozwoju *Rhophalocephali carcinomatosi*. W nich powstają „poczwalki“, którym autor nadaje nazwę „zooidy“. Z macierzystej komórki „poczwalki“ przenikają one do komórek rakowatych i tutaj swobodnie dojrzewają. Oprócz zooidy powstają w komórkach jeszcze t. zw. sporozoidy (*sichelförmige Körper Bütschli; corps falciformes Balbiani*), składające się z pęcherzyków hyalinowych, wśród których skupia się protoplazma, pozbawiona jądra. Los tych sporozoidów jest ciekawy: po wyjściu z komórki rakowej pęka pęcherzyk i protoplazma przystaje do jednej z otaczających komórek, rozlewa się na jej powierzchni, wypuszcza w wromaitych kierunkach niby-nózki, jednym słowem: przeistacza się w amebę. Ilość tych żyjatek jest bardzo znaczna. Dlaczego zaś inni badacze dotychczas ich nie spostrzegali, tłumaczy się to poniekąd wadliwością dotychczasowych metod badania. Działanie sublimatu i przygotowanie skrawków od ręki bez uprzedniego zatopienia w parafinie wystarcza do wykazania obecności ameby. Twory te spotyka się także w tkance łącznej, a nawet zachodzą one jeszcze dalej i, według przypuszczenia K., stają się głównymi sprawcami charaktwa rakowatego. Po niejakiem czasie ameby otrzymują otoczkę, która wyściela przestrzeń międzykomórkową, przez nie zajętą. One dają początek także „zooidom“ i „sporozoidom“, z których pierwsze w dalszym rozwoju przeistaczają się w kokcydy, a ostatnie zawsze tylko w ameby. Wśród komórek spotyka się często próżne pęcherzyki po sporozoidach, które straciły swoją protoplazmę i zawierają śluzowatą substancję bardzo słabo barwiącą się.

W jakim stosunku przyczynowym znajduje się ten pasożyt do raka? Otóż, prof. K. twierdzi, że komórka, w której pasożyt osiada, nie mnoży się, tylko rośnie, że rak powiększa się nie pod wpływem *Rhophalocephalus carcinomatosus*. *Rhophalocephalus* powoduje tylko rozpad raka. Jemu także zawdzięcza nowotwór swój wpływ szkodliwy na cały ustrój. Przyczyny zaś nadmiernego rozrostu komórek epidermoidalnych w guzach trzeba szukać, według prof. K., w czynnikach traumatycznych, które zmieniają do gruntu odżywianie miejscowe.

(*Centralblatt für Bacteriologie u. Parasitenk.* Nr. 11 i 12. 1893). Staweno.

63. Prof. F. Soxhlet. Różnice chemiczne pomiędzy mlekiem krowiem a ko-
biecem i sposoby ich wyrównania.

SOXHLET, który, jak wiadomo, wprowadził tak rozpowszechnione obecnie sterylizowanie mleka zwraca w nowej swej pracy uwagę, że metoda ta nie wy-

starcza wcale, aby krowiemu mleku nadać wszelkie własności, jakie posiada pokarm kobiecy. Wyjaławianie pozbawia mleko zarazków i ich zarodników, nie zmienia atoli w niczem chemizmu jego. Nauki zadaniem jest usunąć takie różnice chemiczne, a mianowicie: 1) odmienne ścinanie się sernika mleka krowiego a kobiecego; 2) różną zawartość soli mlecznych; 3) rozmaitą zawartość pierwiastków odżywczych i ich wzajemny do siebie stosunek.

Utrzymywano dotychczas, że gatunki sernika mleka krowiego i kobiecego są różne, mianowicie: że sernik mleka krowiego ścina się w duże i twarde, a kobiecego w drobne i miękkie skrzepki. Nowe badania wykazują, że różnica ta nie od gatunku sernika zależy, lecz od nasycenia rozczywnu sernika, od zawartości rozpuszczonych soli potasowych i od kwaśności rozczywnu. W mleku krowiem wszystkie te czynniki silnie działają, niż w mleku kobiecym, gdyż mleko krowie zawiera dwakroć więcej sernika, 6 razy tylko wapna i trzy razy kwaśniejsze jest od mleka kobiecego. Rozcieńczając mleko krowie wodą i odpowiednio je neutralizując, możemy otrzymać niemal takie samo skrzepki z mleka krowiego, jak z pokarmu kobiecego. Niestety, tak przyrządzone mleko brunatnieje przy wyjaławianiu i nabiera smaku przypalonego. A zatem neutrylizowanie powinno odbywać się już z p o d o k o n a n e m wyjaławianiu przez dodanie 0,1 gr. dwuwęglanu sodu na 100 grm. nierozcieńczonego mleka.

Rozcieńczanie mleka krowiego wodą w celu upodobnienia go do pokarmu kobiecego posiada tę ujemną stronę, że zwiększa objętość odżywczego płynu i względnie zmniejsza pożywną jego wartość; gdy bowiem 8-tygodniowe dziecię spożyje dziennie 900 grm. pokarmu [G. FREIFFER], a sztucznie żywione otrzyma różną ilość mieszaniny z 1 części mleka i 2 części wody, to pierwsze z nich spożyje 20,6 grm. białka, a drugie tylko 8,0 grm.; w ogóle zaś substancji odżywczych otrzyma pierwsze 113 grm., gdy drugie tylko 29 grm.. To ostatnie zatem nie 900 grm. mleka otrzymało, lecz właściwie tylko 350 [co do ilości białka], lub nawet 230 grm. [co do ogólnej ilości środków odżywczych]; dla zadośćuczynienia właściwej potrzeby powinno ono otrzymać 2250 *resp.* 3600 grm. mieszaniny, zamiast 900 grm. pokarmu kobiecego. Rozcieńczone mleko krowie daje nie tylko nadmiar wody, co wyraża się częstym walaniem pieluszek, lecz nie wpływa na zwiększanie się wagi ciała.

Co do różnicy w zawartości składników mineralnych, to mleko krowie zawiera 2—3 razy więcej popiołu, 4 razy tyle kwasu fosforowego, a 6 razy tyle wapna co pokarm kobiecy. Największą atoli różnicę pomiędzy mlekiem krowiem a kobiecym widzimy w rozmaitej ich zawartości ogólnej środków odżywczych i we wzajemnych tych do siebie stosunkach. Wedle 793 analiz mleka krowiego, a 107 pokarmu kobiecego, dokonanych przez I. KOENIG'a, zawiera:

	wody	białka	tłuszczu	cukru ml.	popiołu
mleko kobiece . . .	87,41	2,29	3,78	6,21	0,31
mleko krowie . . .	87,7	3,55	3,69	4,88	0,71
mleko krowie zawiera przeto mniej lub więcej.	-0,24	+1,26	-0,09	-1,33	+0,40

Przez rozcieńczenie mleka krowiego połowiczną ilością 6% rozczywnu cukru mlecznego otrzymujemy mieszaninę, zawierającą tyleż niemal białka i cukru, co pokarm kobiecy, lecz o 1,32% mniej tłuszczu. W jakież więc sposób nadać mleku prawidłową zawartość tłuszczu kobiecego pokarmu? Ponieważ metody, podane przez BIEDERT'a [śmietanka] i SOXHLET'a [na samym ostatku dojrane mleko], okazały się w praktyce trudnemi i niewłaściwemi, przeto autor proponuje obecnie zastąpić brakującą ilość tłuszczu inną substancją równej wartości, a mianowicie wodanami węgla, a z ich grupy jako jedynie właściwy wybiera cukier mleczny. 243 części tego ostatniego odpowiada 100 częściom tłuszczu [RUBNER]; brakujące zatem 1,32% tłuszczu można zastąpić przez 3,19% cukru mlecznego.

Dodając do pewnej ilości mleka krowiego połowę 12,3% rozczywnu cukru mlecznego, otrzymujemy mieszaninę, zawierającą te same ilości pierwiastków odżywczych, co pokarm kobiecy, z tą jedynie odmianą, że $\frac{1}{3}$ tłuszczu została zastąpioną przez równoważącą ilość cukru mlecznego. Cukier mleczny jest jedynym wodanem węgla, służącym do odżywiania noworodków wszystkich zwierząt ssących. Jest on wytworem gruczołu mlecznego; we krwi zwierząt nie znajdujemy go. Fakt ten ważną jest wskazówką samej przyrody, że substancja ta jedynie jest właściwą dla odżywiania noworodków. Krochmal, którym tak powszechnie w praktyce zastępujemy cukier mleczny, jest środkiem dla tego celu jak najnieodpowiedniejszym, gdyż ustrój dziecięcy nie potrafi zmieniać go w maltozę i w dekstrynę. Lecz i maltoza, jakoteż cukier trzcinowy i gronowy nie mogą zastąpić cukru mlecznego; chemiczną swą bowiem reakcją [z kwasem azotowym], zachowaniem się wobec drożdży alkoholowych, szybkością rezorbcyi i innymi własnościami, zupełnie odróżniają się od tego ostatniego.

Zazwyczaj używa autor mieszaniny, złożonej z 1 części 6% rozczywnu cukru mlecznego i 1 części mleka krowiego.

Dla jedno-miesięcznych dzieci: 8 flaszek aparatu wyjałowionego po 150 grm., napełnionych 75 gramami mieszaniny, a zatem do połowy tylko. Do mieszaniny wlewamy: 3 części wody, 6 łyżeczek drobno sproszkowanego cukru mlecznego [= 18 grm.]; po 1—2 minutowem mieszaniu, gdy już cukier rozpuszczony, dolewamy 3 części mleka krowiego.

Dla 2—3 miesięcznych dzieci: 7 flaszek, po 150 grm., napełnionych 125 grm. mieszaniny. Mieszaninę stanowią: $4\frac{1}{2}$ części wody, 9 łyżeczek cukru mlecznego i $4\frac{1}{2}$ części mleka.

Dla dzieci starszych nad 3 miesiące: 6—8 flaszek, po 150 grm., w zupełności napełnionych. Mieszanina: 6 części wody, 12 łyżeczek cukru mlecznego i 6 części mleka.

(Müncb. medic. Woch. 1893. Nr. 4).

L. Wolberg.

64. Laquer. Szczególna postać parestezyi kończyn. [Akroparaesthesia FRYD. SCHULTZE'go].

Cierpienie to, przez SCHULTZE'go akroparestezyą nazwane, opisane za dotąd przez niewielu badaczy [SCHULTZE, BERNHARDT, NOTHNAGEL, MOHR i kilku angielskich autorów] i nie dające się podciągnąć pod żadną dotąd znaną kategorią chorób nerwowych, cechuje się następującymi objawami:

Występuje napadami w postaci drętwienia i sztywnienia rąk i przedramion do stawu łokciowego, nie ograniczając się do jednego nerwu, lecz zajmując przestrzeń rozlaną na skórze palców, rąk i wyżej, zwykle obustronnie, najwięcej w nocy, kiedy nieprzyjemne uczucie palenia i klucia wzmaga się do silnego bólu, odbierającego sen. W dzień napady występują zwykle samoistnie, niekiedy jednakże wywołują je roboty ręczne, bądź grubsze, bądź drobniejsze, lub dłuższe trzymanie rąk w zbyt gorącej lub zbyt zimnej wodzie. Silne poruszenie, albo pocieranie ramion zmniejsza niekiedy natężenie i czas trwania napadu. Obiektywnie nie dają się wykryć ani znieczulenia w obrębie jakiegokolwiek nerwu, [raczej niekiedy nadczułość dotykowa i bólowa], ani bolesność na ucisk spłotu ramieniowego, lub pni nerwowych, ani też ograniczenie ruchów; anomalie odczynu elektrycznego, zaniki mięśni, zmiany trofoneurotyczne w skórze, objawy naczynioruchowe [bładość skóry] nie były spostrzegane. Natomiast niekiedy subiektywne uczucie zimna towarzyszyło parestezyom i często dosyć znajdowano *urticariam factitiam*.

Z 18 przypadków, obserwowanych przez autora, 2 tylko odnosiły się do mężczyzn. Zgodnie z opisami i innych badaczy, cierpienie to dotyka przeważnie kobiety, wyżej lat 30-tu; w przypadkach autora wiele z tych kobiet odbyło ciężki półóg z obfitymi krwotokami.

W żadnym przypadku nie widział autor histeryi ani hipochondryi, w żadnym też nie przyłączyło się z biegiem lat cierpienie ośrodków mózgowych, któreby wspomniane wyżej objawy parestezyi jako swe zwiastuny wytłómaczyć mogło.

Na zasadzie swych spostrzeżeń autor uważa to cierpienie za neurozę czuciową [zawodową, albo z wyczerpania], powstającą u kobiet, zajmujących się grubszymi lub nawet delikatniejszymi robotami domowymi. Z etyologii tej neurozy dają się stanowczo, zdaniem autora, jakoteż i SCHULTZE'go, wykluczyć zaburzenia w miesiączkowaniu, *climacterium*, zaburzenia przewodów pokarmowego, *arthritis*; pewną rolę mogą, jak się zdaje, odgrywać: konstytucya anemiczna i słaba czynność serca; nigdy wszakże istotne zaburzenia w krążeniu nie towarzyszyły temu cierpieniu.

Pod względem rozpoznania i rokowania należy mieć na uwadze: zwiastuny *pachymeningitidis i myelitidis spinalis*, nowotwory rdzenia kręgowego, *syringomyeliam*, najbardziej początkowy okres *neuritidis multiplicis*, chorobę RAYNAUD'a i erytromelalgję¹⁾. Czas trwania choroby — niekiedy lata całe. W jednym przypadku autora więcej niż 10 lat.

Co się tyczy leczenia, to galwanizacya rdzenia szyjowego, spray z eteru na grzbiet, masaż, preparaty arsenu i bromu, słone kąpiele, rzeczne, oszczędzanie zaś przedewszystkiem rąk, ochrona skóry przez noszenie ciągłe rękawiczek nawet w nocy, sprawadzały czasową poprawę, a nawet w niektórych przypadkach zupełne wyleczenie. Należy przedewszystkiem leczyć niedokrwistość przez dobre odżywianie, dawać fosfor, brom, chininę, lub też antipirynę, fenacetynę. Największe wszakże usługi tak autorowi, jak i SCHULTZE'mu, znanemu skądinąd ze sceptycyzmu w elektroterapii, oddawała elektryczność w postaci galwanizacyi rdzenia lub też miejscowej [ręcznej] kąpieli faradycznej.

(*Neurol. Centralbl. Nr. 6. 1893*).

Mieczysław Goldbaum.

65. W. Dössekker. Przyczynek do nauki o torbielach moczownika.

Kobieta, 42 lat wieku licząca, narzeka na klócie w prawej połowie brzucha w okolicy pępka, bicie serca i zawroty głowy, wreszcie szybko się męczy podczas zajęć domowych. Rozpoznano wówczas torbiel jajnika. Gdy cierpienia chorej coraz bardziej wzmagaly się, zdecydowano operacyę, a badanie szczegółowe przed jej rozpoczęciem wykazało znaczne powiększenie objętości brzucha do rozmiarów ciąży w dziewiątym miesiącu, a to z powodu guza torbielowatego, w okolicy pępka usadowionego, który dawał odgłos wypukowy tępy i wyraźne chelbotanie przy obmacywaniu. Podczas przecięcia powłok brzusznych w smudze białej zarówno otwartą została i sama torbiel, szczelnie zrośnięta i stanowiąca z niemi jakby jedną całość. Z jamy guza wylało się do 4 litrów rzadkiego, krwią zabarwionego płynu. Torbiel, nie posiadając wcale szypuły i sięgając ku dołowi prawie do wierzchołka pęcherza moczowego, wyluszczone bez otwarcia jamy otrzewnej. Cała zatem torbiel mieściła się pomiędzy ścianą brzucha i otrzewną ścienną, nie mając żadnego związku z jelitami, jajnikiem lub macicą. Wobec tego rozpoznano torbiel moczownika (*urachus*). Przebieg operacyjny był pomyślny.

Autor dalej przytacza niektóre uwagi co do własności samego moczownika. Narząd ten, podług HERTWIG'a i WURTZ'a, przy końcu życia zarodkowego zani-

¹⁾ BERGER opisał szczególną postać parestezyi, która w 6-ciu obserwowanych przezeń przypadkach [4 razy u mężczyzny, a 2 u kobiet] również występowała napadami, lecz w kończynach dolnych po dłuższem staniu, chodzeniu lub siedzeniu, czemu towarzyszyło uczucie osłabienia i ociężałości. Pod każdym innym względem byli chorzy jego zupełnie zdrowi. Zdaje się więc, iż miał on do czynienia z taką samą neurozą z wyczerpania, tylko w kończynach dolnych.

ka, tworząc wiąz pętko-pęcherzowy środkowy. Zarosły moczownik jeszcze w pierwszym roku życia człowieka posiada pasmo tkanki nabłonkowej (*Epithelstrang*), stanowiące resztę pierwotnej rurki nabłonkowej (*Epithelröhre*). Liczne badania Wurz'a na trupach dzieci i dorosłych pouczają, że ów wiąz w większości przypadków w dolnym swym odcinku jest niezupełnie zarośnięty i w stosunku do pęcherza moczowego drożny w dolnej swej $\frac{1}{2}$ części. Reszta nabiera cechy tkanki ścięgnistej. Ta właśnie drożna część moczownika w postaci kanału prostego lub krętego z licznymi okrągłymi wypukleniami może dawać, jak to już dawno zauważył LUSCHKA, początek rozszerzeniem torbielowatym. Te mieszczą się poniżej pępka, najczęściej w smudze białej i są zwykle niewielkie, nie przewyższające rozmiarami ziarnka grochu; czasami jednak, jak to miało miejsce w omawianym przypadku, objętość ich może być bardzo znaczną. Ściany torbieli przy badaniu pod drobnowidzem, podług Wurz'a, składają się z warstw następujących: a) z błony bez budowy, *resp.* nie posiadającej wyraźnego tkankowego charakteru, b) z delikatnej tkanki łącznej, zawierającej w sobie liczne jądra, c) z warstwy gładkich, przeważnie podłużnych włókien mięsnych. Podobną budowę tkankową zauważył autor w opisywanej przezeń torbieli. Za swoiste dla torbieli moczownikowych uważać należy cechy następujące:

- 1) położenie guza przedotrzewnowe i brak łączności tegoż z jakimkolwiek bądź narządem jamy brzusznej,
- 2) umiejscowienie guza bliżej pęcherza moczowego, *resp.* spojenia łonowego, niż pępka, na linii środkowej brzucha lub nieco z boku od niej,
- 3) płynna zawartość torbieli i obecność w niej komórek płaskiego nabłonka,
- 4) charakterystyczna drobnowidzowa budowa ścianek nowotworu i
- 5) bóle pomiędzy pępkiem i spojeniem łonowym.

Co do rozpoznania różniczkowego, torbiel moczownika różni się od a) uchyłku pęcherza moczowego tem, że ostatni nigdy nie dosięga tak znacznych rozmiarów i że zawartość jego stanowi moc. Badania Wurz'a wykazują istnienie w dolnym końcu moczownika pewnego rodzaju kłapy, która nie pozwala, aby mocza mógł się przedostać. b) Przedotrzewnowy bąblowiec ma mocną łącznotkankową torebkę, nadto budowa ścian histologiczna jest inna, niż w torbieli. Możliwość powstania, c) torbieli w jajniku lub przyjajniku (*parovarium*) i dalszy rozwój teże w więzie szerokim na zewnątrz otrzewnej z wrastaniem ścian torbieli w powłoki brzuszne dotąd przynajmniej wzmiankowaną w literaturze nie była.

(*Beiträge zur klin. Chirurg. Zehnter Band. 1893.*)

K. Niedzielski.

66. Hoppe. Przyczynę do cierpień syfilitycznych rdzenia kręgowego i mostu Warol'a.

Pierwszy spostrzegany przez autora przypadek dotyczy syfityka, który w kilka lat po zarażeniu dotknięty został bezwładem połowicznym, usuniętym drogą leczenia swoistego. Następnie wystąpiło nieokreślone porażenie, które również znikło w znacznym stopniu; wreszcie wystąpiło porażenie wszystkich czterech kończyn, zniesienie wszelkich rodzajów czucia, *incontinentia urinae et alvi*, odleżyny na kości krzyżowej. *Pleuropneumonia* położyła wkrótce kres cierpieniom jego. Rozpoznanie za życia brzmiało: syfilityczne zapalenie mleczno-szyjowo-grzbietowego. Badanie pośmiertne wykazało w rdzeniu kręgowym dwie, niezależne jedna od drugiej, sprawy patologiczne: 1) ostre ognisko rozmiękczenia w części szyjowo-grzbietowej rdzenia, powstałe bądź wskutek wysięku z opony miękkiej, bądź wskutek zatkania naczyń; 2) skombinowane zwyrodnienie układowe rdzenia, ciągnące się wzdłuż pęczków GOLL'a, po części BURDACH'a, pęczków bocznych mózdkowych, dróg piramidalnych i słupów CLARKE'a. Zwyrodnienie to, zwłaszcza dróg piramidalnych, zajmowało przestrzeń od najwyższej

części szyjowej do najniższej części lędźwiowego zgrubienia rdzenia. Za życia nie mogło ono być podejrzwane z powodu współczesnego istnienia objawów *myelitidis cervico-dorsalis*.

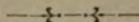
Że to ostatnie było syfilitycznego pochodzenia, świadczy przebieg kliniczny, [kolejne występowanie hemiplegii, innego nieokreślonego porażenia, wreszcie w mowie będącej choroby], zwolnienie po swoistem leczeniu, a co najważniejsza, wyraźne zmiany drobnowidzowe w naczyniach, *endoarteriitis*, częściej zaś *meso- i periarteriitis*. Głównie wszakże w danym przypadku na uwagę zasługuje skombinowane, układowe cierpienie rdzenia, które w połączeniu ze zmianami syfilitycznymi w naczyniach i oponach, jak również w samej substancji rdzenia opisane było tylko kilka razy. Na 30 przypadków skombinowanego, systemowego cierpienia rdzenia, odszukanych przez autora w całej literaturze, w 5-ciu tylko istniały jednocześnie wtórne objawy syfilisu, a zatem w 16% przypadków. Zdaje się więc, że syfilis nie gra w etyologii cierpienia istotnej roli.

Drugi przypadek stanowi przyczynek do kazuistyki ostrego porażenia opuszkowego. Chory przed laty 10 uległ zarażeniu syfilisem, a od kilku miesięcy skarżył się na bóle w potylicy. Nagle wystąpił napad apoplektyczny z bezwładem połowicznym, do którego nazajutrz przyłączyły się wszystkie znane objawy opuszkowe, które w dwa dni zakończyły się śmiercią. Badanie pośmiertne wykazało, że wszystkie te objawy zależały od gumatu w *art. basilaris*, który stanowił, obok bardzo nieznacznych zmian w oponach, jedyną syfilityczną zmianę w mózgu. Ważnem jest również, że przez długi przeciąg czasu silny i uporczywy ból głowy jedyną był oznaką syfilitycznego cierpienia mózgowego.

(Berl. klin. Woch. Nr. 10. 1893).

Mieczysław Goldbaum.

Wiadomości terapeutyczne.



10. **Tolypyrinum.** Tolypiryna pod względem działania fizyologicznego jest najzupełniej podobną do antypiryny, a pod względem składu chemicznego różni się od tej ostatniej tylko tem, że jeden atom wodoru w grupie fenylowej antypiryny jest zastąpiony przez rodnik jednowartościowy metyl.

Za punkt wyjścia do otrzymania tolypiryny służy paratoluidyna, a właściwie otrzymywana z tej ostatniej paratolylhydrazyna.

Tolypiryna jest to proszek bezbarwny, krystaliczny, smaku gorzkiego; rozpuszcza się w alkoholu, w 10 częściach wody; w eterze jest prawie nierozpuszczalną.

Roztwór wodny tolypiryny daje z półtora-chlorkiem żelaza, podobnie jak antypiryna, bardzo mocne zabarwienie czerwone.

P. GUTTMANN (Berl. klin. Woch. 1893. 11) przeprowadził szereg spostrzeżeń nad działaniem tego nowego leku, przekonawszy się poprzednio, że środek wzmiankowany nie posiada własności trujących.

Za materiał do spostrzeżeń służyły choroby gorączkowe, reumatyzm ostry stawów, oraz nerwobóle. Wyniki otrzymane następujące:

Działanie przeciwgorączkowe. Cztery gramy tolypiryny, podawane po jednym gramie co godzina, obniżają ciepłotę gorączkową przynajmniej o 1,5° C., najczęściej o 2° C. i więcej; kilka razy obniżenie wynosiło 3° C. — 3,5° C., a raz nawet 3,7° C.. Opadanie ciepłoty gorączkowej rozpoczyna się już w pierwszej godzinie, a osiąga najniższej granicy po 5 lub 6 godzinach, poczem następuje bardzo powolne podwyższanie się ciepłoty ciała, tak, że za pomocą 4,0 tolypiryny można najczęściej 12, a nawet 18 godzin utrzymywać ciepłotę ciała gorączkową w pewnych granicach obniżenia. Obniżeniu ciepłoty gorączkowej towarzyszą poty [na całym] ciele, szczególnie na twarzy. Poty, mniej lub więcej obfite, trwają najczęściej przez cały czas opadania gorączki. Ponowne wzrastanie ciepłoty ciała zwykle następuje bez dreszczy. Częstość tętna odpowiada zawsze wysokości ciepłoty ciała: zmniejsza się przy opadaniu gorączki, a zwiększa się

podczas ponownego wzrastania ciepłoty ciała. Opadaniu ciepłoty gorączkowej nie towarzyszy żadne nieprzyjemne uboczne działanie.

Dodać tu należy, że w wielu przypadkach podobnie silne działanie antypiretyczne dawało 3,0, w dawkach jednogramowych co godzina podawanych.

Działanie tolypiryny przy ostrym gościecu stawowym okazało się pomyślnem. W świeżych, lżejszych przypadkach tej choroby przy stosowaniu 4,0 *pro die* [co trzy godziny 1,0] już po 24—48 godzin następowała poprawa: bóle i obrzmienie stawów znikaly. Wszelako w cięższych przypadkach daleko dłużej trzeba było czekać na pomyślny wynik.

Działanie tolypiryny przy nerwobólach okazało się zupełnie takim samym, jak działanie antypiryny. Pomyślne wyniki osiągnięto w kilku przypadkach zwyczajnego bólu głowy, oraz w jednym przypadku nerwobólu kulszowego (*ischias*).

Wiktor Grostern.

Wiadomości bieżące.

— C. A. EWALD opisuje w Nr. 12 *Berliner klin. Woch.* z r. b. przypadek syfilisu [?] rdzenia, przebiegający z objawami władu rdzenia. 42-letni mężczyzna przedstawiał typowe objawy władu rdzenia; oprócz tego stwierdzono jeszcze ropień w lewem kolanie i osłabienie na dolnych kończynach czucia termicznego; rozpoznano: *tabes dorsualis, atrophia c. conseq. suppuratione ad genu sinistrum*. Badanie pośmiertne wykazało brak w rdzeniu charakterystycznych dla władu rdzenia zmian, natomiast znaleziono: *arachnitis spinalis chronica fibrosa et gummosa, myelitis interstitialis chronica diffusa, endarteriitis et phlebitis obliterans*. EWALD sądzi, że według wszelkiego prawdopodobieństwa było to syfilityczne cierpienie naczyń i opon rdzenia.

J. W.

— L. FÜRST robił doświadczenia nad rozpuszczalnością kwasu moczowego w moczu, otrzymanym po użyciu wód mineralnych, przyczem wyprowadza następujące wnioski: 1) przy nadmiernem tworzeniu się kwasu moczowego w ustroju nie należy stosować zbyt silnych wód alkalicznych, 2) silniejsze wody alkaliczne [Vichy, Fachingen] wywierają swoje działanie podczas napadu podagry nader szybko, lecz za to słabsze [jak np. Kronenquelle] są znakomitym środkiem zapobiegawczym i mogą być przez dłuższy czas stosowane, bez obawy przeciążenia przewodu pokarmowego, 3) słabsze wody zwalczają dyatezę kwasu moczowego i rozpuszczają w sobie konkrementy tegoż, 4) dwuwąglan wapnia wcale nie jest obojętnym składnikiem wód alkalicznych, jak to powszechnie przypuszczają, gdyż bogate w wapienie Wildungen okazało się nader skutecznym środkiem, rozpuszczającym kwas moczowy, 5) sztuczne wody mineralne nie wywierają pożądanego działania. Co się tyczy diety, to wychodzą z założenia, że nadmierne tworzenie się kwasu moczowego polega na przyspieszonej przemianie materji i na rozkładzie komórek, radzi F. starać się przede wszystkim o pokrycie utraty nukleiny; pożywienie więc powinno być wzmacniające i mieć na celu powiększenie ilości leukocytów; ścisła dieta, zdaniem F., sprzyja tworzeniu się kwasu moczowego. (*Deutsche Medicinal-Zeitung*. 1893. Nr. 18 i 19).

J. W.

— Kwestya, jaką drogą dostaje się zarazek promienicy do ustroju, już od kilku lat zajmuje umysł lekarzy. Jedną z najnowszych prac w tym kierunku jest praca prof. K. PARRISCH'a, umieszczona w Nr. 6 *Wiener klinische Wochenschrift*. Przy pomocy szeregu skrawków, przygotowanych z zepsutego zęba, udało się autorowi wykazać w jednym przypadku na końcu korzenia grudki promienicy. Wobec nieodpowiednich metod, nawet bardzo biegli badacze, jak BOSTRÖM, nie znajdując w resztkach miazgi zębowej promienicy, zaprzeczali możności przejścia zarazka tego przez ząb zepsuty. Prof. P. przypuszcza, że i w tym przypadku, ograniczając się tylko na badaniu zmartwych miękkich resztek zęba, mógł być nie znaleźć grudek. Na zarzut ILICH'a, że w takim razie zarazek z zęba dostawałby się do zębodołu, a następnie do *canalis mandibul.* i tutaj wywoływałby najczęstszą ropienię, prof. P. odpowiada, że zarazki promienicy postępują tą samą drogą, co kokki ropotwórcze, które, siedząc również w spróchniałym zębie, prawie nigdy nie wywołują ropnia w środku kości szczękowej, lecz pod okostną. (*Wiener klin. Woch.* Nr. 8. 1893).

T. St.

— Że nawet wysięki ropne w opłucnej mogą samoistnie uleść wessaniu, tego dowodzi przypadek ogłoszony przez WEINTRAUD'a w *Berliner klin. Woch.* Nr. 15 z r. b.. Dotyczył on 19-letniego