

GAZETA LEKARSKA.

Z PRACOWNI PROF. M. NENCKIEGO I J. PAWŁOWA W INSTYTUCIE MED. DOŚWIAD. W PETERSBURGU.

I. O SOKU ŻOŁĄDKOWYM I PEPSYNY U PSÓW.

Podala

D-r E. Simanowska.



Pracując wspólnie z profesorem PAWŁOWEM nad kwestyą unerwienia gruczołów żołądkowych u psów, przed dwoma laty otrzymaliśmy na drodze złożonego odruchu obfite wydzielanie się soku żołądkowego. Sok ten nie zawierał żadnych domieszek z wyjątkiem niewielkich ilości śluzu i przedstawiał się w postaci przezroczystego, bezbarwnego, kwaśnego płynu, który mącił się wyraźnie przy niskiej ciepłocie przy ciepłocie; zaś niższej od 0° męt ten czasami bardzo łatwo opadał na dno naczynia, jako ziarnisty zupełnie jednorodny osad. Z wielu powodów można było przypuszczać, że w skład tego osadu, jeżeli nie wyłącznie, to przynajmniej w większej części wchodziła pepsyna. Przypuszczenie to skłoniło mnie do przekonania się, czy, korzystając z własności osadu, nie uda się otrzymać pepsyny w stanie czystym i w ilości dostatecznej do zbadania składu tej oddawna dobrze znanej substancyi, która z powodu znacznych trudności ściśle nie mogła być zbadaną.

Zwrócić należy uwagę na fakt, że ilość osadu, opadającego pod wpływem oziębienia, różną bywa w różnych porach soku i u różnych psów. Nieraz nawet przy ciepłocie pokojowej sok mętnieje i tworzy osad, w innych zaś przypadkach powstaje zaledwie widzialny męt, który na dno naczynia nie opada. Oczywiście okoliczność ta zależeć może od koncentracji soku: bardziej zgęszczony i łatwiej mącący się sok otrzymać można, jeżeli zwierzęciu będziemy podawać mniej płynu przed jego zebraniem; zdaje się jednak, że pewną rolę odgrywa tutaj tak indywidualność zwierzęcia, jakoteż i rodzaj pokarmu. Aby otrzymać ilość osadu, wystarczającą do szczegółowego zbadania, potrzeba było znacznych ilości soku żołądkowego.

Sok zbierano w sposób już poprzednio zastosowany przezemnie i prof. PAWŁOWA¹⁾, a polegający na złożonym odruchu, który powstaje przy karmieniu urojonym. W tym celu psu zrobiono zwykłą przetokę żołądkową, w którą wpro-

¹⁾ Archives de sciences biologiques. 1892, str. 594.

wadzono rurkę. Po 3—4 tygodniach, gdy brzegi rany dobrze przylegały do rurki, zwierzęta poddawano ezofagotomii. W większości przypadków psy znośły dość dobrze tę operację i po kilku dniach, a nieraz dopiero po 2—4 tygodniach mogłyby być już użyte do wydobywania soku. Ponieważ po tej drugiej operacji zwierzęta same karmić się nie mogły, trzeba było pokarmy stałe wprowadzać przez przetokę bezpośrednio do żołądka, płyny zaś za pomocą zwykłego zgłębnika przez dolny otwór przelyku. Pokarm, składający się z 700 grm. mięsa, 600 grm. chleba, 2-ch butelek, 1,000—2,000 ctm. sz. mleka i 1½ butelki wody, podawany był w dwóch dawkach zrana pomiędzy godziną 7—8 i wieczorem pomiędzy 5—7.

Zwierzęta zazwyczaj dobrze znoszą zbieranie małych ilości soku [160—300 ctm. sześć.] w pewnych odstępach czasu [np. co 2—3 dni]; przy odpowiednim dozorze waga ich nawet z czasem się podnosi.

W większości przypadków sok był zbieranym dopiero w 15—17 godzin po karmieniu mięsem, a w 4—5 po wprowadzeniu płynu. Zawsze żołądek był pustym lub zawierał zaledwie niewielką ilość śluzu, który z łatwością można było usunąć. Zwierzęciu, umieszczonemu w przyrządzie, nie pozwalającym się wyknąć, podawano mięso pocięte na małe kawałki, które po połknięciu natychmiast wypadło z górnego odcinka przelyku. Sok wydzielac się zaczyna już po upływie 6—7 minut; ilość jego stopniowo się zwiększa, dojsć może do 25 ctm. sześć. w ciągu 5 minut, a wydzielanie trwa przez cały ciąg urojonego karmienia, które trwać może nieraz i kilka godzin. W ten sposób w ciągu godziny wypływa od 150—300 ctm. sz. zupełnie czystego produktu gruczołów żołądkowych, nie zawierającego żadnych domieszek, jako to: śliny, resztek pokarmowych, lub wydzielin kiszkowych. W wyjątkowych tylko razach, gdy zwierzę jest rozdrażnione lub, chciwie chwytając pokarm, nalezycie go nie połyka, wskutek zatkania przelyku występują ruchy wymiotne, a w soku zjawia się żółć. To też zaprzestawano zbierać soku, gdy żółć przez czas dłuższy się wydzielala, małą zaś jej domieszkę zbierano oddzielnie; usuwano również pierwsze 5—10 c. sz. soku, jeżeli się okazało, że nie był zupełnie czystym. Wpoczątkowych naszych doświadczeniach posiłkowaliśmy się sokiem zebrany z różnych psów w pracowni prof. PAWŁOWA, następnie sok zbierano z jednego psa dwa razy na tydzień, czasami i codziennie w ilości, pod 150—300 ctm. sz. Sok przesączano: część jego używano do określenia ciężaru właściwego, kwaśności, chloru, części stałych, popiołu, białka i t. d.; część zaś drugą umieszczano w zimnej atmosferze w celu otrzymania osadu.

Zanim przejdę do opisanja głównej części składowej soku żołądkowego, mianowicie jego osadu, w kilku słowach określe ogólnie jego własności. W celu uniknięcia powtarzań, ze względu na niedawno ogłoszone prace KETCZERA ¹⁾, SANOCKIEGO ²⁾ i KONOWAŁOWA ³⁾, rzecz tę ograniczę tylko do tych kwestyi, które w pracach powyżej podanych autorów nie były uwzględnione.

¹⁾ Odruch ze strony jamy ustnej. Dysseriacya. Petersburg. 1890.

²⁾ Podniety do wydzielania soku żołądkowego. Dyss. Peterburg. 1892.

³⁾ Gatunki pepsyny, znajdujące się w handlu, w porównaniu z normalnym sokiem żołądkowym. Dyss. Petersburg. 1893.

Płyn zupełnie przezroczysty, kwaśny, nie posiadał smaku ubocznego i zbadany w piknometrze, miał ciężar właściwy 1,003—1,0059. Sok bardziej stężony tworzył osad obfitszy przy obniżeniu ciepłoty. Zwrócić należy jednak uwagę na fakt, że ciężar właściwy płynu nie zmieniał się po usunięciu części osadu, co prawdopodobnie da się objaśnić nieznaczną ilością tego osadu, którą można wyosobnić z soku przez oziębienie, gdyż większa ilość substancji pozostaje w roztworze. Świeży sok żołądkowy zwraca płaszczyznę polaryzacji w stronę lewą na 0,7—0,73°. Odczynu biuretowego nie daje, cukier trzcinowy zamienia na gronowy, na krochmal wpływu nie wywiera, pod wpływem bromu nie przybiera fioletowego zabarwienia, leucyny i tyrozyny nie zawiera; zawiera natomiast czasami ślady kwasów tłuszczowych. Kwas azotny wywołuje charakterystyczne mętne kółko na miejscu zetknięcia się z sokiem, poczem cały płyn zwolna mętnieje. Przy ogrzewaniu tworzy się żółty, kłaczkowaty osad, który rozpuszcza się w amoniaku i w alkaliach, nadając płynowi żywe żółte zabarwienie [reakcja ksantoproteinowa]. Ilość części stałych w soku waha się pomiędzy 0,292%—0,60%, ilość popiołu pomiędzy 0,10%—0,166%. Po usunięciu osadu waga stałej pozostałości zmniejsza się, np. przed usunięciem osadu ilość części stałych wynosiła 0,536% i 0,496%, po usunięciu zaś jego—0,520% i 0,466%. Ilość popiołu nie zmienia się wyraźnie w zależności od tworzenia się na zimno osadu, co doprowadza do wniosku, że prawdopodobnie popiół zawiera się w płynnej części składowej soku. Popiół zawiera żelazo, wapień i kwas fosforowy. W naszych doświadczeniach kwaśność wahała się pomiędzy 0,46%—0,58% [do mianowania użyto $\frac{1}{10}$ normalnego roztworu NaOH z nalewką lakmusową; kwaśność obliczono na kwas solny].

Kwaśność, jak wiadomo, może nie ulegać zmianie nawet w ciągu miesięcy; posiadam np. sok, który w ciągu 15 do 17 miesięcy nie zmienił kwaśności. Siła trawienna soku, oznaczona sposobem Merre'a, wahała się pomiędzy 5 $\frac{1}{2}$ —7 $\frac{1}{2}$ mm. przy ciepłocie 36,0°; trawienie jednak, choć nieco wolniej, odbywało się nawet przy ciepłocie pokojowej. Płyn ten trawił nawet przy ciepłocie 0° włókniak w ciągu mniej więcej 2 godzin; własność ta zachowuje się bez zmiany wyraźniej w ciągu 1 $\frac{1}{2}$ do 2 $\frac{1}{2}$ miesięcy, zmniejsza się jednak stopniowo w zależności od ciepłoty¹⁾; zmianę stopniową stwierdzić można nawet przy ciepłocie 0°. Jeżeli poprzednio sok tworzył osad przy oziębieniu, to po upływie kilku miesięcy własność tę traci; a w miarę osłabienia siły trawiącej płyn daje wyraźny odczyn biuretowy i nie tworzy skrzepów białkowych, ani pod wpływem gotowania, ani po dodaniu alkoholu absolutnego. Przy niskiej ciepłocie sok prędko mętnieje; męt ten jednakże przy umieszczeniu płynu w miejscu spokojnym szybko opada, a płyn dzieli się na trzy warstwy: górną—przezroczystą, środkową—mętną i dolną najcieńszą—stanowiącą osad; przytem zauważyliśmy, że tak kwaśność, jakoteż zawartość chloru [oznaczona azotanem srebra i dwuchromianem potasu] wzrastają w miarę opuszczania się do warstw dolnych. Otóż np. przy kwaśności warstwy górnej 0,45%, kwaśność warstwy dolnej wynosiła 0,63, czyli przy kwaśności warstwy górnej 0,4 kwaśność warstwy środkowej wynosiła 0,45, dolnej 1,1. Toż samo stosuje

¹⁾ KETCZER, l. c.

się i do chloru: warstwa górna zawierała 0,7% Cl, środkowa 1,0%, dolna 1,3%. Stąd wynika, że osad przy opadaniu pochłania wielką ilość kwasu. Fakt ten potwierdza również następujące doświadczenie: część warstwy dolnej, t. j. osadu z niewielką ilością płynu, wynoszącą razem 15 ctm. sz., pozostawiono przy ciepłocie pokojowej w ciągu kilku miesięcy; po upływie tego czasu płyn był zupełnie przezroczysty i ani śladu osadu nie zawierał; kwaśność posiadał 1,058% chloru zawierał 1,125%, stałej pozostałości 0,9%, popiołu—0,16%, gdy tymczasem skład soku świeżego był następujący: kwaśność 0,54%, chloru 0,62%, części stałych 0,496%, popiołu 0,16%. Na białko płyn ten nie okazywał żadnego działania, włóknik wolno rozpuszczał.

Przy odparowaniu soku żołądkowego w próżni nad kwasem siarczanym zbiera się znaczna ilość pary kwasu solnego, co łatwo można stwierdzić przy podnoszeniu klosza. Fakt ten najwyraźniej dowodzi, że sok zawiera znaczną ilość tego kwasu w stanie wolnym. Toż samo wydzielanie wolnego kwasu chlorowodorowego można również stwierdzić podczas odparowywania soku przy 21°—30° w przyrządzie DZIERZGOWSKIEGO ¹⁾, gdzie kwas przechodzi do mianowanego roztworu zasady. W obu jednak przypadkach kwas całkowicie nie da się wyrugować, a płyn pozostały posiada bardzo kwaśne oddziaływanie [1,1% i wyżej]. Przy odparowywaniu nad kwasem siarczanym 50 ctm. sz. soku do objętości 8 ctm. sz. lub 350 ctm. sz. do 20 ctm. sz. w przyrządzie DZIERZGOWSKIEGO, otrzymaliśmy płyn nieco mętny, zawierający w pierwszym przypadku osad czarny [zwęglony pod wpływem kwasu], w drugim—osad biały. Płyn ciemno-brunatnego koloru dawał wyraźne biuretowe oddziaływanie, białka nie trawił, ani w stanie pierwotnym, ani po rozcieńczeniu, ani po zubożeniu. Przy odparowywaniu w przyrządzie DZIERZGOWSKIEGO sok pozostawia na ścianach przyrządu dość znaczną ilość białego osadu, który w części może być zmyty wodą i który [jak to się przy badaniu okazało] jest identycznym z osadem, otrzymanym na zimno.

Wiadomo, że świeży sok żołądkowy tworzy zawsze obfity białkowy osad po dodaniu alkoholu absolutnego. Osad ten w stanie świeżym rozpuszcza się w wodzie, zakwaszonej kwasem solnym i w tej postaci trawi białko przy ciepłocie 36° do 37° [w 13 godzin 2—3½ mm.]. Sok ten strąca się przy ogrzewaniu do 58°—60°. Po usunięciu tego skrzepu, alkohol absolutny tworzył nieraz znaczny osad; lecz, jakżeśmy to później zauważyli, fakt ten ma miejsce tylko wtedy, gdy sok nie jest zupełnie czysty. Jeżeli natomiast sok zebrany jest naczeczko, to, po usunięciu skrzepu białkowego przez gotowanie, dodatek alkoholu wywoływał tylko lekką opalizację.

Porównanie wagi osadów białkowatych, wydzielonych z tegoż samego soku żołądkowego za pomocą alkoholu absolutnego i przez nagrzewanie, okazało, że osad w pierwszym przypadku często bywa znacznie obfitszym, aniżeli w drugim. Otóż np. skrzep alkoholowy ważył w procentach: 0,12, 0,13, 0,135, 0,10, 0,062, 0,025; podczas gdy skrzep, otrzymany przez zagotowanie, ważył 0,08, 0,12, 0,11, 0,094, 0,04, 0,011.

¹⁾ p. Archives des sciences biologiques. T. I, str. 195.

Fakt ten można objaśnić w ten sposób, że nieznaczna część białka pod wpływem kwasu i wysokiej ciepłoty przejść może w albumozę i że skrzep alkoholowy mechanicznie pociągnąć może za sobą część popiołu. Porównyując skrzepy białkowe tegoż samego soku w różnym czasie, dochodzimy do wniosku, że z czasem skrzepy te się zmniejszają i wreszcie zupełnie giną, co jest w związku bezpośrednim z trawienną własnością soku; zresztą zwrócić należy uwagę na fakt, że to zmniejszanie się ilości białka jest szybszem i widoczniejszym, aniżeli osłabienie siły trawiennej, jak o tem świadczą liczby następujące:

Czas.	Skrzep po dodaniu alkoholu.	Skrzep wskutek ogrzewania.
26 marca	0,154%	0,12%
29 "	0,13%	0,11%
13 kwietnia	0,1 %	0,06%.

Siła trawienna soku przez czas ten widocznie się nie zmieniła. Na podstawie tego, cośmy mówili o własnościach tych osadów, związek ich z pierwiastkiem trawiennym nie ulega wątpliwości, a fakt ten, że z biegiem czasu sok traci własności trawienne, a jednocześnie nie tworzy osadu, ani pod wpływem alkoholu, ani przez gotowanie, można objaśnić w ten sposób, że prawdopodobnie ferment z biegiem czasu przeobraża się pod wpływem kwasu w albumozę, która się nie strąca i na białko działania nie okazuje.

Sok powolnie zobojętniany wydziela delikatny, kosmkowaty osad, który rozpuszcza się natychmiast, gdy płyn przybiera oddziaływanie obojętne ¹⁾. Otrzymać go z soku świeżego jest bardzo trudno, osad ten nie daje się odcedzić, nie opada, a przy dłuższem staniu rozpuszcza się, podczas gdy z soku zgęszczonego w przyrządzie DZIERZGOWSKIEGO przy 21° [1500 ctm. sześć. do 250 ctm. sześć.] i ostrożnie zobojętnionego otrzymać można na sączku niewielką ilość osadu. Osad ten, po wysuszeniu, rozpuszczał się nieco w wodzie i glicerynie i zakwaszony kwasem solnym słabo trawił białko. Kwaśność tego skoncentrowanego soku dochodziła do 1,55%; przy ogrzewaniu tworzył on nieznaczne męty, przy zobojętnieniu przybierał różowe zabarwienie, badany w spektroskopie nie posiadał charakterystycznej smugi widmowej.

Prawdopodobnie czynnik trawiący soku nie przechodzi przez pergamin. W celu zbadania tych własności przeprowadzono doświadczenie nad 20 ctm. sz. gęstego soku i 60 ctm. sześć. wody destylowanej. Po 24 godzinach płyn w dyalizatorze pozostał mętym i rozpuszczał białko; kwaśność jego obniżyła się z 0,56 na 0,12; płyn zaś, który przeszedł przez dyalizator, białka nie trawił, lecz rozpuszczał włóknik w ciągu trzech godzin; nie strącał się ani pod wpływem alkoholu, ani przy ogrzewaniu.

Pod wpływem prądu elektrycznego sok żołądkowy traci własność trawienną prawdopodobnie wskutek rozkładu kwasu solnego.

Z licznych badań w poniżej przytoczonej tabelicy podaję tylko wyniki rozbiórów dokładniejszych.

¹⁾ Własność tę stwierdził również D-r KONOWAŁOW.

	1	2	3	4	5
Ilość soku	400	250	500	500	1300
Ciężar właściwy	1,0041	1,0041	1,00419	1,00408	1,00409
Kwaśność w ‰	0,584	0,58	0,46	0,467	0,54
Zwartość chloru w ‰	0,589	0,57	0,51	0,489	0,62
Części stałe w ‰	0,428	0,536	0,6	0,58	0,496
Popiół w ‰	0,16	0,140	0,114	0,094	0,166
Skrzep po dodaniu alkoholu w ‰	0,18	0,187	0,189	0,138	0,158
Skrzep wskutek ogrzewania w ‰	0,16	0,165	0,178	0,128	0,16
Osad przy 0° w ‰	0,0114	0,0032	—	—	0,0144
Ilość P ₂ O ₅ w ‰	—	0,00398	—	—	0,0036

Po usunięciu osadu przy 0°.

Ciężar właściwy	1,00409	0,0041	—	—	1,0041
Kwaśność w ‰	0,42	0,48	—	—	0,44
Części stałe w ‰	0,412	0,52	—	—	0,466
Popiół w ‰	0,16	0,140	—	—	0,16
Chlor w ‰	0,43	0,465	—	—	0,45

Po usunięciu osadu alkoholowego.

Kwaśność w ‰	0,54	—	0,43	0,428	0,485
Części stałe w ‰	0,229	0,335	0,395	0,325	0,331
Popiół w ‰	0,14	0,134	0,098	0,085	0,158

Po usunięciu osadu, otrzymanego przez ogrzewanie.

Kwaśność w ‰	—	—	0,44	0,435	0,475
Części stałe w ‰	0,268	0,334	0,40	0,42	0,33
Popiół w ‰	0,15	0,139	0,11	0,09	0,15

Z czystego soku żołądkowego, otrzymanego na drodze złożonego odruchu, można wyosobnić pierwiastek trawiący w sposób trojaki:

1) Przez odparowanie soku w próżni w przyrządzie DZIERGOWSKIEGO przy ciepłocie 21° do 30°; substancja osadza się wtedy na ścianach naczynia w postaci brudno-białego osadu; 2) przez strącenie soku żołądkowego solami obojętnymi; w tym przypadku najlepsze wyniki daje siarczan amonu i wreszcie 3) przez oziębienie przy ciepłocie niższej od 0°. W tym ostatnim przypadku czynnik, trawiący białko opada na dno naczynia w postaci zupełnie jednorodnych drobnych ziarn, od 2 do 3 mm. średnicy, które silnie przelamują światło i robią wrażenie zupełnie czystej substancji chemicznej. Wszystkimi tymi sposobami udało się nam otrzymać pewną ilość czynnika działającego.

Głównie zajęłam się badaniem osadu, otrzymanego przy oziębianiu, jako najbardziej czystego, mała jednak ilość jego pozwoliła mi tylko określić ważniejsze części składowe.

W celu otrzymania znacznej ilości osadu, najdogodniej postępować w sposób następujący: sok, świeżo otrzymany, umieszcza się w miejscu zimnym przy ciepłocie niższej od 0°; sok wtedy szybko zaczyna się mącić i zwolna krzepnie. Następnie płyn wystawia się z zimnego miejsca w celu niezupełnego stopienia lodu, t. j. dopóty, dopóki lód znajduje się jeszcze w naczyniu. W miarę topienia się substancji osad dość łatwo opada na dno naczynia, pozostawiając w górze mętną warstwę płynu, którą można przelać do drugiego naczynia i powtórnie postawić

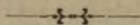
na lodzie; w miarę krzepnięcia męt się zwiększa [gdyż przy ciepłocie pokojowej część osadu już się rozpuściła]. Przy powtórnym topieniu się można otrzymać jeszcze pewną ilość osadu. Rękoczyn ten nieraz kilka razy powtarzać należy [zwłaszcza gdy płyn nie jest dość ostrożnie odlany od osadu] dopóty, dopóki wreszcie męt pozostały widocznie nie opada. Sok świeży łatwiej tworzy osad, aniżeli sok zebrany przed kilku dniami; z tego ostatniego nieraz otrzymać można zaledwie ślady osadu. Wszystkie reakcyje substancyi, w ten sposób otrzymanej, dowodzą wyraźnie, że należy ona do ciał białkowych we właściwym tego słowa znaczeniu. Osad, świeżo otrzymany i nieco tylko wysuszony na sączku, posiada zawsze kwaśne oddziaływanie, w wodzie łatwo się rozpuszcza, trawi białko, przy różnych stopniach kwaśności, najlepiej jednak przy kwaśności nie wyższej od 0,6% i nie niższej od 0,2%. Osad ten łatwo rozpuszcza się w glicerynie różnego stężenia i, słabo zakwaszony, zachowuje własność trawienia białka. Przy oziębieniu roztworu wodnego płyn wyraźnie mętnieje, a przy ogrzewaniu do 60° tworzy skrzep. Wszystkie znane odczynniki na białko dają charakterystyczne osady w wodnym roztworze naszej substancyi; np. kwas octowy z żelazocyankiem potasu, garbnik i alkohol, sole metali. Pod wpływem odczynnika MILON'a roztwór przybiera charakterystyczne czerwone zabarwienie. Przy spalaniu substancyi na blaszce platynowej wywiązuje się charakterystyczny zapach palącego się rogu; zmieszana z tlenkiem miedzi zabarwia płomień na kolor zielony [obecność chloru]. Wobec tego, że substancya ta mogła zawierać w swojej cząsteczce kwas chlorowodorny, który mógł być luźno związanym, przy przemywaniu osadu mogliśmy przeto stracić pewną ilość chloru. Z tego powodu część osadu, otrzymanego przy 0°, wprost zbierałam na sączku bez uprzedniego przemywania, w stanie wilgotnym przenosiłam na szkiełko zegarkowe i suszyłam do wagi stałej z początku w eksykatorze nad kwasem siarczanym, następnie nad wapnem niegaszonym w celu wyrugowania wolnego kwasu solnego. Część drugą osadu przemyto ostrożnie na sączku wodą lodową, przełożono następnie na szkiełko zegarkowe i suszono w eksykatorze nad kwasem siarczanym. Osad suchy roztarto w moździerzu z alkoholem absolutnym, przenoszono na sączek i przemyto absolutnym alkoholem dotąd, dopóki nie zniknęło kwaśne oddziaływanie. Następnie substancya wysuszona w eksykatorze do wagi stałej podobnie jak i osad nie przemyty alkoholem użyte były do rozbioru ilościowego.

[D. n.]

II. W SPRAWIE ROZPOZNAWANIA ROPNIA PODPRZEPONOWEGO.

Podał

K. Chelchowski.



W ostatnich kilku miesiącach miałem sposobność robić przekłucia próbne w dwóch przypadkach ropnia podprzeponowego, przyczem zauważyłem, co następuje. Po wyciągnięciu ropy szprycą PRAVAZ'a, wkłutą w dolne międzybrza do ropnia, podtrzymując ją z lekka tylko palcem przy samej skórze, albo

nawet pozostawiając ją całkiem samej sobie, widziałem najwyraźniej z innymi kolegami, jak szprycka podczas ruchów oddechowych odbywała rozległe ekskursje. Podczas wdechu cała szprycka, zwłaszcza zaś rękojeść tłoka, podnosiła się w górę, podczas wydechu — opuszczała się na dół. Oczywiście, igła szpryki musiała tu odbywać ruchy wręcz przeciwne i opuszczać się przy wdechu, wznosić przy wydechu. Sama przez się nasuwała się myśl, że owe ruchy szpryki zależą od ruchów przepony. Podczas wdechu przepona, kurcząc się, spycha igłę szpryki na dół, samą zaś szprykę wznosi ku górze; podczas wydechu i przepona i wkluta w nią igła wracają ku górze, szprycka zaś opuszcza się. To też zachowanie się takie szpryki powinno upoważniać do wniosku, że igła trafiła pod przeponę, że więc wyciągnięta ropa pochodzi z pod przepony.

Spostrzeżenie moje nie jest nowością. Jeszcze w 1889 r. na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Berlińskiego [z d. 18 marca], podczas dyskusji nad odczytem SCHEUERLEN'a, FUEBRINGER wypowiedział zdanie, że zachowanie się takie szpryki przy wyciąganiu nią ropy jest stanowczym dowodem przekłucia przepony, a więc ropnia podprzeponowego. Zarzucono mu wtedy, że część przepony, pokrywająca ropień, ulega zupełnemu porażeniu i w ruchach oddechowych nie uczestniczy. FUEBRINGER odparł, że owo porażenie przepony nie może przecież nastąpić od razu.

Przypadki moje stwierdzają słuszność zdania FUEBRINGER'a.

W obu tych przypadkach jama opłucnej zawierała nieco płynu surowiczego, jak to wykazywały przekłucia próbne, dokonywane w wyższych międzyżebzach. I tu, w jamie opłucnej szprycka PRAVAZ'a odbywała także ruchy podczas oddechania, ale daleko słabsze, niż w jamie brzusznej i w odwrotnym kierunku: podczas wdechu szprycka opuszczała się nieco na dół, podczas wydechu wznosiła się ku górze. Ruchy te uważałbym za zależne od ruchów żeber podczas oddechania. Przy wdechu żebra podnoszą się w górę, więc i igła wkluta w międzyżebrze unosi się z nimi, szprycka zaś opuści się przez to ku dołowi. Podczas wydechu żebra i igła wracają do dawnego położenia.

Takie samo w mniejszym lub większym stopniu zachowanie się szpryki podczas oddechania widywałem i w kilku innych przypadkach (*hydrothorax*, *pleuritis etc.*), przy przekłuciach próbnym opłucnej.

Ze wszystkiego powyższego wnoszę, że przy rozpoznawaniu ropnia podprzeponowego nieraz samo już zwrócenie uwagi przy przekłuciu próbnym na ruchy szpryki podczas oddechania może rozstrzygnąć wątpliwość, wskazując, czy ropa pochodzi z jamy piersiowej, czy też z brzusznej.

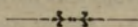
Dodać muszę, że tylko jeden ze wspomnianych przypadków został sprawdzony sekcją. W drugim — do sekcji nie przyszło; nie było nawet i operacji, bo chory się na nią nie zgodził. Rozpoznanie wszakże wobec licznych przekłuc próbnych, nie ulegało wątpliwości.

II. O SKŁADZIE CHEMICZNYM DZIEGCIA SOSNOWEGO

I O JEGO WŁASNOŚCIACH DEZYNFEKCYJNYCH.

Podali

Prof. M. Nencki i D-r N. Sieber.



[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 47].

II.

Kwasy tłuszczowe lotne i kwas pimarowy.

Destylat dziegcia, oprócz wodoru węgla i guajakolów, zawiera lotne kwasy tłuszczowe, które nadają mu oddziaływanie kwaśne. W celu ich wydzielenia, klóciłmy destylat z roztworem sody, wodny alkaliczny roztwór oddzieliłmy i odparowaliśmy na kąpeli wodnej. Więcej niż 90% całej ilości kwasów tłuszczowych stanowi kwas octowy, wskutek czego przy oziębieniu roztwór stężony przemienia się na krystaliczną masę octanu sodu. Przez wielokrotnie powtarzaną krystalizację w obecności węgla zwierzęcego otrzymaliśmy z poprzednio brunatnej masy czysty octan sodu. Kwas siarczany [30%] strącał z ługu macierzystego inne kwasy tłuszczowe, w wodzie nierozpuszczalne; dlatego też całą ilość ługu macierzystego zakwasiliśmy kwasem siarczanym i destylowaliśmy z prądem pary wodnej. Destylat miał postać mleka z warstwą oleistą na powierzchni. Przez wysolenie wyosobniono kwasy tłuszczowe z roztworu wodnego, oddzielono za pomocą lejka dekantacyjnego, wysuszono nad bezwodnikiem kwasu fosforowego i zrektyfikowano. Ciepłota podniosła się szybko do 165° C.; część większa destylowała się przy 180°—185° i 200°—210° C., ostatnie zaś porcje wrzały przy 230°—235° C.. Otrzymane w ten sposób częściowe destylaty jeszcze raz przedestylowano, zobojętniono amoniakiem i strącono azotanem srebra. Z pierwszego destylatu, wrzącego przy 165°—170° C., otrzymano dla soli srebrnej liczby, najbardziej odpowiadające kwasowi waleryanowemu, zawierającemu prawdopodobnie domieszkę kwasu masłowego lub octowego:

Z 0,3959 grm. soli srebrnej otrzymano po spaleniu 0,2090 grm. Ag, czyli 52,79% Ag. Walerynianu srebra zawiera 51,67% Ag.

Destylat częściowy, wrzący przy 180°—185° C., składał się z kwasu waleryanowego, na co wskazuje następujące oznaczenie:

Z 0,3847 grm. suchej soli srebrnej otrzymano 0,2003 grm. Ag, czyli 52,07% Ag.

Destylat, wrzący pomiędzy 205°—218° C., przy rozbiórce soli srebrnej dał liczby, odpowiadające kwasowi kapronowemu, np. destylat o ciepłocie wrzenia 205°—210° C. dał wynik następujący:

W 0,5280 grm. soli srebrnej zawierało się 0,564 grm. Ag, czyli 48,56% Ag.

Destylat wrzący przy 215°—218° C..

W 0,2783 grm. soli srebrnej zawierało się 0,1343 grm. Ag, czyli 48,26% Ag.

Wzór $C_6H_{11}AgO_2$ wymaga 48,43% Ag.

Destylat częściowy o wysokiej ciepłocie wrzenia [221°—228° C.] składał się z kwasu enantowego.

Z 0,4462 grm. soli srebrnej otrzymano 0,2047 grm. Ag, czyli 45,88% Ag. Wzór $C_7H_{13}AgO_2$ wymaga 45,57% Ag.

Zwykły kwas izowaleryanowy [kwas izopropylo-octowy] wrze przy 175° C.. Punkt wrzenia naszego kwasu waleryanowego jest nieco wyższy, a otrzymana z nim guanamina, nie krystalizowała się w postaci cienkich, porysowanych igiełek lub igiełek zrosniętych w kierunku osi głównej, cechujących guanaminę kwasu izopropylo-octowego. Również i kwas kapronowy, wyosobniony z dziegcia, nie był normalnym kwasem kapronowym, którego guanamina ma postać bardzo charakterystyczną ostrokątów kwadratowych ze stępionymi kątami. Guanamina, otrzymana przez nas z kwasem kapronowym, nawet wielokrotnie przekrystalizowana, tworzyła kulcowate, promienisto porysowane twory, podobne do leucyny. Również nie mogliśmy otrzymać guanaminy naszego kwasu enantowego w postaci romboidalnych płytek, które według HAAPE'a ¹⁾, właściwe są kwasowi enantowemu.

Przy badaniu w polarystrometrze wszystkie trzy kwasy w 20% alkoholowym roztworze okazały się optycznie nieczynnymi.

Być może, że dziegieć sosnowy zawiera jeszcze inne kwasy tłuszczowe stałe przy zwykłej ciepłocie, nie udało się nam jednak wydzielić ich od substancji żywicowatych. Taki stały kwas tłuszczowy wyosobniliśmy z dziegcia brzożowego w sposób następujący. 5 litrów dziegcia skłuciono z połową objętości 25% lugu potażowego. Po 24 godzinach więcej niż $\frac{1}{3}$ część dziegcia przeszła do roztworu alkalicznego, który oddzielono za pomocą lejka dekantacyjnego i rozłożono kwasem octowym. Kwas octowy dodawano dopóty, dopóki warstwa wydzielających się fenolów zwiększać się nie przestawała. Fenole destylowano w prądzie pary wodnej. W pozostałości destylacji wydzieliła się znaczna ilość szarych igieł krystalicznych.

Po kilku doświadczeniach przedwstępnych całą tę pozostałość traktowano acetonem, który kryształów nie rozpuszczał. Te ostatnie oddzielono przez przesączenie, przemyto acetonem, wyciśnięto i przekrystalizowano z 60% gorącego alkoholu. Po wielokrotnym przekrystalizowaniu otrzymaliśmy zupełnie bezbarwne kryształy. Spalały się one na blaszce platynowej, na podobieństwo soli kwasów tłuszczowych ze znaczną zawartością węgla; produktem spalania był węgiel potasu. Sól tę znowu rozpuszczono w alkoholu i rozłożono niewielką ilością kwasu solnego; wolny kwas tłuszczowy wydzielił się przytem w postaci białych igieł. Po powtórnej krystalizacji z gorącego alkoholu kwas ten miał postać błyszczących igiełek, które topiły się w rurkach włoskowatych przy 60° a przy rozbiornie pierwiastkowym dały wyniki następujące:

¹⁾ Journ. f. pract. Chemie. T. 43. str. 75.

Z 0,1894 substancji otrzymano 0,5323 grm. CO₂ i 0,2186 grm. H₂O; ztąd 76,64% C i 12,81% H.

Liczby te najbardziej odpowiadają wzorowi kwasu tłuszczowego C₁₀H₁₈O₂, który wymaga 76,51% C i 12,75% H. Badań dalszych nad tym kwasem nie przeprowadzaliśmy, a przy tym samym sposobie postępowania nie udało się nam wykryć jego w dziegciu sosnowym.

Dziegieć sosnowy, a zwłaszcza późniejszy jego gatunki zawierają w różnych ilościach inny kwas krystaliczny, który po szczegółowem badaniu okazał się czynnym optycznie kwasem pimarowym. Dziegieć zawiera ten kwas części w roztworze, części w postaci kryształów w masie zawieszonych. W jednej beczce dziegciu, otrzymanego z Archangielska za pośrednictwem p. Olsena, kwas pimarowy znajdował się w takiej ilości, że dziegieć przedstawiał się w postaci gęstej masy krystalicznej. Próbę tę zużytkowaliśmy w celu zbadania i wydzielenia tego kwasu. Dziegieć rozlano cienkimi warstwami na cegły w celu oddzielenia kryształów. Po kilku dniach kryształy zebrano, sklucono z ligroiną i po upływie kilku godzin, gdy produkty żywicowate osadziły się, płyn przesączono. Po oddestylowaniu ligroiny, pozostałość wiano do wysokiego naczynia i traktowano niewielką ilością rozcieńzonego alkoholu. Po 1—2 dniach płyn zamienił się na masę krystaliczną. Kryształy, o ile możności, całkowicie wydzielone z ługu macierzystego, wysuszyliśmy pomiędzy warstwami bibuły i przekryształizowaliśmy z ligroiny. W celu oczyszczenia kryształów rozpuściliśmy je w rozcieńczonym ługu sodowym, a przesącz rozłożyliśmy kwasem solnym, przyczem kwas poszukiwany strącał się w stanie bezpostaciowym, lub też przekryształizowaliśmy je z 80% alkoholu i pierwsze porcje osadu krystalicznego wysuszaliśmy z początku na bibule, następnie nad H₂SO₄ do wagi stałej. Kwas ten nie zawiera ani azotu, ani siarki, ani popiołu i posiada następujący skład pierwiastkowy:

Z 0,2685 grm. substancji otrzymano 0,7804 grm. CO₂ i 0,2454 grm. H₂O; ztąd 79,36% C i 10,15% H.

Z 0,2218 grm. „ „ 0,6486 grm. CO₂ i 0,7992 grm. H₂O; ztąd 79,75% C i 9,93% H.

Z 0,3123 grm. „ „ 0,9111 grm. CO₂ i 0,2789 grm. H₂O; ztąd 79,57% C i 9,97% H.

Pierwszy z rozebranych preparatów był substancją krystaliczną, otrzymaną przez przekryształizowanie z alkoholu; dwa zaś ostatnie były to ciała amorfne, otrzymane przez strącenie roztworu alkalicznego kwasem solnym. Wzór kwasu pimarowego C₂₀H₃₀O₂ wymaga 79,47% C, 9,93% H.

W celu przekonania się o prawdziwości naszego przypuszczenia oznaczyliśmy wagę cząsteczkową według sposobu RAOULT'a; jako rozpuszczalnik użytym był fenol.

Waga substancji = 0,2265 grm., waga fenolu = 21,8600 grm.; obniżenie ciepłoty topliwości = 0,27°; ztąd waga cząsteczki = 292¹⁾.

Waga substancji = 0,231 grm., waga fenolu = 25,5621 grm.; obniżenie ciepłoty topliwości = 0,23°; ztąd waga cząsteczki = 298.

Waga cząsteczkowa obliczona według wzoru C₂₀H₃₀O₂ = 302.

¹⁾ Cyfrę 76 przyjęliśmy za stałą dla fenolu, który posiadał punkt topliwości 71,8°. Jest to cyfra przeciętna, obliczona przez VAN-T-HOFF'a na podstawie utajonej ciepłoty topliwości. P. ERNEST BECKMANN. Zeitschrift f. physik. Chemie. T. VII. str. 328.

Kwas pimarowy, otrzymany z dziegcia, w wodzie nie jest rozpuszczalnym, rozpuszcza się natomiast łatwo w alkoholu, eterze, benzolu i w eterze naftowym, mniej łatwo — w alkaliach i w amoniaku. Roztwór amoniakalny, przesączony na gorąco, stygnie przy oziębieniu. Z amoniakalnym roztworem chlorku barytu lub chlorku wapnia kwas pimarowy w roztworze amoniakalnym tworzy białe bezpostaciowe osady soli barytowej lub wapiennej. Sól wapienną, w ten sposób otrzymaną, przesączono, przemyto rozcieńczonym amoniakiem i wysuszono z początku pomiędzy warstwami bibuły, następnie nad H_2SO_4 .

Z 0,2606 grm. soli wapiennej po spaleniu otrzymano 0,0216 grm. CaO t. j. 5,92% Ca .

Wzór $(C_{20}H_{30}O_2)_2 Ca$ wymaga 6,23% Ca .

Amoniakalne roztwory srebra, cynku lub miedzi nie strącają kwasu pimarowego [z roztworu amoniakalnego]. Mieszaniny ciepłego stężonego alkoholowego rozczyńnika kwasu pimarowego i stężonego roztworu octanu ołowiu przy powolnem oziębieniu wydzielają kryształy soli ołowianej kwasu pimarowego w postaci romboidalnych igiełek. Z kwasem pikrynowym kwas pimarowy związków nie tworzy. Wielokrotne badanie przy pomocy czulego polarystrobometru (*Halbsschattenapparat*) LIPPICH'a okazało, że preparaty, w różny sposób otrzymane, były nieczynnymi w stosunku do światła polaryzowanego.

Najdokładniejsze poszukiwania nad kwasem pimarowym, otrzymanym z oleju galipolowego, ogłosił przed kilku laty ALBERT WERSTERBERG. Autor ten dowiódł, że olej galipowy zawiera w swym składzie dwa izomeryjne kwasy, o składzie $C_{20}H_{30}O_2$; oba te kwasy były czynne pod względem optycznym i zwracały płaszczyznę polaryzacji w kierunkach przeciwnych. Kwas pimarowy, skręcający płaszczyznę polaryzacji w stronę prawą, topi się przy 210° — $211^{\circ} C.$ i posiada skręcenie właściwe $\alpha_{[D]} = +72,5$, kwas skręcający na lewo topi się przy 140° — $150^{\circ} C.$ i posiada skręcenie właściwe $\alpha_{[D]} = -272^{\circ}$. Z kwasem pimarowym izomeryjnymi są kwas silwinowy i kopaiwowy. Kwas pimarowy, otrzymany przez LIEBERMANN'a i HALLER'a¹⁾, był optycznie nieczynny. Badania późniejsze okażą, czy optycznie nieczynny kwas pimarowy jest w takim stosunku do kwasu skręcającego płaszczyznę polaryzacji na prawo lub na lewo, jak np. optycznie nieczynny kwas mleczny do skręcającego płaszczyznę prawo — lub lewostronnie. LIEBERMANN i HALLER, oraz SIEVERT, oznaczyli punkt topliwości dla kwasu silwanowego 162° , DUVERNOY 129 , a WALENTE między 146° — 148° . Kwas pimarowy, według doświadczeń LIEBERMANN'a i HALLER'a mięknie i topi się przy 149° . LAURENT dla kwasu tego znalazł punkt topliwości 125° , DUVERNOY 149° , SIEVERT 155° , MALY 165° . Przy badaniu kwasu pimarowego stwierdziliśmy fakt, obserwowany przez innych chemików w kwasach żywicowatych, mianowicie, że przed dojściem do punktu topliwości one mięknią, wskutek czego określenie punktu topliwości jest dość trudnem. Zresztą przeszkodę tę napotyka się tylko wtedy, gdy kwas nie jest zupełnie czystym. Wybrawszy kryształy zupełnie przezroczyste i wysuszywszy je z początku pomiędzy warstwami bibuły, następnie nad H_2SO_4 , otrzymaliśmy punkt topliwości 161° .

¹⁾ Berl. chem. Ber. 1885. str. 2165.

Trudno określić stosunek kwasu kopaiwowego, który był w ostatnich czasach zbadanym przez BRIX'a ²⁾, do kwasu pimarowego; zaś kwas abietynowy, według badań MACH'a ³⁾, posiada skład $C_{19}H_{28}O_2$ i jest homologiem kwasu pimarowego, który zawiera więcej o jedną grupy metylową.

Według LIEBERMANN'a ¹⁾, kwas pimarowy, rozpuszczony w bezwodniku kwasu octowego, tworzy, po dodaniu niewielkiej ilości stężonego kwasu siarczanego, niebiesko-fioletowe zabarwienie, które wkrótce znika. Za pomocą tej reakcyi można wykryć obecność tego kwasu w dziegciu zupełnie przezroczystym. Dziegieć osiczynowy, który, podobnie jak sosnowy, zawiera w zawieszeniu igły krystaliczne i blaszki, rozpuszczony w bezwodniku kwasu octowego, przybiera pod wpływem kwasu siarczanego czerwono-brunatne zabarwienie. Dziegieć ten klóciłszy z eterem naftowym i po przesączeniu eter oddestylowaliśmy. Pozostałość zmieniła się na masę krystaliczną; kryształy te jednak nie były kwasem pimarowym: rozpuszczały się w alkoholu i w kwasie octowym. Rozpuszczone w bezwodniku kwasu octowego, pod wpływem kwasu siarczanego przybierały czerwono-brunatne zabarwienie. Również i dziegieć brzozy, nie zawierający kryształów, nie daje reakcyi na kwas pimarowy, gdyż przybiera czerwono-brunatne zabarwienie. [D. c. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

ALFRED FOURNIER

„LECZENIE SYFILISU“.

Streścił

Antoni Elsenberg.

Najważniejszą kwestyą praktyczną w dziedzinie syfilisu jest bez wątpienia leczenie, na które właśnie najmniej zwracano uwagi i najpobieżniej zawsze traktowano. W szpitalach chorych syfilitycznych leczą, ale nie tak, jakby należało. Chorzy przybywają do szpitali z jakimikolwiek objawami syfilitycznymi, pragnąc ich się pozbyć, a lekarz przepisuje leczenie takie, jakie w danym razie za najlepsze, najodpowiedniejsze uzna; objawy ustąpią, a chory wypisuje się niby wyleczony. Takiego postępowania nie można jednak nazwać leczeniem syfilisu: jest to leczenie tylko pewnego epizodu syfilisu, usunięcie w danej chwili pewnego objawu, ale na samą infekcyę nie, albo bardzo słabo takim postępowaniem wpływamy, dla przyszłości chorego nic tem nie robimy i nie dążymy wcale do zabezpieczenia go nadal od mogących wystąpić mniej lub więcej ciężkich, a nawet groźnych objawów. Wiele temu winna dotychczasowa organizacya szpitali, która na inne leczenie nie pozwala, a dużo winni i chorzy, którzy, nie mając żadnych objawów, nie doświadczając żadnych dolegliwości, uważają się za zupełnie wyleczonych z syfilisu i o żadnem dalszem leczeniu nie chcą nawet słyszeć.

²⁾ Monatshefte f. Chemie. Z. 507, 517. Berl. Bericht. 1831. str. 2267.

³⁾ Monatshefte f. Chemie. T. 14. str. 186. 1893.

¹⁾ Berl. chem. Berichte. 1884. str. 1885.

Obowiązkiem więc jest lekarza w takim razie zwrócić uwagę chorych, co to jest syfilis, czem może w przyszłości, mniej lub więcej odległej, zagrażać, jak go leczyć należy, że główne leczenie powinno być zawsze przewencyjne i t. p. Za to u chorych w praktyce prywatnej leczenie należyte prawie zawsze udaje się przeprowadzić, a doświadczenia w tej kwestyi przeważnie z praktyki prywatnej nabywamy.

Z powyższego już widzimy, jak ważną jest ta kwestya, jak nigdy za dużo o niej się nie mówi, jeśli zwłaszcza zwrócimy uwagę na to, iż ze szpitali i z klinik dokładnych pojęć o leczeniu syfilisu wynieść lekarz nie może, lecz przeciwnie przywykł codziennie patrzeć na zatuszowywanie objawów, a nie na systematyczne leczenie syfilisu. Z tego też względu, pomimo iż „Gazeta Lekarska“ w swych odczytach klinicznych wydała już „leczenie syfilisu“, gdzie systematycznie starałem się przeprowadzić panujące dziś poglądy, pomimo to, nie uważam bynajmniej za zbytczne powrócić dziś znów do tego przedmiotu, i raz jeszcze pokusić się o rozpowszechnienie powyższych poglądów szkoły syfilidologów francuskich, przedstawionych tak pięknie i przekonywująco, choć nadto rozwlekłe, przez dzisiejszego przedstawiciela tej szkoły FOURNIER'a.

Trzymając się ściśle układu, przyjętego w dziele FOURNIER'a, przedstawię tu kolejno wszystkie te kwestye, na które, że się tak wyrażę, kwestya leczenia syfilisu się rozpada.

I.

Pierwszą kwestyą, jaka się tu nam nawija, jest: czy należy leczyć syfilis. Istnieje jeszcze niewielka garstka syfilidologów, którzy utrzymują, iż syfilis leczy się sam, siłami natury, że więc leczenie syfilisu nie osiąga zamierzonego celu, ale wprost przeciwnie, może być groźnem, gdyż szkodzić może choremu, niszczy naturalny przebieg choroby i przeszkadza wyleczeniu samodzielnemu. Ten pogląd słusznie FOURNIER nazywa obelgą dla zdrowego rozsądku i obserwacyi klinicznej, a herezya ta dziś już z nauki jest zupełnie wyrugowana. Dziś już każdemu wiadomo, iż syfilis, nieleczony początkowo, powoduje bardzo liczne objawy, chociaż niezawsze ciężkie, w późniejszym jednak czasie wywołuje zmiany poważne, nieraz zagrażające życiu: prawie zawsze syfilitycy nieleczący się wcześniej czy później miewają mniej lub więcej ciężkie objawy trzeciorzędne.

Wpływ dziedziczny syfilisu jeszcze więcej dostarcza danych na poparcie konieczności leczenia: wiadomo, że wskutek wpływu syfilisu ciężce kończą się albo poronieniem, albo przedwczesnem wydaniem na świat nieżywego dziecka, lub też dziecka syfilitycznego, często już z góry na śmierć skazanego. Otóż, tak smutne wyniki ciężce bywają tylko wtedy, gdy małżonkowie się nie leczą i przeciwnie dziecko spłodzone przez nich w czasie, gdy się znajdują pod wpływem leczenia swoistego, przychodzi na świat żywe i zdrowe.

Podobnie doświadczenie uczy nas, iż wszelkie objawy syfilityczne przez leczenie swoiste możemy złagodzić, a nawet usunąć zupełnie, i to w znacznej większości przypadków. Leczyć więc chorych syfilitycznych należy koniecznie.

Czy jednak należy leczyć wszystkie postaci syfilisu? Zwolennicy metody wyczekiwania w leczeniu syfilisu odróżniają postaci: łagodne, średniego natężenia i ciężkie. Łagodnych postaci wcale nie leczą. Należy tu wszakże zwrócić uwagę na to, iż ta forma syfilisu, która dzisiaj jest łagodną, za rok, za lat kilka lub kilkanaście może być bardzo ciężką i wywołać zmiany takie, na które środki swoiste już nie wpłyną. Na 100 przypadków syfilisu mózgu, podług FOURNIER'a, 17 zaczęło się jako syfilis niezmiernie łagodny, 54 syfilis łagodny, 22 syfilis średniego natężenia, 7 formy ciężkie. Odrzuciwszy formy ciężkie [7] i średniego natężenia [22], widzimy iż w 71% syfilisu mózgu powstał u chorych, u których początkowo się zaczął jako bardzo łagodny.

Ze statystyki zaś ogólnej objawów późnych [trzeciorzędnych] Fournier przytacza, iż początkowe wtórne objawy były: u 1424 bardzo łagodne, u 131 średniego natężenia, u 45 ciężkie, u 64 z samego początku objawy trzeciorzędne [formy złośliwe].

W jaki więc sposób lekarz odróżni formę łagodną od ciężkiej, jakimi ma się kierować danemi dla rozpoznania tych form? Ani źródło, skąd syfilis nabyty, ani długi lub krótki okres wylegania, ani postać pierwotnego objawu, jego charakter i t. d., ani pierwsze objawy okresu wtórnego, ani wreszcie ilość, postać i mniejsza lub większa częstość powrotów nigdy nie mogą wpłynąć na rokowanie w syfilisie, na odróżnienie form łagodnych od ciężkich. Należy więc każdą postać syfilisu leczyć, bez względu na jej natężenie, środkami, którymi tak skutecznie często zwalczamy najcięższe jego objawy.

II.

Gdy więc widoczną jest konieczność leczenia syfilisu, rozpatrzmy teraz kwestyę, czy można go leczyć od pierwszych chwil wniknięcia zarazka, innymi słowy: czy istnieje poronne leczenie syfilisu?

Od najdawniejszych czasów starano się zniszczyć owrzodzenie pierwotne, już w pierwszych dniach jego rozwoju, sądząc, iż w ten sposób zarazek do organizmu się nie dostanie. Teorya pasożytnicza chorób zakaźnych wpłynęła tylko na dalsze i bardziej racjonalne dążenia w tym kierunku.

Dwoma metodami starano się uchronić organizm od ogólnej infekcyi. Proponowano ograniczyć wessanie zarazka z pierwotnego ogniska przez przecięcie dróg limfatycznych, idących od owrzodzenia pierwotnego; wcieraniem lub wstrzykiwaniami rtęci między owrzodzenie, a gruczoły limfatyczne starano się nasycić tę przetrzeń substancją, któraby niszczyła zarazek, tą drogą idący do organizmu. Wreszcie sądzono, że wstrzykiwaniami rtęci w same gruczoły lub usunięciem gruczołów odpowiednich, uda się umiejscowić zarazek. Te jednak czysto teoretyczne założenia po części trudne były do wykonania, a w rezultacie oczekiwanych wyników nie przyniosły.

Daleko poważniejszym zabiegiem wydawało się niszczenie wrzodu pierwotnego, jako zbiornika zarazka.

W tym celu przyżegano owrzodzenia albo środkami żrącymi, albo też rozpaleniem żelazem, żegadłem PACQUELIN'a lub elektrycznym.

Cztery lub pięć dni po zarażeniu unitaryści przyżegali szankry i nigdy nie widywali po nich ogólnego zakażenia. Przeciwnie zaś, późno po zarażeniu występujące wrzody zawsze dawały wyniki ujemne. Spostrzeżono się dopiero później, iż wrzody występujące na 4—5 dzień są prostymi szankrami, po których i bez wypalania objawów syfilisu nie bywa, a wypalanie pierwotnych owrzodzeń syfilitycznych nigdy chorych od ogólnych objawów nie uwalniało; nawet przyżegania sublimatem, który miał jakoby nietylko owrzodzenie niszczyć, ale nadto wchłaniany tą drogą, co i zarazek syfilityczny, miał go niszczyć po drodze, do pożądaných wyników nie doprowadziło.

Najbardziej radykalny środek — wycinanie wrzodu pierwotnego (*excisio*), także do zadawalających wyników nie doprowadził. Przedewszystkiem nie zawsze można wrzód taki wyciąć, jak np. w cewce, na powiece i t. p., a następnie statystyka ostatnia EHLERS'a wykazuje, iż z 584 wyciętych wrzodów tylko w 137 przypadkach syfilisu nie było, czyli w 22—23%. W rzeczywistości wszakże i tak nie jest nawet. Rozpatrując bowiem każdy z przypadków, uwieńczonych jakoby upragnionem powodzeniem, znajdujemy prawie zawsze jakieś „ale“. Pewna część tych udanych wycięć np. dokonaną była przez unitarystów, dla których szankier i wrzód pierwotny są identycznymi; mamy więc wszelkie

prawo przypuszczać, iż ich udatne wycięcia wrzodów pierwotnych, były wycięciami prostych szankrów.

Z poważnych bardzo zarzutów, podających w wątpliwość powodzenie wycięcia, należy przytoczyć, iż w wielu przypadkach operacje były dokonane na wrzodach, powstałych po bardzo krótkim okresie wylegania [1—6—12 dni], za krótkim dla wrzodu pierwotnego, lub też w okresie, w którym nie sposób rozpoznać pierwotnego owrzdzenia syfilitycznego: w tych przypadkach nie wiemy, co wycinamy; dalej, iż w bardzo znacznej liczbie przypadków chorzy po wycięciu wrzodu nie byli dostatecznie długo obserwowani.

Z drugiej znów strony w przypadkach, w których źródło zarażenia jest znanem i niewątpliwie syfilitycznem, wycinanie wrzodu do zadawalających wyników nigdy nie doprowadziło, również jak i wycinanie wrzodu w samych początkach jego powstawania, w pierwsze dni kilka, a nawet w pierwszych godzinach, nie uchroniało od syfilisu, gdy źródło niewątpliwie było uznane jako syfilityczne.

Jak dotychczas więc, nie mamy ani jednej takiej obserwacji udanego wycięcia wrzodu, któraby była wolną od jednego z powyższych zarzutów.

Gdy więc metody tej nie można było uznać za poronną w ścisłym tego słowa znaczeniu, starano się leczeniu takiemu nadać prawo bytu przez to, iż przypisywano mu pewien wpływ osłabiający siłę infekcyi, a tem samem i wpływ na łagodność objawów. Jest to twierdzenie i logicznie i klinicznie usprawiedliwione. Czegóż jednak mogą dowodzić te przypadki syfilisu o łagodnych objawach? Przecież znaczna część przypadków syfilisu [19 na 20] w początkowych swych fazach miewa objawy łagodne, nawet wtedy, gdy w późniejszym czasie przechodzi w najcięższe formy; a bardzo ciężkie postaci syfilisu widywano również i po wycięciu wrzodu pierwotnego.

Do wniosków więc przyjść musimy takich: iż wycięcie owrzdzenia pierwotnego nie ma wcale takiego znaczenia w leczeniu syfilisu, jakie mu nadać chciano i

że musi być ograniczone tylko do pewnych przypadków, mianowicie, gdy owrzdzenie pierwotne [ze źródła niewątpliwie syfilitycznego] jest niedawnego pochodzenia, najwyżej trwające dopiero dni kilka, gdy niema stwardnienia i gdy gruczoły odpowiednie nie są zajęte.

[C. d. n.]

135. Ch. Roersch. O postępowaniu chirurgicznym przy gruźliczem zapaleniu otrzewnej.

W roku 1862 SPENCER WELLS wskutek błędu rozpoznawczego otworzył otrzewną przy zapaleniu gruźliczem z jak najlepszym wynikiem. W 24 lata potem KOENIG zalecał już laparotomię, jako najdzielniejszy środek w omawianem tu cierpieniu. W najnowszej pracy ALDIBERT'a [1892] zestawiono 308 przypadków, do których ROERSCH dołącza 50 swoich spostrzeżeń, w których gruźlicze cierpienie otrzewnej leczono na drodze operacyjnej. Z powyższej liczby 253 przypadków [70%] zakończyło się wyzdrowieniem, stwierdzonem w 118 [34%] przypadkach po upływie sześciu miesięcy, w 79 [22,5%]—po upływie roku, wreszcie w 53 [15%]—po dwóch latach od dnia operacji. Autor odróżnia następujące odmiany zapalenia gruźliczego otrzewnej: 1) z a p a l e n i e o t r z e w n e j r o z - l a n e, w y s i ę k o w e. Tu otrzewna ścienna i trzewowa, usiana licznymi gruczkami, zgrubiała i chropawa wydziela znaczną ilość surowiczego, ropnego lub krwawego wysięku. Cierpienie to albo zabija chorego w ciągu kilku dni, lub też przybiera charakter przewlekły. Wówczas tworzą się zrosty pomiędzy

trzewami, siecią i ścianą brzucha, które niekiedy odosabiają część wysięku od reszty jamy otrzewnowej, dając początek zapaleniu 2) otorbionemu. Statystyka podaje 146 przypadków rozlanego zapalenia otrzewnej z wyzdrowieniem po operacji w 99 razach.

Przy stopniowym wsysaniu się płynu i coraz liczniej wytwarzających się zrostach sprawa chorobowa przybiera postać 3) zapalenia włóknikowo-otwórczego, zlepiającego, przy którym między narządami jamy brzusznej powstają grube, iście włókniste błony wrzekome. Ilość wysięku bywa tu bardzo nieznaczną, może go nie być wcale, lub też otorbia się on w kilku miejscach, tworząc guzy wrzekome (*pseudo-tumeurs. Schein-Geschwülste*), nieraz błędnie rozpoznawane. W 24 takich przypadkach 17 razy laparotomia uwięzioną została pomyślnym skutkiem. Wogóle zauważyć należy, że laparotomia w takiej odmianie zapalenia otrzewnej najtrwalszy dawała wynik, jak to stwierdził SAENGER na trupach ludzi przed kilku laty operowanych, nie znalazłszy w otrzewnej ani śladu gruzelków, ani też błon wrzekomych. Od postaci powyższej autor odróżnia 4) postać suchą, w której wysięku niema wcale, a zauważyć się dają jedynie rozsiane gruzelki. Wreszcie 5) zapalenie wrzodziejące, jako pewną odmianę poprzednich. Przypadki, należące do tej odmiany, były najmniej pomyślne, z 22 bowiem wyniki zadawalające otrzymano tylko w 13 i to po dłuższym trwaniu przetoki kałowej, zazwyczaj towarzyszącej zapaleniu otrzewnej wrzodziejącemu.

Przy stawianiu wskazań nie należy oglądać się na rozległość gruźliczego zapalenia otrzewnej, jak również na cierpienia gruźlicze w innych narządach, gdyż i w tych razach laparotomia najczęściej poprawia stan ogólny chorego [KOENIG]. Co się tyczy techniki operacyjnej, autor poleca przemywać jamę brzuszną ogrzanym do 37° roztworem soli kuchennej 7:1000, nie upośledzając bynajmniej innych środków, jak: kwas salicylowy, borny, tymol i t. p.; zamiast drenu radzi używać worka MIKULICZA tam zwłaszcza, gdzie dren długi czas w ranie pozostawać by musiał [np. w razie ropnego wysięku]. Wymycie i wysuszenie dokładne jamy brzusznej zaleca najgoręcej.

Dodatnie działanie laparotomii stwierdzonem zostało nie tylko klinicznie, lecz również i za pomocą poszukiwań anatomicznych. RICHELOT, operując po raz wtóry młodą dziewczynę z powodu przepukliny ściennej, znalazł otrzewną, przedtem bardzo zmienioną, teraz gładką, zabarwioną prawidłowo, bez śladu gruzelków i zrostów. OSLER przy oględzinach pośmiertnych operowanego przed 4-ma miesiącami widział na otrzewnej małe, twarde, otoczone tkanką bliznowatą gruzelki, w których drobnowidz wykazał budowę włóknistą z niewielką ilością laseczników i komórek olbrzymich. LOEHLEIN w podobnym przypadku wcale laseczników nie znalazł.

Jak objaśnić sobie pomyślny wpływ laparotomii przy gruźliczem zapaleniu otrzewnej? Autor przypisuje go przedewszystkiem samej otrzewnej, jako błonie, begato unaczynionej i unerwionej, a więc posiadającej skuteczne środki do prowadzenia walki z rozwojem i postępem zakażenia gruźliczego. Wysięk, uciskając naczynia otrzewnej, przytłumia jej zdolność wchłaniania i ubezwładnia ją zupełnie. Podrażnienie otrzewnej przy operacji wraz z usunięciem wysięku działa jako potężny bodziec dla krążenia, które, wzmagając się, powiększa znacznie własności chłonicze tej błony. LINDNER, SAENGER i WEINSTEIN podzielają w zupełności ten pogląd, CAMERON DE HUDDERSFIELD zaś przypisuje ów skutek dobry usunięciu wraz z wysiękiem ptomain, jako wytworu działalności życiowej laseczników; wreszcie LAUENSTEIN i MOSETIG-MOORHOF w dopuszczeniu światła do otrzewnej i wysuszeniu jej widzą najważniejszy czynnik dla poprawy cierpienia.

136. H. Lipps. O podwiązaniu tętnicy szyjowej zewnętrznej (*art. carotis ext.*).

Przeglądając odpowiednią literaturę, przekonał się autor, że chirurgowie różnią się bardzo w zapatrywaniu na sprawę podwiązania tętnicy szyjowej zewnętrznej, oraz na stosunek tegoż do podwiązania tętnicy szyjowej wspólnej. Przeciwnicy podwiązania tętnicy szyjowej zewnętrznej kładą nacisk głównie na trudną technikę tego krwoczynu z powodu dużej ilości naczyń w tej okolicy i na częstosć wtórnych krwotoków wskutek ropienia; zarzuty powyższe, według autora, upaść muszą wobec udoskonalonej techniki tegoczesnej i traktowania ran przeciwnie. Co się zaś tyczy tętnicy szyjowej wspólnej, to głównym przeciwskazaniem do podwiązania jej winna być obawa zaburzeń mózgowych wskutek nagłej zmiany w krążeniu i, co za tem idzie, złego odżywiania pewnego odcinka tkanki mózgowej. Według PILZ'a, u 32% takich operowanych spostrzegano objawy mózgowe, z odsetką śmiertelności — 18%; według FRIEDLAENDER'a, cyfry te ostatnimi czasy zmniejszyły się do 19% i 13%; w każdym razie są one znaczne i nie powinny zachęcać do podwiązania tętnicy szyjowej wspólnej, tembardziej że, jak FRIEDLAENDER twierdzi, więcej niż w połowie przypadków niesłusznie podwiązywano tętnicę szyjową wspólną miasto zewnętrzną.

Autor, czerpiąc materiał z prac MADELUNG'a i FRIEDLAENDER'a i z nieogłoszonych dotąd drukiem przypadków, spostrzeganych na klinice prof. KUESTER'a, stara się wykazać, o ile podwiązanie tętnicy szyjowej zewnętrznej ma przewagę nad podwiązaniem szyjowej wspólnej.

Przypadków zebrano 130, z których w dwunastu podwiązywano tętnicę szyjową zewnętrzną obustronnie; w 32 przypadkach nastąpiła śmierć wskutek rozmaitych przyczyn, a w dwóch tylko śmierć zależała bezpośrednio od podwiązania tętnicy szyjowej zewnętrznej, a to z powodu zakrzepu w tętnicy szyjowej wewnętrznej, który spowodował zator w mózgu. Wobec tego autor sądzi, że podwiązywanie tętnicy szyjowej zewnętrznej powinno znaleźć więcej zwolenników.

Poszczególne wskazania do podwiązania tętnicy szyjowej zewnętrznej były następujące:

I. Guzy naczyniowe. Dla usunięcia ich stosowano powyższy krwoczyn u 22 pacjentów, przytem w trzech przypadkach podwiązano tętnicę z obu stron szyi; w sześciu przypadkach wynik był zadawalający; w jednym — niewiadomy, w dwóch — śmiertelny, w trzech zadawalający, lecz dopiero przy jednoczesnem podwiązaniu tętnicy szyjowej wspólnej, w dziesięciu wreszcie — bez korzyści, tak, że stosować musiano inne zabiegi operacyjne [wyluszczenie, obkłuwanie i t. d.].

II. Przed wyluszczeniem nowotworów podwiązywano tętnicę szyjową zewnętrzną u 26 chorych [u jednego z obu stron]. W sześciu przypadkach zanotowano krwotok wtórny, który w trzech stał się przyczyną śmierci; cztery inne zejścia śmiertelne zależały od innych przyczyn. Z pozostałych 19 chorych, którzy wyzdrowieli, u siedmiu operacja polegała nie tylko na podwiązaniu tętnicy szyjowej zewnętrznej, lecz i innych tętnic, jako to: skroniowej, tarczowej górnej, językowej i t. d..

III. Podczas wyluszczenia guzów podwiązywano tętnicę szyjową zewnętrzną u 27 chorych, z których u jednego obustronnie; zejście śmiertelne zaznaczono 6 razy, wskutek ubocznych powikłań lub wycięcia chorych. W trzech przypadkach spostrzegano krwotok wtórny.

IV. Z liczby 28 chorych, którym podwiązywano tętnicę szyjową zewnętrzną z powodu obfitych krwotoków wogóle, zmarło 10; w 5 przypadkach podwiązanie tętnicy było bezskuteczne: krwotok niepohamowany już to zmusił do

następczego podwiązania tętnicy szyjowej wspólnej, już też przyprawił o zgon. W 6 przypadkach wraz z szyjową zewnętrzną podwiązywano jednocześnie tętnicę szyjową wewnętrzną lub wspólną.

V i VI. W celu leczniczym — przy bólach twarzowych podwiązywał ROSSER tętnicę szyjową zewnętrzną trzy razy, lecz tylko raz z wynikiem dobrym. Przy złośliwych nowotworach, w celu powstrzymania dalszego ich rozwoju, podwiązywano tętnicę szyjową zewnętrzną 9 razy, przyczem 6—obustronnie; prócz MAISONNEUVE'a, który uważał zabieg taki za uzasadniony, leczenia tą drogą próbował BRYANT w dwóch przypadkach.

(Arch. f. klin. Chirurgie. T. 46. Z. 1).

Witold Żurkowski.

137. Felix Terrier i Henri Hartmann. Rozlany tętniak podkolanowy, powstały wskutek przebicia tętnicy naroślą kostną na linii chropawej uda.

Przebiecie tętnicy naroślą kostną i powstanie tą drogą tętniaka, o ile z kilku zaledwie ogłoszonych dotąd przypadków wiadomo, odbywa się w sposób dwojaki, mianowicie: ścianę tętnicy dziurawi albo ostry koniec martwaka, albo też wierzchołek narośli kostnej. Przypadek przedziurawienia pierwszego rodzaju opisał HUNT w r. 1864, do drugiej kategorii zaliczyć należy spostrzeżenie BOLING'a, ogłoszone w r. 1849 i TERRIER'a — w roku zeszłym.

BOLING widział obrzmienie w dole podkolanowym u młodego człowieka, który od sześciu miesięcy doświadczał mocnych, w pewnych odstępach czasu powtarzających się i stale wzmagających się bólów pod kolanem. Obfity krwotok, po przekłuciu próbnym i rozcięciu guza powstały, zmusił do niezwłocznego odjęcia uda; badanie amputowanej kości udowej wykazało na tylnej jej powierzchni pomiędzy kłykciami ostro zakończoną naroślą kostną, która przedziurawiła zarówno tętnicę, jak i żyłę podkolanową. Worka tętniakowego nie znaleziono, natomiast znaczna ilość skrzepów krwi mieściła się pomiędzy warstwami mięśni i pochwę ścięgnistych. Chory wyzdrowiał.

Przypadek autorów francuskich dotyczył 17-letniego chłopca, stajennego, który, ubierając się po kąpieli, uczuł mocny ból w dolnej wewnętrznej części prawego uda i w łydce. Ból przy mocnem rozcieraniu zmniejszył się nieco, lecz już nazajutrz dolna część prawego uda obrzmiała i obrzmienie szybko posunęło się wyżej; wreszcie bóle i zgięcie kończyny w kolanie uniemożliwiły chodzenie.

Przy badaniu stwierdzono zgięcie prawego kolana pod kątem 90°, obrzmienie goleni i niewyraźnie ograniczony guz na dolnej 1/3 uda w dole podkolanowym i górnej 1/3 goleni. Guz dawał uczucie chębotania, a w dolnej wewnętrznej części uda można było wyczuć tętnienie, znikające przy ucisku tętnicy udowej, i usłyszeć szmer wyraźny. Skóra gładka, na dotyk gorąca, na najwydatniejszej części guza mocno napięta, miała odcień brunatny. Rozpoznano rozlany tętniak podkolanowy. Po nałożeniu bandaża ESMARCH'a poprowadzono cięcie podłużne i pod warstwą mięśniową znaleziono pełną skrzepów krwi jamę. Na dnie tejże wymacano wyrostek kostny, powstały na linii chropawej uda. Po wydobyciu skrzepów znaleziono wówczas na przedniej ścianie tętnicy podkolanowej otwór 5 mm. długi o brzegach równych, odpowiadający owej narośli kostnej. Po podwiązaniu tętnicy powyżej i poniżej przedziurawienia, wycięto tę część naczynia, a narośl doszczętnie wydłutowano. Przebieg pooperacyjny był pomyślny; chory w cztery miesiące po operacji doskonale chodził.

(Revue de Chirurgie. Avril. 1893).

K. Niedzielski.

138. Helferich [Gryfija]. O nastawieniu zwichnień na drodze krwawej.

Autor w pracy swej mówi o przypadkach świeżych zwichnień, które przy zastosowaniu zwykłych sposobów nie dają się nastawić. Zamiast resekcji radzi

otworzyć dotknięty staw i po usunięciu wszelkich przeszkód nastawić go, jak należy. Operację wykonywa w sposób następujący: po nałożeniu elastycznej podwiązki i poprowadzeniu odpowiednich cięć, o ile można, podłużnych, wyszukuje narządy lub tkanki, które nie pozwalają nastawić zwichnienia i przesuwa je lub przecina, aby tym sposobem powierzchnie stawowe zetknąć się mogły. Co się tyczy wyników, to czynność stawów w zupełności powracała do poprzedniego swego stanu, o ile tylko końce stawowe nie były odłamane, lub miękkie części zbyt uszkodzone. Trzy przypadki, leczone tą drogą, dotyczyły dzieci od 4 do 13 roku życia; w pierwszym z nich było zwichnienie przedramienia na zewnątrz i ku tyłowi; już w kilka godzin po wypadku pomimo zachloroformowania nie można było nastawić zwichnienia, poprowadzono więc dwa cięcia na wewnętrznej i zewnętrznej powierzchni stawu łokciowego i znaleziono wówczas wierzchołek wyrostka nadrolkowego (*epicondili int.*) odłamany, a torebkę włóknistą stawową rozdartą; ta ostatnia wraz z mięśniami stanowiła główną przeszkodę do nastawienia; przy wypisaniu się chorej z kliniki zginanie łokcia wynosiło prawie 90°, a po czterech latach wszystkie ruchy były prawidłowe. W drugim przypadku zwichnienia przedramienia cięcie poprowadzono tylko na wewnętrznej powierzchni stawu łokciowego; po usunięciu pewnej części torebki stawowej nastawiono zwichnienie, po jakimś zaś czasie znaleziono, że ruchy czynne łokcia były zmniejszone, a różnica w porównaniu z kończyną zdrową wynosiła 5° podczas zgięcia i 25° podczas wyprostowania. Ostatni objaw nawet po dwóch latach pozostał bez zmiany.

Trzeci przypadek dotyczył zwichnienia uda, którego nie można było nastawić w dwa tygodnie po wypadku pomimo zachloroformowania dziecka. Cięcia podłużne na zewnętrznej powierzchni stawu dało możność przekonania się, że tutaj, zarówno jak i w poprzednich przypadkach, główną przeszkodą do nastawienia była torebka stawowa. Podczas wypisania się ze szpitala ruchy były jeszcze ograniczone, jednak dziecko już nieźle chodziło; po dwóch latach czynność kończyny zupełnie prawidłowa.

(*Ueber die blutige Reposition von Luxationen. Deut. med. Woch. 1893. Nr. 32 J. Weisblat.*)

139. Dr. Victor v. Rogner-Gusenthal. Przydatek przepukliny zastonowej z uwięzieniem jajowodu i jajnika.

Przepuklina zastonowa jest zjawiskiem dość rzadkiem. Spostrzegano ją dotąd w 135 przypadkach, które ENGLISH zestawił w osobnej monografii. Przypadek d-ra GUSENTHAL'a dotyczy staruszki, która przed 26 laty mocno potłukła się. Od tego czasu chora często, szczególnie zaś podczas pracy doświadczała bólu w górnej części prawego uda, miewała nieraz wymioty i zaparcie stolca. Objawy te w końcu kwietnia r. b. wzmogły się znacznie bez widocznej przyczyny. Przy badaniu znaleziono poniżej prawego więz. POUPART'a obrzmienie rozlane, przy ucisku bolesne i nieco chęłbocące, nadto stwierdzono wymioty kałowe. Przypuszczając przepuklinę udową i zgorzel zaciśniętej kiszki, poprowadzono cięcie równoległe do więz. POUPART'a; po odpreparowaniu trójkąta pachwinowego znaleziono pierścień udowy zupełnie wolny, natomiast spostrzeżono wypuklenie się mięśnia grzebieniowego (*m. pectinei.*) Jakoż po rozszczepieniu jego włókien obnażony został guz, wielkości jaja kurzego, bolesny przy ucisku i chęłbocący, który przeciskał się przez warstwy mięśniowe, jakby tłoczony ku zewnątrz. Kanał zastonowy tworzył dla tej przepukliny wrota, a błona zastonowa (*membrana obturatoria*)—szyjkę. Po otwarciu worka znaleziono w nim pętlicę jelita cienkiego 4 ctm. długości, jajnik i jajowód wraz z częścią więz. szerokiego; wszystkie narządy te uległy zgorzeli, z worka zaś wylało się nieco żółtawej, jakby kałowej cieczy. Ponieważ nie można było

wydobyć uwięzniętej kieszki, przszyto więc ściany worka do otaczających tkanek i wykonano sztuczny odbyt. Jelito zaopatrzone w dren i nałożono opatrunek. Piątego dnia po dokonanych rękoźynie chora zmarła.

Opisany przypadek stanowi czwarte z kolei spostrzeżenie, gdzie w worku przepukliny zasłonej znalezione narządy płciowe kobiece; zasługuje on również na uwagę ze względu na szereg cały przejściowych zaciśnień, co zaczerpnięto z wywiadów. Jako czynnik usposabiający autor przytacza owo upadnięcie przed 26 laty, jak również otyłość i podeszły wiek chorej. Wykonanie sztucznego odbytu było w danym razie zupełnie usprawiedliwione z uwagi na zgorzel worka i trzew, w nim znajdujących się.

(*Wiener medicin. Presse. Nr. 26. 1893.*)

K. Niedzielski.

140. Posner i Schwyzer. Przypadek wrodzonej przetoki prącia.

Autorzy opisują chorego z rzeźączką, który skarżył się przytem, że ropa płynie mu nie z wylotu cewki, lecz z otworku, leżącego ponad tymże.

Badanie wykazało, iż istotnie płyn z cewki był surowiczno-słuzowy, wolny od gonokokków, tymczasem wydzielina z górnego otworku w zupełności odpowiadała wydzielinie rzeźączkowej. Ów górny otworek, znajdujący się na 3 mm. powyżej wylotu cewki moczowej, prowadził do ślepego kanału, nie mającego żadnej łączności z tą ostatnią. Świeczka grubości 1½ mm. przy umiarkowanym wyciągnięciu prącia wchodziła do kanału tego na 14½ ctm. i wyczuć ją można było na całej jego długości pod skórą grzbietowej powierzchni członka, opuszczając się w głąb dopiero przy nasadzie tegoż. Podczas uciskania przez odbytnicę gruczołu krokowego, z owego kanału płynęła ciecz szklista, zawierająca stłuszczone leukocyty, duże płaskie komórki nabłonkowe i ziarenka tłuszczowe. Po za tem wszystkim znaleziono lewostronny *criptorchismus*.

Po upływie kilku dni wykryto również gonokokki i w wydzielinie cewki. Na skutek wstrzykiwań rozczynu azotanu srebra wydzielina z cewki ustąpiła; z górnego zaś otworu, pomimo stosowania kilku środków, obficie jeszcze płynęła zaczęła.

Zgodnie z życzeniem chorego podjęto następującą operację:

Cięcie skóry na linii środkowej grzbietu prącia, nie dochodzi na 4 ctm. do wierzchołka żołędzi. Po odpreparowaniu owego dodatkowego kanału, przekonano się, że leży on powierzchownie w rowku między ciałami jamistymi prącia wśród łatwo krwawiącej tkanki luźnej, a w okolicy spojeniałonowego opuszcza się w głąb. Wobec tego dodano cięcie poprzeczne i oddzielono więz podtrzymujący (*lig. suspensorium*) wraz z ciałami jamistymi. Skoro prącie pociągnięto ku dołowi, było widocznem, że kanał kończy się w mięśniach przepony miednicy pod postacią torebkowego rozszerzenia, ściśle połączonego z jednym z ciał jamistych. Z powodu mocnego krwawienia przy oddzielaniu torebki wycięto tylko część jej dla zbadania drobnowidzowego, resztę zaś wypalono żegadłem PAQUELIN'a. Kanał wycięto na przestrzeni 1 ctm., resztę jego zniszczono również za pomocą żegadła. Po kilku tygodniach stwierdzono wyzdrowienie zupełne.

Badanie drobnowidzowe kanału wykazało, iż wyściela go nabłonek wielowarstwowy z komórkami w głębokich warstwach cylindrycznymi, które posiadają jądra owalne, obfitujące w chromatynę; komórki powierzchownie leżące są płaskie, z niedużymi jądrami; w warstwach środkowych postacię komórek przejściowe. Pomędzy komórkami nabłonkowymi tu i owdzie widać mocno zabarwione jądra leukocytów. Właściwa ściana kanału otoczona jest warstwą tkanki łącznej zbitą z licznymi gładkimi włóknami mięsnymi i naczyniami krwionośnymi; najbardziej zewnętrzną warstwę stanowią cyrkularne mięśnie z przestrzeniami krwi-stami jamistymi. Obok kanału głównego widać jeszcze dodatkowe drobniejsze z taką samą budową.

Co do powstawania tego rodzaju kanałów, to przypuszczenie, iż jest to podwójna cewka, zupełnie jest bezzasadne; cewka bowiem powstaje wskutek zlania się zewnętrznych brzegów rowka, utworzonego przez dolną powierzchnię ciał jamistych; w razie wady rozwojowej na grzbietowej powierzchni prącia prędzej będziemy mieli do czynienia ze zwykłym rozszczepem górnym (*epispadia*). Nie można również przypuszczać, że przewód opisany tu jest wygojonym takim rozszczepem, wówczas bowiem mielibyśmy bliznę.

Najprawdopodobniej jest to jakiś gruczoł cewki moczowej, który, rozrastając się niezwykle, odsnurował się od cewki i dał początek takiemu przewodowi. Za przypuszczeniem tem przemawia obfity pokład nabłonka, obecność dodatkowych mniejszych przewodów, wreszcie charakter wydzieliny.

(*Berliner klin. Wochenschr.* Nr. 35. 1893).

A. Leśniowski.

141. Rindskopf [Berlin]. Spostrzeżenia kliniczne nad wpływem chloroformu na nerki ludzkie.

W celu przekonania się o wpływie chloroformu na nerki autor badał mocz w 100 przypadkach w ciągu trzech dni po chloroformowaniu; po upływie bowiem tego czasu mocz stawał się prawie zawsze prawidłowym; mocz we wszystkich przypadkach przed operacją był normalny. Z 93 przypadków [pozostałe 7 z powodu powikłań pooperacyjnych autor nie bierze pod uwagę] w 31 znajdowano zmiany w moczu, zależne niewątpliwie od chloroformu; wszystkie bowiem spostrzeżenia miały przebieg pooperacyjny bezgorączkowy, a środki przeciwnie, stosowane tu w minimalnej ilości, muszą być zupełnie wykluczone. Sam zabieg operacyjny nie objaśnia również zmian w moczu; znajdowano je bowiem po zachloroformowaniu tylko w celach rozpoznawczych. W 6 przypadkach rozbiór wykazał białkomocz, w tyłuż białko i cylindry, w 19 cylindry, prócz tego 4 razy znajdowano cylindroidy, 21 razy znaczną ilość leukocytów, 19 razy nabłonek rozmaitego pochodzenia i 6 razy czerwone ciała krwi [ostatnie pochodzenia urazowego].

Co się tyczy ilości białka, to ślady jego można było wykryć w ciągu dwóch dni, cylindry stopniowo znikaly, tak, że w 60—70 godzin po chloroformie nie znajdowano ich wcale; to samo da się powiedzieć i o innych składnikach; najdłużej trwała obecność zwiększonej ilości leukocytów; nareszcie czasami spotykano kropelki tłuszczu.

Zmiany w nerkach zależą nie tylko od ilości chloroformu, lecz i od przeciągu czasu, w jakim chory znajdował się uśpiony. W ogóle operowani z następczemi zmianami w moczu byli przeciętnie $\frac{1}{2}$ godziny dłużej pod wpływem chloroformu, aniżeli ci, u których zmian tych nie znaleziono.

(*Klinische Beobachtungen über den Einfluss der Chloroformnarkose auf die menschliche Niere.* *Deut. med. Woch.* Nr. 40. 1893).

J. Weisblat.

143. Prof. Duplay. Zapalenie stawu wysiękowe natury syfilitycznej.

Na oddział prof. D. przybył 33-letni mężczyzna, skarżąc się na utrudnienie od pewnego czasu ruchów prawego kolana, powstałe bez widocznej przyczyny. Przy oględzinach znaleziono znaczne obrzmienie kolana i chełbocące obrzmienia uchyłka stawu pod mięśniem trójgłowym uda; dalej niebolesne zgrubienia tkanek po obu stronach rzepki obok tarcia się teźże, wreszcie półkolisty, chełbocący na główce piszczeli guz, wielkości orzecha, nie przyrośnięty do prawidłowej skóry i nie zmieniający swego położenia podczas czynności stawu. Ruchy stawowe niezłe, stan ogólny chorego dobry. Rozpoznano zapalenie stawu kolanowego przewlekłe, wysiękowe, a guzik na piszczeli uznano za wytwór bądź zapalenia błony maziowej stawu, bądź za następstwo sprawy zapalnej w pochwie mięśnia dwugłowego.

Uraz, cierpienie gruźlicze, gościec i t. p. w tym razie należało wyłączyć; natomiast z wywiadów przekonano się, że chory przed laty przechodził syfilis. Przypuszczając zależność obecnego cierpienia od zakażenia, niegdyś przebytego, autor zastosował leczenie swoiste [rtęć i jodek potasu]. Na kończynę nie nałożono żadnego opatrunku, pozwolono nawet choremu chodzić. Po upływie dwu miesięcy nastąpiło wyzdrowienie zupełne, wraz z przywróceniem prawidłowego wyglądu kolana.

Pomimo że RICORD, BALLEET i DIDAY odrzucają możliwość zajęcia stawów sprawą syfilityczną, inni autorzy stają w jej obronie i odróżniają trzy postacie tego cierpienia: 1) *nerwoból stawowy*, zazwyczaj w drugim okresie przymiotu występujący, 2) zapalenie ostre stawów, przyczem te ostatnie brzmieją, są bolesne, a skóra, pokrywająca je, przybiera wszystkie oznaki zapalne i 3) *cierpienie stawów, od gumatów zależne* (*l'arthropatie gommeuse*), którego istnienie, jak mniema A., nie powinno być poddawane żadnej wątpliwości. W tym razie zajęcie stawu odbywa się *per continuitatem*; pierwotnie bowiem gumaty tworzą się w mięśniach i w tkankach do stawu przylegających, skąd dopiero przedostają się do jamy stawowej.

Przypadek prof. D. potwierdza poniekąd słuszność owych poglądów.

(*Le bulletin médical*. N. 78, 1893)

K. Niedzielski.

143. Garré (Tybinga). W sprawie usypiania eterem.

Eter, przed 40 laty wyparty przez chloroform wskutek wadliwych metod eteryzacji, dziś zasługuje na szersze zastosowanie wobec udoskonalonej techniki. Zarzucają mu, że nie daje jakoby zupełnego zwolnienia mięśni, tymczasem nawet u pijaków działa w tym kierunku skutecznie, jeżeli dawkę podwoimy. Kaszel, zjawiający się podczas uspienia, szybko znika, głośno zaś rżenia, trwające nieco dłużej, są tylko niebezpieczne przy ostrym lub przewlekłym nieżycie oskrzeli [przeciwwskazanie do eteryzacji]. Wymioty podczas i po uspieniu nie są częstsze, aniżeli przy użyciu chloroformu. To samo da się powiedzieć o białkomoczu. Przy zetknięciu się z płomieniem pary eteru wybuchają, czego się łatwo unika przez postawienie płomienia powyżej lub z boku pola operacyjnego, one bowiem, jako ciężkie, nie unoszą się ku górze. Wiek nie stanowi przeciwwskazania dla eteryzacji: zarówno starzy jak i dzieci łatwo usypiają.

Eter więc nie ustępuje w niczem chloroformowi; przeciwnie ma tę przewagę, że jest mniej odcień niebezpieczny [1 przypadek śmiertelny na 2907 uspień za pomocą chloroformu i na 14606 eteryzacji], działa bowiem na serce wzmacniająco, podnosząc zarazem ciśnienie krwi w dwójnasób i trójnasób. A zatem w chorobach serca należy oddać pierwszeństwo eterowi.

(*Zur Aethernaskose*. *Deut. med. Woch.* N. 40, 1893.

J. Weisblat.

144. Hermann Schloffer. O zastosowaniu agaru moczowego do hodowania lasecznika błonicy.

Jak wiadomo, badanie drobnowidzowe nie zawsze wystarcza do wykrywania laseczników LOEFFLER'a w rzekomych błonach dyferytycznych. Przeważna część autorów domaga się przyrządzania czystych hodowli, jeżeli chodzi o pewną zupełnie dyagnozę. Lecz zwykle nasze grunty odżywcze nie pozwalają otrzymywać wyraźnych kolonii i sam LOEFFLER już przygotował specjalne dla swego lasecznika podłoże, które sporządza z surowicy krwi cielejącej przez zmieszanie z 25% bulionu, zawierającego cukier gronowy. Trudno jest wszakże bardzo otrzymać surowicę dobrze wyjałowioną, a okoliczność ta dała innym autorom pochoch do szukania innych odpowiednich gruntów. Niedawno temu GHON i SCHLAFENHAUFER przy hodowaniu gonokokka NEISSER'a posługiwali się agarem moczowym, zamiast surowiczego. Otóż, za ich przykładem SCHLOFFER

w pracowni wiedeńskiej WEICHELBAUM'a przeprowadził szereg doświadczeń w celu zastosowania tegoż podłoża dla lasecznika błonicowego. Agar moczowy przyrządza się z 2% agaru mięsno-peptonowego [2 części] i wyjałowionego moczu [1 część]. Ażeby otrzymać mocz jałowym, obmywa się *orificium externum* sublimatem, następnie odlewa pierwszą porcję moczu, resztę zaś zbiera w wyjałowionych probówkach, których brzegi raz jeszcze zostają wyżarzone. Takiego moczu używa się natychmiast lub dla pewności jeszcze raz sterylizuje, do czego wystarcza półgodzinne ogrzewanie przy 70°—80° C.. Wyższych temperatur unikać należy, ponieważ w niektórych moczach tworzy się przytem osad, a także dlatego, że w ciepłotach blizkich 100° C. zachodzi w pewnym stopniu rozkład moczownika.

Jeżeli z czystej hodowli lasecznika dyfterytycznego przeszczepiono na skórnie zakrzepły agar moczowy, to po 24 godzinach w termostacie pojawia się szaro-biały nalot, dość obfity, zazwyczaj dość suchy, nieprzezroczysty. W zwykłym agarze i w glicerynowym nalot ten występuje skąpiej i bardziej jest szary. Na agarze surowicznym jest on również bujny, jak na moczowym, lecz szary, przeświecający i wilgotnie połyskujący. Na surowicy LOEFFLER'a wyrasta podobnie jak na agarze surowicznym, nieco tylko skąpiej i bardziej biało. Na agarze moczowym już po 24, niekiedy dopiero po 48 godzinach widać skłonność do wyrastania na powierzchni. Nie dostrzega się tego natomiast na surowicy LOEFFLER'a, rzadko na agarze surowicznym, a po kilku dniach dopiero na agarze zwykłym i glicerynowym. Jeszcze wyraźniej występuje to powierzchniowe wyrastanie na agarze moczowym w klutych hodowlach. Już po 24 godzinach tworzy się na powierzchni gruba, szaro-biała warstwa, która po kilku dniach obchodzi do brzegów wąskiej probówki. W hodowlach płytkowych niema znacznej różnicy pomiędzy agarem surowicznym a moczowym. Powierzchnowe kolonie w tym ostatnim przy badaniu drobnowidzowem i słabem powiększeniu zwykle są nieco ciemniej zabarwione, aniżeli kolonie na agarze surowicznym.

Zupełnie określonego, charakterystycznego typu kolonii, według którego możnaby natychmiast rozpoznać lasecznika dyfterytycznego, nie otrzymuje się, według autora, na żadnym gruncie odżywcym. MARTIN na podstawie rozległych swych badań podaje trzy typy lasecznika, które różnić się mają wielkością, kształtem oraz stopniem jadowitości. Nie uznaje on tych typów za różne rodzaje laseczników, lecz za poszczególne formy jednego i tego samego lasecznika; lecz typom tym, według naszego autora, brak wyraźnych cech morfologicznych i patogenetycznych.

Według nowej swej metody SCHLOFFER wykonał 30 badań, z tych w 20 przypadkach, w których klinicznie skonstatowano błonicę. Z tych 20 przypadków w 18 udało mu się wykazać lasecznika LOEFFLER'a; w dwóch brakło ich. W pozostałych 10 przypadkach 2 razy rozpoznawano klinicznie dyfteryt szkarlatynowy, 8 razy krup. W jednym z tych ostatnich wyhodowano lasecznika dyfterytycznego. We wszystkich tych przypadkach agar moczowy okazał się zupełnie odpowiednim gruntem do szybkiego rozpoznawania. Już po 14 godzinach można było prawie z pewnością orzekać, jakkolwiek dopiero w 24 godzin osiągnano zupełną pewność. Dodać tylko wypada, że nie każdy mocz jednako dobrze się nadaje do przyrządzania gruntu i że nawet u jednego i tego samego człowieka zachodzą pod tym względem słabe wahania; lecz kwaśny odczyn moczu nigdy nie wpływa szkodliwie.

Przeciwnie okazało się, iż lasecznik dyfterytyczny znosi wyższe stopnie kwaśności niż alkaliczności, i że zarówno alkaliczność jak i kwaśność w pewnych granicach zupełnie nie wpływają ujemnie na wyrastanie kolonii. Przy użyciu kwaśnego fosforanu sodu i węglanu sodu okazało się, że dopiero zawar-

tość 2,5% kwaśnej soli ogranicza wyrastanie, 12% zupełnie hamuje rozwój, podczas gdy już 0,25%, resp. 1,3% alkali ten sam sprowadzało skutek.

(*Centralblatt f. Bacteriol. und Parasitenkunde. Nr. 20. 1893.*) Flaum.

List otwarty do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

— 2 —

SZANOWNY KOLEGO REDAKTORZE!

W przesłanym mi w tych dniach liście zwrócił moją uwagę D-r WICHERKIEWICZ na jedno jeszcze spostrzeżenie, dotyczące jaskry, wywołanej przez atropinę, a opisane przezeń w Przeglądzie Lekarskim z r. 1887, str. 12 i 26. Uważam przeto za obowiązek swój uzupełnić podaną przezeń odośną kazuistykę i przeprószyć Szanownego Autora za nieumyślne pominięcie pracy Jego, która nie była streszczoną w rocznikach MICHL'A.

W. Kamocki.

Wiadomości bieżące.

— W Berlińskim Towarzystwie Internistów LEYDEN przedstawił serce 22-letniego mężczyzny, u którego za życia rozpoznano *endocarditis gonorrhoeica*. Zarówno na półksiężycowych zastawkach aorty, jak i na zastawce dwudzielnej znajdowały się owrzodzenia i krwisto-włóknikowe naloty, łączące się z sobą za pomocą otworu w przedzielnicy te dwie zastawki ściance, która w tem miejscu była owrzodziła. Zastawki aorty były niedomykalne. Lewa komórka serca była rozszerzona, mięsień sercowy przedstawiał zwyrodnienie tłuszczowe (*myocarditis*). Bakteryologiczne badanie nalołów wsierdziowych wykazało obecność gonokoków [NEISSER'a] czystych, t. j. nie zmieszanych ze streptokokami i stafylokokami. Że były to gonokoki, za tem przemawiają, zdaniem LEYDEN'a, następujące okoliczności: 1) miały one postać okrągłych diplokoków, 2) znaczna część ich znajdowała się, co jest nadzwyczaj charakterystycznym, wśród komórek, 3) stale odbarwiały się metodą GRAM'a, 4) również nadzwyczaj łatwo odbarwiały się wysokiem, a także olejkami lawendowym. Historia choroby danego przypadku jest następująca: przy przyjmowaniu chorego do kliniki stwierdzono jednocześnie przewlekłą rzeżączkę, *epididymitis*, obrzmienie i bolesność lewego [przedtem i prawego] stawu stopowego i prawego kolanowego. Charakterystycznymi objawami danego przypadku były: 1) objawy fizyczne przy badaniu serca (*insufficiencia aortae et mitralis*), 2) nieprawidłowa gorączka z wielokrotnymi dreszczami, 3) wielokrotne wymioty, 4) powikłanie zapaleniem nerek, 5) złośliwy przebieg z szybkim upadkiem sił. Z zestawionej przez prof. LEYDEN'a obfitej literatury okazuje się: 1) że na zasadzie licznych obserwacji, związek pomiędzy zapaleniem wsierdza i rzeżączką jest nader prawdopodobnym, 2) że pewna część tych przypadków przy przewlekłym przebiegu choroby kończy się pomyślnie, po części wyzdrowieniem, 3) że druga część przypadków przebiega złośliwie wśród objawów zapalenia wsierdza i kończy się śmiercią. Najczęściej zajęte były zastawki półksiężycowe aorty, rzadziej zastawki dwudzielne. Często, ale nie stale, zapalenie wsierdza następowało po rzeżączkowym goścu stawowym. Wszystkie przypadki dotyczyły mężczyzn. (*Deutsche medicin. Wochenschrift. 1893. Nr. 38.*)

J. W.

— W Odeskim Towarzystwie Lekarskim miał J. WINOKUROW odezyt o obserwowanym przez siebie przypadku odmy piersiowej (*pneumothorax*) w następstwie koklusu u 4-letniego chłopca. Dziecko to przez kilka miesięcy cierpiało na koklusz i gdy nareszcie napady koklusu przeminęły, zachorowało ono na lewostronne, włóknikowe zapalenie płuc. W kilka dni potem, po nieznaicznym napadzie kászlu, wystąpiły objawy lewostronnej odmy piersiowej. Przez kilka dni stan dziecka był groźnym, poczem stopniowo zaczął się polepszać, a po upływie 3-ch tygodni dziecko wstało z łóżka. Przypadek ten budzi pewne zainteresowanie z tego względu, że chociaż koklusz

już ustąpił, jednakże przygotował grunt odpowiedni (*emphysema*) do utworzenia się odmy piersiowej za jakimkolwiek bądź wpływem. W danym przypadku za bodziec posłużyło powierzchowne zapalenie płuc; pod wpływem ruchów kaszlowych, znajdujące się w stanie zapalnym rozszerzone pęcherzyki płucne rozdarły się, przyczem nastąpiło przedziurawienie przylegającej opłucnej i przez utworzony otwór dostało się powietrze do jamy opłucnej. (*Archiv für Kinderheilkunde. Bd. XVI. H. I u. II.*) J. W.

— D-r SCHEIER podaje przypadek złamania krtani [chrząstki tarczowej i pierścieniowej], powstałego skutkiem uderzenia kępytem końskim i wyleczonego za pomocą tracheotomii i następczej intubacji. Przypadki złamania krtani należą wogóle do bardzo rzadkich; z dostępnej dla siebie literatury zdołał ich autor zebrać 95, z których 43 zanotowanych w statystyce GURLT'a. Najczęstszymi przyczynami złamań krtani było duszenie, wieszanie się, zaciśnięcie krtani między dwoma twardymi przedmiotami, uderzenie i t. p., najrzadszą zaś przyczynę stanowią postrzały. Co do samego sposobu powstania złamań istnieje wiele sprzecznych zdań, dlatego też autor wykonał szereg doświadczeń na trupach różnego wieku. Złamanie chrząstek autor wywołał bądź to duszeniem, bądź uderzeniem pięścią w szyję i zawsze mu się to udawało, z jednym tylko wyjątkiem, przy użyciu nieznaczej siły. Przy duszeniu znalazł autor złamaną kość gnykową — 5 razy, chrząstkę tarczową — 6 razy, pierścieniową zaś — 7 razy. Przy uderzeniu w szyję kość gnykowa była tylko raz jeden złamaną, chrząstka zaś tarczowa i pierścieniowa została tylko jeden raz nienaruszoną. Przytem sam wygląd złamania wskazywał sposób powstania: przy duszeniu zazwyczaj złamanie przedstawiało się w postaci linii prostej, przebiegającej po środku, przy uderzeniu zaś linia złamania mniej lub więcej zbaczała od środka i nie była tak prostą. Błona śluzowa krtani, jak również struny głosowe nigdy nie były naruszone. Lamliwość chrząstek jest w zupełności zależną od stanu substancji chrząstkowej. Rokowanie w przypadkach złamania krtani zazwyczaj jest niepomyślnem, zwłaszcza jeżeli złamaniu uległy obie chrząstki. Co się zaś tyczy leczenia, to najlepszą jest szybko wykonana tracheotomia z następczem rozszerzeniem w razie potrzeby. (*Deutsche medicinische Wochens. 1893. Nr. 33.*) L. W.

— Wielokrotnie już podnosiły się głosy, że przy dotychczasowem, t. j. wyłącznie makroskopowem badaniu prostytutek bardzo łatwo można przeoczyć istniejącą rzeżączkę. Sprawdzeniem tego faktu zajął się świeżo H. LASER. W tym celu badał on na gonokoki NEISSER'a u 197 prostytutek wydzielin organów płciowych, a mianowicie: cewki moczowej, pochwy i szyjki macicznej; ogółem sporządził 600 preparatów. Z 67 preparatów, pochodzących z zawartości szyjki macicznej, w 46 przypadkach wynik badania był ujemny, udało się zaś L. wykryć gonokoki w 21 przypadkach, z których w 17 nie było żadnych objawów klinicznych. Z zawartości pochwy przygotował L. 180 preparatów, a tylko w 7 udało mu się wykazać gonokoki, lecz i z tych 7 przypadków — u 5 prostytutek zauważyć było można obfitą, ropną, zawierającą gonokoki, wydzielinę z cewki moczowej, w jednym przypadku stwierdzono gonokoki i w szyjce macicznej; pozostaje więc ze 290 badań zawartości pochwy tylko 1 pewny przypadek, t. j. zaledwie 0,5%. Nareszcie, wydzielinę szyjki macicznej były 353 razy przedmiotem badania; wynik dodatni otrzymał L. w 112 przypadkach, t. j. w 31,7%. Z tych 112 przypadków, tylko w 21 można było na zasadzie stwierdzonego ropnego wypływu z cewki moczowej wnioskować o istnieniu rzeżączki, a więc w 91 przypadkach wykryto gonokoki, a ropy całkiem nie było; z tych 91 preparatów sześć pochodziło od prostitutek, które badanymi były natychmiast po wypisaniu ze szpitala z powodu „wyleczonej rzeżączki“, w 61 z tych 112 przypadków nie było najmniejszego podejrzenia rzeżączki, t. j. w 17,2%. W 241 przypadkach wynik badania wydzielin cewki moczowej był ujemny, a pomimo tego w 31 z tych przypadków było podejrzenie rzeżączki, a w 8 wydzielała się z pochwy gęsta ropa, z czego L. wnioskuje, że zapalenie ropne pochwy może być wywołanem nie tylko przez gonokoki, lecz i przez inne drobnoustroje. Z przytoczonych liczb widać, jak niedokładnem jest dotychczasowe badanie prostitutek i dlatego radzi L. badać je co pewien przeciąg czasu na zawartość gonokoków w wydzielinach organów płciowych. Co się tyczy spornej kwestyi, o ile prostytutcyca wpływa na bezpłodność, to z 44 prostitutek, których L. o to wypytywał, tylko 18 nigdy nie rodziło. Z badanych przez L. prostitutek 2 były głuchonieme, jedna dotknięta porażeniem połowiczem, 6 cierpiało na *prolapsus vaginae*, u 1 wargi duże były nadzwyczaj obrzmiałe, 1 brzemienna, u 1 była słońiowa-

cizna dużych i małych warg, 1 cierpiała na *incontinentia vesicae*, 1 na *fistula ani*, u 1 był znaczny przerost lewego gruczołu BARTHOLINI'ego. (*Deutsche medicin. Wochenschrift. 1893. Nr. 37*).

J. W.

— COURMONT. O stosunku gruźlicy ptaków do gruźlicy zwierząt ssących. Od czasu odkrycia laseczników gruźliczych przez KOCH'a, bakterjologowie wciąż zajmują się kwestyą, czy laseczniki gruźlicy zwierząt ssących i ptaków są identyczne, czy też przedstawiają dwa odrębne rodzaje?

Z początku na zasadzie doświadczeń BOLLINGER'a, JÖHNEGO, NOCARD'a i innych, nie wątpiono o identyczności obu zarzązków. Lecz w roku 1888 wystąpili STRAUS i WURTZ, a za nimi RIVOLTA, MAFFUCI i inni, dowodząc istnienia dwóch odrębnych gatunków laseczników gruźliczych. W roku 1891 STRAUS i GAMALEIA dostarczyli na to następujących dowodów: 1) hodowle laseczników ludzkich są suche, łukowate, ptasich zaś wilgotne, miękkie i tłuste; 2) laseczniki ludzkie przy +43° nie rozwijają się, podczas gdy ptasi wzrasta szybko; 3) pies nie zaraża się zupełnie lasecznikami ptasimi, łatwo padając ofiarą ludzkich; 4) kury są zupełnie odporne względem laseczników ludzkich; 5) szczepienia gruźlicy ludzkiej królikom i świnkom morskim powodują powstawanie gruzelków w ich płucach, laseczniki zaś ptasie zabijają je bez wywołania zmian w narządach; 6) laseczniki gruźlicy ptaków i zwierząt ssących, barwią się jednakowo, są jednak zupełnie różnymi gatunkami. W tym samym jednak już roku CADIOT, GILBERT, ROGER, COURMONT, a za nimi ARLOING, GRANCHER, FISCHER i inni dowiedli na kongresie wręcz przeciwnego twierdzenia.

Rozbierając cechy morfologiczne i biologiczne laseczników KOCH'a, przyjdziemy do przekonania, że powyższe dowody STRAUS'a nie są przekonywujące; ciepota bowiem rozwoju drobnoustrojów podlega w ogóle znacznym wahaniom, hodowle zaś laseczników KOCH'a na agarze glicerynowym zupełnie nie będą się różniły wyglądem od hodowli laseczników ptasich. FICHL'owi w Pradze udawało się nawet dowolnie przekształcać jeden gatunek laseczników w drugi. Co się tyczy szczepienia laseczników królikom, to, jak wiadomo, szczepienie laseczników KOCH'a na każdej drodze wywołuje u nich typowe makroskopowe gruzelki [typ VILLEMINE'a], gdy tymczasem przy szczepieniu laseczników ptasich do krwi powstaje gruźlica, bez widzialnych jednak gruzelków [typ YERSIN'a]. I to jednak rozgraniczenie okazało się nietrwałem, gdyż wielu badaczy otrzymało wyniki wręcz przeciwne, zależne od ilości i jadowitości, a nie od różnych gatunków pasożyta. Przez pewien czas uważano świnkę morską za zwierzę zupełnie odporne względem laseczników gruźlicy ptasiej, lecz w 1885 r. NOCARD'owi pierwszemu udało się przeszczepić gruźlicę z ptaków na świnkę, a za nim osiągnęli ten sam wynik DAREMBERG, ROUX i inni. Jednocześnie to samo zostało dowiedzionem odnośnie do psa przez RICHT'a i HERICOURT'a, a z drugiej strony dowiedziona też została możliwość zarażenia ptaków gruźlicą zwierząt ssących. W ten sposób stwierdzono więc dowodnie bezzasadność teorii dualistów. W jaki jednak sposób można sobie objaśnić te sprzeczności i twierdzenia obu obozów? COURMONT objaśnia to w ten sposób, że drobnoustroje przystosowują się do podłoża, na którym żyją i tracą część swoich właściwości w innym środowisku. Lasecznik KOCH'a, wzięty wprost z wydzielin zwierzęcia ssącego, będzie mało zakaźny dla ptaka, lasecznik jednak, przeprowadzony przez kilka generacji, straci stopniowo swoje przystosowanie się i zaszczerpiony dawać będzie wyniki wyłącznie dodatnie. Tak np. COURMONT i DOR do tuberkulizaeyi 150 zwierząt ssących, z wynikiem dodatnim, użyli pięcioletniej hodowli laseczników ptasich; kura, zakażona tą samą hodowlą, zdechła na ogólną gruźlicę, gruzelki jednak z niej zaszczerpięno królikowi i śwince dały już wynik ujemny.

Faktem wreszcie wspierającym teorię unitarystów jest identyczność zupełna substancji rozpuszczalnych, otrzymywanych z hodowli obu laseczników. Na podstawie powyższych danych COURMONT dochodzi do wniosków następujących: 1) hodowle obu laseczników różnią się rzeczywiście swym wyglądem, nie jest to jednak ich cechą stałą; 2) królik jest czułym na gruźlicę ptasią; 3) świnka morsa choć jest mniej czułą, podlega jednak również ogólnej gruźlicy po zaszczerpieniu laseczników ptasich; 4) pies jest bardziej opornym względem gruźlicy ptasiej, niż zwierząt ssących; 5) przeszczerpienia gruźlicy zwierząt ssących ptakom przedstawia znaczne trudności; 6) laseczniki ptasie tem są jadowitsze dla zwierząt ssących, im dłużej przebywały na podłożu sztucznem; 7) oba laseczniki wydzielają w hodowlach bulionowych substancje toksyczne z jednako-
kowemi własnościami. (*La Semaine médicale. Nr. 53. 1893*).
L. W.

— Ostry gościec stawowy, według zdania ROTHSCHILD'a, rzadko bywa powikłanym tańcem Ś-go Wita (*chorea minor*), szkarlatyna zaś jeszcze rzadziej. Pięcioletnia dziewczynka zachorowała na szkarlatynę. Przez przeciąg 9 dni ciepota ciała była podwyższoną, poczem spadła do stanu prawidłowego. Stan bezgorączkowy trwał 3 dni; przez ten czas dziewczynka czuła się całkiem dobrze. Następnego dnia pojawiło się obrzmienie i gwałtowne bóle w obu stawach stopowych. Stan taki trwał kilka dni, poczem dolegliwości te częściowo ustąpiły, lecz za to wkrótce wystąpiły objawy zapalenia wsierdza, a w dwa tygodnie potem pojawiły się drgawki na twarzy, właściwe tańcowi Ś-go Wita, oraz mimowolne wykręcanie palców i rąk, a w słabym stopniu także i dolnych kończyn. Stopniowo drgawki się zmniejszyły, a ostre zapalenie wsierdza ustąpiło miejsca przewlekłej wadzie sercowej. Leczenie polegało na podawaniu dziewczynce arszeniku. Dziecko to pochodziło z rodziny nieobarczonej dziedzicznymi chorobami nerwowymi i w ogóle nie odznaczało się usposobieniem nerwowem. Na zasadzie kolejnego występowania objawów szkarlatyny, gościca stawowego, zapalenia wsierdza i tańca Ś-go Wita, czuje się R. uprawnionym do wypowiedzenia przypuszczenia, że zapalenie wsierdza spowodowało zatępienie w ośrodkowym układzie nerwowym, których objawem był właśnie taniec Ś-go Wita. (*Arch. f. Kinderheilkunde. Bd. XVI. H. I u. II.*)

— M. BORCHARDT i H. FINKELSTEIN badali przemianę materii u chorego na moczówkę cukrową. Celem porównywania otrzymywanych wyników robili także same badania i nad samymi sobą, przyczem spożywali też samo pożywienie i w ogóle znajdowali się w tych samych warunkach, co i chory. Rezultaty, do których doszli, są następujące: jeżeli pożywienie chorego było pozbawione wodorów węgla, to wcale nie można było u niego zauważyć patologicznego rozkładu białka; lecz również i przy spożywaniu wodorów węgla rozpad białka u chorego, pomimo silnego cukromoczu, niezem się nie różnił od rozpadu białka u nich, t. j. u ludzi zdrowych. Pomimo tego, że chory w ten sposób zaoszczędzał białko i tłuszcz osadzał się w jego ustroju, tracił on jednak na wadze, gdy B. i F. zyskiwali: cukromocz więc i utrata na wadze stoją w ścisłym pomiędzy sobą związku—jedno jest zależnem od drugiego. Istnieje zatem postać moczówki cukrowej, przy której pomimo cukromoczu wodany węgla w ten sam sposób zostają zużytkowane na zaoszczędzenie białka, jak i u ludzi zdrowych, jednakże pomimo tego chorzy chudną, ponieważ nie są w stanie ochronić swego ciała pr. ed utratą tłuszczu. Przy podawaniu choremu stałych, jednakowych, ilości cukru, dochodził cukromocz powoli do pewnego stopnia, na którym potem stale się utrzymywał. Co się tyczy rozmaitych rodzajów cukru, to z doświadczeń B. i F. okazało się, że chory w ten sam sposób zużytkowywał na zaoszczędzenie białka tak cukier gronowy, jak cukier mleczny i lewulozę. Niezależnie od rodzaju cukru, jaki chory otrzymywał, wydzielal on z moczem zawsze tylko cukier gronowy. (*Deutsche medic. Wochenschrift. 1893. Nr. 31*), J. W.

— Otrzymałiśmy następujące pismo: „Komitet generalny XI międzynarodowego lekarskiego zjazdu w Rzymie, ulegając życzeniu kolegów rozmaitych narodowości, jako nowy termin przyszłego Zjazdu wyznacza czas od 29 marca do 5 kwietnia 1894 r. Zawiadamiając o tem komitet krakowski i upraszając o podanie tej wiadomości wszystkim kolegom naszego kraju, Komitet Generalny zarazem zapewnia, że pod względem umieszczenia uczestników Zjazdu będą poczynione wszelkie ułatwienia i że liczba mieszkań będzie niewątpliwie zupełnie wystarczającą.

Podając powyższą odezwę generalnego Komitetu do wiadomości Szan. Kolegów, Komitet krakowski ma zaszczyt zarazem niniejszem upraszać o zgłaszanie odczytów oraz o przesyłanie należytości za karty legitymacyjne pod adresem przewodniczącego tegoż Komitetu“.

Przewodniczący,

N. Cybulski.

Sekretarz,

P. Radecki.

Kraków, Szepeńska 11.

— V kongres ruskich lekarzy odbędzie się w Petersburgu międz 5—8 stycznia 1894.

Do N-ru 48 Gazety Lekarskiej dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów Prospekt na Wydawnictwa księgarni E. Kolińskiego.

Wydawca, D-r **St. Kondratowicz.**

Redaktor odpowiedzialny, D-r **Wl. Gajkiwicz.**

Дозволено Цензурою. Варшава 19 Ноябрь 1893 г. Друк K. Kowalewskiego, Królewska Nr. 29.