

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

OD REDAKCYI.

W roku 1884 „Kronika Lekarska” wychodzić będzie jak dotąd co 2 tygodnie z tym samym co dawniej programem.

W roku 1884 do czasu zatwierdzenia na redaktora kol.

Ottona Hewelkego, obowiązki redaktora pełnić będzie kol. Krajewski. Kol. Kobyliński zostaje nadal wydawcą.

Adres Redakcyi:

Chmielna Nr. 32.

Adres Administracyi:

Czysta Nr. 4.

477. OBECNY STAN NAUKI O PEPTONACH W MOCZU.

napisał

Henryk Pacanowski

ASYSTENT KLINIKI TERAPEUTYCZNEJ.

(Dokończenie patrz Nr. 23).

Kliniczne znaczenie peptonuryi. Dopiero dzięki dokładnym metodom Hofmeister'a, poszukiwania kliniczne nad rozpoznawczem, prognostycznym i t. p., znaczeniem peptonów w moczu mogły być zbadane obszerniej. Wyżej przytoczeni klinicyści, jakkolwiek spostrzegali pepton przy dość znacznej liczbie chorób, wszelako nie zdołali jeszcze wyjaśnić należycie jego roli.

Metodę Hofmeister'a w licznym szeregu poszukiwań zastosował pierwszy Maixner jeszcze w r. 1879. Wykonywał on próbę z garbnikiem. Z liczby 56 badanych chorych (na 104 pojedynczych badań), M. znalazł pepton w moczu u 29-ju, mianowicie: w 1 przypadku tyfusu brzuszego, w 1 przypadku gruźlicy prosówkowej, w 2-ch przypadkach zapalenia opłucnej gruźliczego, 1 przypadku zapalenia opłucnej surowiczowłóknikowego i 1 przypadku ropnego; w 2 ch przypadkach ropotoku opłucnej (*Pyopneumothorax*), 2-ch przypadkach zapalenia oskrzeli (*Bronchoblenorrhoea*), 2-ch gruźlicy przewlekłej, 7-miu zapalenia płuc zrazowego, 1 raka żołądka, 1 niezytu jelit, 1 ropnia otrzewnej, 1 ropnia pozaotrzewnego, 1 ropnia wątroby, 1 zapalenia miedniczek nerkowych i nerek, 1 ropnia opadowego, 1 nagminnego zapalenia opon mózgoworządowych, i nakoniec w 2 przypadkach otrucia fosforem. Nie znalazł peptonu: w 3 przypadkach tyfusu brzuszego, 1 gruźlicy prosówkowej, 1 błonicy przy tyfusie, 1 zimnicy; w 3-ch przypadkach zapalenia opłucnej surowiczego, 2 zapalenia opłucnej następ-

czego (?), 4 gruźlicy przewlekłej, w 1 przypadku zapalenia otrzewnej surowiczego, 1 ostrego ropnia wątroby, w 2-ch przypadkach zapalenia nerek mięszonego, 2 zapalenia nerek śródmięszkow. przewlekłego, 2 zwyrodnienia mączkowego nerek, w 1 przypadku zapalenia kręgow (*Spondylitis*), 1 zapalenia rdzenia (*Myelitis*), 1 torbieli jajnika, 1 gruźliczego zapalenia opon mózgowych.

Maixner na zasadzie swych spostrzeżeń przyjmuje istnienie peptonów w moczu w chorobach, którym towarzyszy tworzenie się i nagromadzenie ropy. Przy zapaleniu nerek, w brew twierdzeniu Senator'a i Petri, peptonu nie znalazł.

Jaksch opisał peptonurię przy reumatyzmie stawowym ostrym (w 12 przypadkach). Pojawia się ona tylko w okresie zakończenia choroby (*resolutio*). Wysokość gorączki nie wpływa na ilość wydzielanego peptonu, która zależy od natężenia sprawy chorobowej, od liczby zajętych stawów, oraz od szybkości wessania wysięku. Po zupełnem wessaniu peptonuryja znika.

Jaksch opisuje także jeden ciekawy przypadek torbieli jajnika, gdzie z początku nie znajdował peptonu w moczu; po jakimś czasie guz zaczął się zmniejszać, a jednocześnie wystąpiła peptonuryja. Na tej zasadzie J. rozpoznał pęknięcie torbieli z wylewem zawartości do jamy otrzewnej, co oględziny pośmiertne istotnie stwierdziły. Jaksch objaśnia przypadek niniejszy w ten sposób, iż grube ścianki torbieli przeszkadzały wchłanianiu peptonu, dopiero cienka i obfitująca w naczynia chłonne otrzewna uczyniła je możliwem.

Przed kilkoma miesiącami pojawiła się nowa, obszerniejsza praca Jaksch'a o peptonuryi (*Zeitschr. für klin. Med.*), oparta na 762 badaniach moczu za pomocą kwasu fosforowolframowego i próby biuretowej. Dane, przez J. przytoczone, są bardzo ciekawe:

Z liczby 354 chorych badanych autor znalazł pepton u 76; u 4-ch zaś chorych (czyli 5,2% ogólnej cyfry) nie można było peptonuryi przypisać ani zapalnemu, ani ropnemu ognisku.

Na 29 przypadków	zapalenia płuc	znalazł pepton w 24
„ 5	ropnego zap. opłucnej —	„ „ 4
„ 1	torbieli jajnika —	„ „ 1
„ 12	reumatyzmu staw. ostr. —	„ „ 12
„ 5	nagminnego zapalenia o-	
	słon mózgowych —	„ „ 5
„ 20	suchot po części z gru-	
	źliczem zapaleniem opon —	„ „ 20
„ 4	posocznicy połogowej —	„ „ 4
„ 1	posoczniczego zapalenia	
	opon mózg. po obrażeniu —	„ „ 1
„ 1	posocznicy po tyfusie (od-	
	leżyny i przerzuty ropne) —	„ „ 1
„ 7	szkorbutu —	„ „ 3
„ 3	otrucia fosforem —	„ „ 1
„ 18	tyfusu brzuszego —	„ „ 0
„ 3	„ wysypkowego	„ „ 0
„ 9	zimnicy —	„ „ 0
„ 10	odry —	„ „ 0
„ 8	szkarlatyny —	„ „ 0

„ 12	„	moczówki —	„	„	o
„ 3	„	bezkrwistości złośliwej —	„	„	o

Z powyższego wypadu, iż w sprawach ropnych lub czysto zapalnych bez ropienia pepton pojawiał się w moczu prawie zawsze, natomiast w chorobach zakaźnych i niektórych konstytucjonalnych nie było go w żadnym przypadku. Przy posocznicy i gruźlicy J. znajdował pepton wówczas jedynie, gdy istniało jednocześnie nacieczenie ropne.

Co się tyczy powstawania peptonu w moczu, już Maixner zwrócił uwagę, iż takowy pochodzi z *ogniska ropnego*. W ten sposób da się wytłumaczyć obecność jego w moczu tylko w okresie rozwiązania (*resolutio*) przy zapaleniu płuc, reumatyzmie, zapaleniu opłucnej i t. p. Niektórzy inni autorowie rzeczywiście stwierdzili słuszność tego twierdzenia; między innymi Eichwald znalazł pepton w ropie. Hofmeister również w ropie określił ilość peptonu na 0,8%; ostatni wedle H. mieści się przeważnie w ciałkach ropnych, w osoczu istnieją tylko ślady (0,06%); ilość peptonu w moczu (resp. we krwi) pozostaje w prostym stosunku do ilości ciałek ropnych. Dopóki ciałka ropne pozostają nienaruszone, pęty zdolne są zatrzymać pepton; dopiero, gdy ulegają rozpadowi, wówczas pepton zostaje uwolnionym i przechodzi do krwi i moczu. Tym sposobem nic dziwnego, jeśli nie przy każdym ognisku ropnym pepton się w moczu pojawia; zjawienie się zaś jego jest dowodem *rozpadu* ciałek ropnych.

Hofmeister znajdował także pepton w wielu *narządach*. I tak: w ściankach kiszek—zawsze; we krwi, śledzionie i trzustce—bardzo często; w mózgu, mięśniach, płucach i wątrobie—rzadziej; wreszcie nigdy nie znajdował go — w nerkach, gruczołach kręzkowych, kręzce i sercu. W ściankach kiszek największą ilość peptonu znajdował w 6 godzin po wprowadzeniu go do ustroju. Drugie miejsce pod względem częstości zajmuje krew, w której pepton głównie mieści się w krążkach i w ciałkach, w skrzepie zaś (*Blutkuchen*) są tylko ślady, a w surowicy wcale go nie ma. Gdy peptonu nie było we krwi, to i w śledzionie H. takowego nie znajdował; natomiast w razie obecności we krwi ilość peptonu w śledzionie przewyższała zawsze ilość jego we krwi, zapewne skutkiem nagromadzenia znacznej liczby ciałek limfoidalnych w śledzionie.

Poehl odkrył pepton w płwocinie, torbielach jajnika, massach rakowych i w tkance płucnej przy zapaleniu płuc. Dalej P. utrzymuje, iż pepton w każdym moczu białkowym, kwaśno oddziaływającym, wytwarza się pod wpływem *samej tkanki nerek*.

Senator wypowiedział podobne przypuszczenie. Opierając się na zdaniu Eichwald'a, iż płynne białko w zetknięciu z błonami zwierzęcymi zamienia się łatwo na pepton przy ciepłocie ciała, sądzi on, że białko przeistacza się w pepton w chwili przepływania moczu przez kanaliki nerkowe, miedniczki i moczowody aż do pęcherza.

Jaksch we wzmiankowanej powyżej pracy rozwinął i uogólnił teorię Maixner'a i Hofmeister'a o powstawaniu peptonurii. Rozróżnia on dwie odmiany: 1) peptonurię, pochodzącą z ogniska ropnego (*Pyogene Peptonurie*) i 2) krwiopochodną (*Haematogene Peptonurie*).

Pierwsza nie przy każdym ognisku zapalnym występuje. Ażeby się pepton w moczu przy sprawach wysiękowych i t. d. pojawił, muszą istnieć 3 warunki:

- Komórki ropne, zawierające pepton, powinny ulegać rozpadowi;
- Oswobodzony tym sposobem pepton musi drogą wessania dostać się do krwi;

c) Ilość peptonu, zawartego we krwi, powinna osiągnąć pewnej wysokości, nie cały bowiem pepton do moczu przechodzi; bardzo nieznaczne zaś ślady peptonu nie dadzą się wykryć w moczu za pomocą odczynu biuretowego.

Wszystkie powyższe trzy warunki muszą istnieć w każdym pojedynczym przypadku, bez któregośkolwiek z nich peptonuryi nie będzie. Dowodem tego są następujące okoliczności:

Co do a): Przy białaczce (*Leukaemia*) zarówno krew, jako też narządy ustroju, przepełnione są peptonem (E. Ludwig), który mimo to w moczu nie występuje; w tym razie bowiem pepton pozostaje ściśle związanym z ciałkami krwi, podobnie jak w ogniskach ropnych—z ciałkami ropnemi.

Co do b): Drugi warunek jeszcze częściej może nie być wypełnionym, mianowicie skoro naczynia włoskowate w ściankach, otaczających ognisko zapalne, podlegają zbyt niemiernemu uciskowi przez wysięk, albo gdy ścianki te posiadają zbyt mało naczyń, zdolnych do wchłaniania wysięku, albo wreszcie gdy sam wysięk nie ma odpowiednich do łatwego wessania własności, nie jest np. dość płynnym. — Przy zapaleniu opłucnej ucisk, wywierany przez wysięk na naczynia, przeszkadzać może wessaniu, które następuje zazwyczaj dopiero po dokonaniem przekłuciu klatki piersiowej.

Co do c): Peptonuryja może nie występować np. przy zapaleniu płuc, przy którym chory znaczną ilość wysięku z płwociną wykrztusza.

Szczególną uwagę poświęcił Jaksch chorobom zakaźnym. Otóż u kilkudziesięciu badanych chorych na tyfus, zimnicę, odrę, płonicę i t. d., nie znajdował ani razu peptonuryi. Przy posocznicy i gruźlicy istniała ona jedynie w razie obecności nacieków ropnych. Z pomiędzy 7-iu przypadków szkorbutu J. znalazł peptonuryję tylko w 3-ch, które zakończyły się śmiercią; u jednego z chorych autor znalazł ropnie w nerkach, u dwóch pozostałych—bezbarwne ciałka we krwi w stanie rozpadu. Tę ostatnią właśnie postać peptonuryi J. nazywa „*haematogen*”.

Na zasadzie swych spostrzeżeń Jaksch dochodzi tedy do wniosku, iż pojawienie się peptonuryi winno zawsze budzić w nas obawę istnienia w chorym ustroju jakiegoś ogniska wysiękowego, obfitującego w komórki. Objaw ten nie ma zresztą zbyt poważnego znaczenia rozpoznawczego, ponieważ zazwyczaj sprawy wysiękowe dają się także na zasadzie innych oznak łatwo rozpoznać. Natomiast peptonuryja ma rzetelną wartość przy uwzględnianiu przebiegu niektórych chorób. Ustanie peptonuryi w zapaleniu płuc np. dowodzi: albo, że wysięk zupełnie uległ wessaniu, albo że uległ innej jakiejś przemianie. W jednym przypadku nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, w którym nasilenia i zwolnienia choroby kilkakrotnie się powtarzały, a więc gdzie choroba miała przebieg jakby przepuszczający (*intermittens*), podczas każdego obniżania się gorączki pepton pojawiał się w moczu, po każdym zaś nowym wystąpieniu takowej znikał; zjawisko to powtarzało się kilka razy. W tym przypadku każde nowe podniesienie gorączki było zapewne dowodem, że: bądź wysięk już zupełnie został wessany, bądź że sprawa ostra przeszła w przewlekłą.

Z powyżej streszczonych badań dowodnie wypływa, iż pepton dostaje się do moczu z ognisk wysiękowych i ropnych. Zkąd jednakże pochodzi on przy innych sprawach patologicznych, mianowicie przy otruciu fosforem, raku i t. p? Kwestyja ta dotychczas nie jest jeszcze dokładnie rozwiązana.

U człowieka zdrowego pepton przechodzi do krwi z przewodu pokarmowego.—Liczne poszukiwania—między innymi Hofmeister'a—stwierdziły, iż zostaje on wessanym z ścianek jelit cienkich, bądź drogą naczyń chłonnych, bądź też krwionośnych

(Bouchardat, Sandras, Schmidt-Mühlheim). Ostatni z tych autorów znajdował pepton we krwi nawet po podwiązaniu przewodu piersiowego (*Ductus thoracicus*).

Dostawszy się do krwi, pepton szybko ztąd znika. Co się z nim staje? W tym względzie fizylogija cennych dostarczyła wskazówek. Liczni badacze wykonali szereg doświadczeń na zwierzętach.

Plosz i Gyergyai po wprowadzeniu peptonu psom do żołądka, poszukiwali go następnie w różnych naczyniach krwionośnych i narządach (żyły wrotnej, tętnicy szyjowej, wątrobie, mięśniach, limfie i t. d.). Najwięcej peptonu zawierała krew z żył kręzkowych, oraz sama krézka; mniej było w wątrobie, a tylko ślady w żyły wątrobowej i tętnicy szyjowej. Tym sposobem krew, zanim przepłynie przez wątrobę, posiada dużo peptonu, po wyjściu z niej—tylko nieznaczną ilość, a zatem w wątrobie zapewne pepton ulega przemianie.

Seegen stwierdził doświadczalnie badania Plosz'a i Gyergyai. Sprowadzał on kawałki wątroby z świeżo zabitych zwierząt w zetknięcie z peptonem i znalazł, że wątroba wytwarza z peptonu cukier oraz inne węglowodory, zdolne zamienić się w cukier. Zawartość cukru w wątrobie zwierząt, karmionych peptonem, wzrasta o 50—200% w stosunku do normalnej zawartości cukru. To samo miewa miejsce przy zastrzykiwaniu peptonu do krwi.

Drosdoff badał krew z żyły wrotnej w 3—4 godzin po nakarmieniu psów mięsem i mlekiem, i przekonał się 1) że przez czas trawienia można w niej wykazać niezmienny pepton i 2) że natychmiast po wypuszczeniu z żyły krew zawiera więcej peptonu, niż po jakimś czasie, a więc zapewne sama krew także wpływa na dalsze przemiany peptonu.

Dotąd mówiłem o przemianach, jakim podlega pepton, dostający się do krwi przez przewód żołądko-jelitowy, t. j. z pokarmami. Inną rzecz, jeśli pepton wprowadzimy wprost do krwi. Plosz i Gyergyai, wstrzykując pepton u psów do żył, znajdowali takowy w tętnicy szyjowej po upływie 3 godzin; po 4-ch zaś godzinach już go tam nie było; natomiast w moczu zjawiał się po 3¹/₂ godzinach, a po 5-ciu znikał.

Hofmeister, zgodnie z poprzednimi autorami, widział szybkie znikanie peptonu z krwi, do której został wstrzyknięty, oraz następnie wydzielanie tegoż w moczu.— U królika przy wprowadzeniu peptonu do żyły pojawia się w moczu po 12 godzinach 83% użytej ilości, a przy wprowadzeniu pod skórę 66,7%. Pepton więc prawie bez zmiany przechodzi do moczu. Dzieje się to wszelako jedynie wtedy, gdy dostał się do krwi bezpośrednio, a nie przez żołądek.

Z powyższymi spostrzeżeniami pozostają w sprzeczności badania Schmidt-Mühlheim'a, który utrzymuje, iż pepton, wprowadzony do krwi, nie wychodzi z moczem.— Wprawdzie pepton wkrótce potem traci swe charakterystyczne własności, t. j. przechodzi w inne ciało (?), ale dopóki jeszcze we krwi się znajduje, przez cały ten czas ustają wszelkie wydzieliny, a więc i wydzielina moczu, skutkiem opadania ciśnienia tętniczego, gdyż pepton ma własność paraliżowania ścianek naczyniowych.

Streszczone tu doświadczenia fizyologiczne na zwierzętach są nader ważne dla wytlumaczenia peptonuryi. Dowodzą one, jak wybitną jest różnica stosownie do tego, czy pepton dostaje się do krwi drogą zwykłą przez żołądek i kiszkę, czy też bezpośrednio. W pierwszym razie nie pojawia się on w moczu. Dla czego? Według jednych pepton zamienia się we krwi ponownie w białko, które częścią krąży rozpuszczone, częścią służy do organizowania tkanek (Lehmann, Maly, Plosz); podług innych pepton ulega we krwi dalszemu rozkładowi. Podług Hofmeister'a ścianki kiszek wchłaniają wprawdzie dużo peptonu, który jednak nie przechodzi do moczu dla tego,

że go zatrzymują w sobie nagromadzone podczas trawienia w owych ściankach komórki limfoidalne. Tym sposobem staje się zrozumiałem, dla czego u ludzi zdrowych peptonuryi nie ma.

W drugim przypadku, to jest jeśli pepton przechodzi do krwi wprost, bez pośrednictwa żołądka, nawet bardzo mała jego ilość pojawia się w moczu. Następuje to właśnie przy ropieniach i wysiękach. Naczynia chłonne bowiem przyjmują w siebie pepton z ognisk zapalnych i wprowadzają do krwi; tym sposobem pepton nie przechodzi przez wątrobę.

I. Patologija doświadczalna.

478. Dr. DURAIS. **O wpływie alkoholu na fizjologiczne działanie chloroformu.** *De l'influence de l'alcool sur l'action physiologique du chloroform.* (*Le progrès Medical* Nr. 47 — 1883 r. str. 951).

Autor jeszcze w 75 r., pod kierunkiem D-ra Laborde, robił doświadczenia w tym kierunku; doświadczenia te jednak niedokładnie były przeprowadzone, gdyż nie określano wtenczas procentu chloroformu, zawartego w powietrzu wdychanem przy chloroformowaniu. Dopiero, gdy Bert ogłosił swoją nową metodę chloroformowania autor powtórzył znowu swoje doświadczenia i zadał sobie następujące pytania:

1) Czy spirytus przyśpiesza, czy opóźnia działanie chloroformu; 2) czy zmniejsza czy powiększa odporność życiową znieczulonego organizmu; 3) czy mieszanina znieczulająca może w obecności spirytusu być mniej stężoną; 4) czy objętość tej mieszaniny, potrzebna do znieczulenia staje się mniejszą w obec spirytusu.

Doświadczenia były robione na zwierzętach, będących w stanie ostrego zatrucia alkoholem. Nie robiono doświadczeń u ludzi cierpiących na alkoholizm chroniczny i na „*alcoholisme en retour*”, jak go autor nazywa, t. j. stan w którym zostaje pijak nałogowy naraz pozbawiony spirytusu. Wspomina tylko autor, co zresztą wszystkim wiadomo, że tacy chorzy trudno się chloroformują.

Autor przytacza dwa swoje doświadczenia dokonane na psach. Pierwsze dotyczy psa ważącego 7 kilogr. i 300 gram., któremu wprowadzono do żołądka mieszaninę składającą się z 35 cc. spirytusu 90% i 70 cc. wody; po upływie 3-ch minut zwierzę zostało poddane działaniu mieszaniny powietrza z chloroformem 10%. Znieczulenie nastąpiło w przeciągu trzech minut; zwierzę żyło 42 minuty po znieczuleniu. — Zauważono {obniżenie ciepłoty o 1,5°.

Do zupełnego znieczulenia zużyto 75 litrów, a od chwili znieczulenia do śmierci 375 litrów mieszaniny powietrza z chloroformem.

W drugim przypadku do doświadczenia wziął autor psa ważącego 7 kilogr. i 800 grm., wprowadził mu do żołądka mieszaninę 25 cc. spirytusu 90% i 80 cc. wody; po 22 minutach dano do wdychania zwierzęciu mieszaninę powietrza z chloroformem 10%. Znieczulenie nastąpiło po 7-u minutach; zwierzę żyło pod działaniem chloroformu 1 godzinę 10 minut. Ciepłota obniżyła się o 2,9°. Do znieczulenia użyto 100 litrów mieszaniny po znieczuleniu śmierć nastąpiła po użyciu jeszcze 490 litrów. Jeżeli teraz porównać rezultaty otrzymane przy chloroformowaniu metodą Berta zwierząt alkoholizowanych z rezultatami otrzymanymi przy znieczuleniu tą samą metodą zwierząt niealkoholizowanych, otrzymamy następujące dane:

1) W stanie ostrego alkoholizmu znieczulenie następuje prędzej.

2) Odporność życiowa organizmu

zwierzęcego, zostającego w tym stanie, jest mniejsza.

3) Stopień stężenia mięszaniny znieczulającej u alkoholizowanych zwierząt może być mniejszy.

4) Objętość gazu potrzebna do znieczulenia jest mniejsza niż w stanie normalnym.

5) Równie, jak i u zwierząt niepodległych alkoholizmowi obniżenie temperatury jest proporcjonalne długości życiowej odporności zwierzęcia.

Kompleks objawów przy chloroformowaniu zwierząt podległych alkoholizmowi ostremu i znajdujących się w normalnym stanie jest jednakowy i to właśnie stanowi różnicę pomiędzy alkoholizmem ostrym i innymi formami alkoholizmu wyżej przytoczonymi.

Pracę swoją kończy autor uwagą, że o ile się zyskuje na czasie przy chloroformowaniu alkoholizowanych uprzednio zwierząt, tyle się traci na odporności życiowej ich organizmu.

J. Garbowski.

II. Medycyna wewnętrzna.

479. DELPEUCH. **Gruźlicze zapalenie otrzewnej.** *Essai sur la péritonite tuberculeuse de l'adolescent et de l'adulte* (str. 78)—1883.

Autor opierając się na statystyce i na przypadkach przytaczanych w literaturze, jako też na własnym doświadczeniu i na pewnej liczbie badań pośmiertnych, wypowiada następujące poglądy w kwestyi gruźliczego zapalenia otrzewnej.

Dawniejsi autorowie sądzili, że pierwotne gruźlicze zapalenie otrzewnej, rozwija się jedynie tylko u dzieci, lub u ludzi bardzo młodych. Autor wykazuje, iż tak nie jest, iż „pierwotna” postać tej choroby występuje zarówno w wieku młodzieńczym jak i dojrzałym, a nawet starszym. W ogóle gruźlicze zapalenie otrzewnej występuje najczęściej pomiędzy 1 i 10 rokiem życia, jak również pomiędzy 30 i 40;

częściej u mężczyzn niż u kobiet. Rozmaitość przyczyn, objawów i przebieg, zależnie od wieku dotkniętej osoby, znie-wala autora do przyjęcia dwóch postaci choroby, mianowicie: 1) *postaci wczesnej* 2) *postaci późnej*.

Usposobienie dziedziczne do gruźlicy, zołży i złe wpływy higieniczne stanowią warunki sprzyjające rozwojowi choroby. Pomiędzy przyczynami wywołującymi najważniejszą jest przewlekłe zatrucie wyskokiem. Z tego powodu, często napotykaemy, przy badaniach pośmiertnych, obok marskości wątroby gruźlicze zapalenie otrzewnej. W postaci wczesnej, występującej w wieku młodzieńczym, często nie możemy wykryć żadnej przyczyny wywołującej; w innych razach istnieje zawsze jedna i ta sama przyczyna, mianowicie uprzednie miejscowe podrażnienie otrzewnej, czy to wskutek uderzenia, czy guza, czy też wskutek przewlekłego zapalenia, powstałego pod wpływem dny, kamieni żółciowych, choroby Bright'a, zatrucia ołowiem lub wyskokiem.

Najczęściej, ale nie zawsze, przy gruźliczym zapaleniu otrzewnej istnieją suchoty płucne, ale nie w postaci wrzodzącej, lecz w formie włóknistej (phthisis fibreuse), lub jako ostra gruźlica (phthisis aigue). Do tych też dwóch postaci suchot płucnych, zapalenie gruźlicze otrzewnej jest bardzo podobne, pod względem istoty cierpienia, przebiegu i ogólnych ze strony ustroju objawów.

Gruźlica otrzewnej we wszystkich przypadkach rozwija się „samodzielnie”: sprawa chorobowa nie przechodzi na tę błonę z organów sąsiednich, z kiszek lub narządu płciowego. Przy suchotach płucnych często spostrzegamy gruźlicze owrzodzenia kiszek, a otrzewna w tych razach nigdy prawie nie jest sprawą gruźliczą dotknięta. W innych razach, w których obok suchot płucnych istnieje gruźlica otrzewnej, nie możemy w kiskach znaleźć owrzodzeń gruźliczych. Jeżeli sprawa gruźlicza owrzodziwszy wewnę-

trzne błony kiszki przechodzi na błonę surowiczą, to w tej ostatniej, w odpowiednim tylko, ograniczonym miejscu powstaje kilka gruzełków, nigdy zaś nie rozwija się rozlane zapalenie gruzlicze, o jakim autor pisze.

Jednocześnie, albo w pewnych odstępach czasu przed, albo po rozwoju gruzlicy w otrzewnej, takiejże samej sprawie ulegają i inne błony surowicze, szczególnie zaś opłucna. D. jest zdania, że tutaj obie te sprawy rozwijają się „samodzielnie”, że nie rozprzestrzenia się tutaj gruzlica z jednej błony na drugą.

M. Rejchman.

480. DR. PAOLO PELLACANI. **Właściwości farmakologiczne leków, należących do grupy kamfory.** *Zur Pharmacologie der Camphergruppe. (Archiv für exper. Pathologie und Pharmacologie XVII).*

Kamfora była już używaną w medycynie od lat najdawniejszych, lecz zmiany jej chemiczna w ustroju i wpływ kliniczny dopiero w ostatnich czasach zostały zbadane i opisane przez Wiedemanna, Schmiedeberga, Mayera i innych.

Egzystuje jeszcze wiele innych preparatów, należących, z powodu zbliżonego składu chemicznego i własności fizjologicznych, do grupy kamfory, których zbadaniem zajął się autor i poświęca im niniejszą pracę.

1) Delieux de Savignac poleca *olejek mięty pieprzowej* (Menthol), jako środek uśmierzający ból i znieczulający, którego używa przy nerwobólach. Marcuson badał wpływ tego olejku na organizm i przyszedł do przekonania, iż działa przeważnie na białe ciała krwi, zmniejszając ich liczbę. Według Macdonalda środek ten posiada własności przeciwnie, tak, że roztwór jednoprocentowy odpowiada rozczynowi 1:500 kwasu karbolowego.

2) Zupełnie farmakologicznie, ani też klinicznie nie zbadany *borneol*, otrzymuje się z rośliny *Dryobalarops camphora*, lub też ze zwyczajnej kamfory, przez ogrze-

wanie jej z wysokowym rozczynek węgla potasowego.

3) Deneffe zwraca uwagę na *bromek kamfory*, jako środek działający uspokajająco na system nerwowy i podaje go w dawce 3—4-ch grm. przy delirium tremens.

Bourneville przy podskórnym zastosowaniu tego środka obserwował upadek tętna i liczby oddechów, obniżenie ciepłoty, i stosował go z dobrym rezultatem przy epilepsji, histeryi i duszności wywołanej chorobami serca i aorty. Inni autorowi, jak Samson, Goss, Fonkauffer, stwierdzają zdanie Bournevilla i polecają ten środek przy chorobie Ś-go Wita, nasieniotoke, nymphomanii, i—bezsenności.

4) Schmiedebergowi i Meyerowi udało się dokładnie zbadać produkty powstałe w organizmie z kamfory i najważniejszy nazwali: kwas kamfogykorunowy, który ogrzewany w 4—6 procentowym rozczynek kwasu solnego lub siarkowego, zamienia się z eterem na ciało krystaliczne, rozpuszczalne w wodzie, topiące się przy 197° C. Po dodaniu kwasu, eter się wydziela i pozostaje ciało składu chemicznego $C_{10}H_{16}O_2$, nazwane kamferol (Campherol), ciało krystaliczne, barwy śnieżno białej, właściwego zapachu, zupełnie nie przypominającego kamfory, rozpuszczalne w zimnej wodzie w stosunku 6—7 na 100.

A) **Kamferol. (Campherol.)** *Doświadczenie fizjologiczne na żabach i ssakach:*

Po zastrzyknięciu pod skórę grzbietu żaby 0,01—0,02 grm. rozczynek kamferolu, ustają ruchy dobrowolne, odruchy i oddychanie; podrażnienie mięśnia wywołuje skurcz, lecz drażnienie nerwów pozostaje bez rezultatu.

Na zwierzęta ssące kamferol wywiera wpływ zupełnie inny jak na zimnokrwiste; tu głównie występują zjawiska podniecenia rdzenia przedłużonego i pacierzowego, mianowicie: drgawki, powtarzające się

w przerwach zależnych od wielkości dawki; podniecanie ogólne układu nerwowego i oddychania, które zagrażają życiu zwierzęcia.

Wpływ na system krążenia.

Po obnażeniu serca u żaby i podaniu 0,01—0,02 kamferolu, przed wystąpieniem ogólnych objawów ze strony mięśni i nerwów, można obserwować znaczne zmniejszenie częstości skurczów, przy zwiększonej energii takowych. Serce pod wpływem kamferolu nie podlega działaniu muskariny i przeciwnie, kamferol niweczy działanie takowej, wywołując skurcze serca. Kamferol nie usuwa porażenia serca, spowodowanego apomorfina lub solami miedziowemi.

Kamferol zatem należy do grupy ciał aromatycznych, które podobnie jak glikokol fenylowy, siarkan aniliny, kamfora, kamarin etc. bezpośrednio podniecają mięsień sercowy.

Doświadczenia wykonane na zwierzętach ssących dowodzą, iż kamferol w dawce 0,01—0,03 grm., wstrzyknięty podskórnie lub do naczyń, wywołuje zwiększenie ciśnienia bocznego w naczyniach, występujące rytmicznie; równocześnie zmniejsza się częstość skurczów i następuje zwiększenie energii serca. Działanie zatem kamferolu jest zupełnie identyczne z kamforą, tylko ostatnia dla wywołania tegoż efektu musi być stosowaną w znacznie większych dawkach.

B) Borneol i Menthol. *Ogólne działanie obu tych środków na żaby i zwierzęta ssące.*

Borneol i menthol wstrzyknięte pod skórę grzbietu żaby w ilości 0,02—0,03 grm. znoszą dobrowolnie ruchy i odruchy, oddychanie ustaje. Drażnienie rdzenia pacierzowego lub nerwu kulszowego za pomocą strumienia indukcyjnego wywołuje skurcze mięśniowe.

Na zwierzęta ssące oba te środki działają w podobny sposób; liczba oddechów się zmniejsza, czynność serca słabnie; wy-

stępuje porażenia rdzenia przedłużonego. Autor szczegółowo opisuje doświadczenia wykonywane na żabach i królikach w celu zbadania wpływu na serce obu tych środków. U żab borneol jako iéz i menthol wywołują osłabienie czynności serca, ostatni środek powoduje ten stan w większych dawkach, zaś w mniejszych nawet podnieca.

Na zwierzęta ssące borneol działa podobnie jak na żaby; obniża ciśnienie boczne krwi i częstość tętna, powoduje porażenie naczyń i upadek ciepłoty, a śmierć następuje wskutek ustania czynności serca. Działanie mentholu u ciepłokrwistych jest zbliżone do kamfory; tu występuje peryjodycznie zmieniające się zwiększenie ciśnienia bocznego, przy nie zmienionej częstości tętna.

Z powyższych doświadczeń wynika, że wymienione środki wywierają odrębny wpływ na organizm; kamferol i kamfora należą do środków ogólnie podniecających, gdy borneol i menthol z powodu własności przytępienia czynności ośrodków nerwowych, zaliczone być muszą do uspakajających. Ponieważ menthol nie wywiera żadnego szkodliwego wpływu na system krążenia u ciepłokrwistych, może oddać bardzo ważne w medycynie przysługi.

C) Bromek kamfory zastrzyknięty żabom, wywołuje podobne następstwa jak kamfora, t. j. ruchy oddechowe ustają i występuje ogólny paraliż, które to zjawiska stopniowo ustępują lub prowadzą do śmierci, zależnie od wielkości dawki. Doświadczenia robione u zwierząt ssących wykazały większą wrażliwość u psów niż królików, po większych dawkach występuje ślinotok, tężec, drgawki w kończynach i duszność.

U żab bromek kamforowy działa na serce w podobny sposób jak kamfora, powodując, przy zmniejszonej częstości skurczów, zwiększenie energii; toż samo się tyczy zwierząt ssących, tylko że u tych

bromek kamfory działa silniej, wywołując peryjodyczny skurcz naczyń.

Rozbiór chemiczny moczu po zażyciu borneolu lub mentholu wykazuje, iż ten posiada swoisty zapach i trudniej ulega rozkładowi wskutek zawartości kwasów menthol i borneol-glykorunowego. Oba te kwasy są wielozasadowe, krystaliczne, rozpuszczalne w wodzie i wysokoci.

C. Stiche.

481. Dr. GLAEVECKE. **O podskórnych wstrzykiwaniach żelaza.** *Ueber subcutane Eiseninjectionen. (Archiv für exp. Pathologie und Pharmacologie XVII Bard. VI Heft. 1883).*

Autor robił liczne doświadczenia na królikach, wstrzykując podskórnie różne przetwory żelaza, następnie zabijał zwierzęta w celu zbadania wpływu, jaki wywiera żelazo na pojedyncze organa.

Ferrum citricum oxydatum uważa autor za najodpowiedniejszy preparat i zastosował takowy w dozach 0,12—1,0 grm. Po zastrzyknięciu nie występowało nigdy silniejsze podrażnienie skóry, a w miejscu ukłucia po 24-ch godzinach można było wykazać tylko mały ślad żelaza. Inne preparaty—jak: *Ferrum sulphuricum oxydatum*, *Ferrum peptonatum*, *Ferrum sulphurico ammoniacatum* etc., nie nadają się do zastosowania podskórnego, gdyż nie podlegają rezorbcji, lub tylko z trudnością.

Cytrynian żelaza, wstrzyknięty podskórnie, zostaje bardzo szybko wydzielony z organizmu przez nerki i wątrobę.—Trzustka, śledziona, żołądek, kiszki i gruczoły ślinowe nie biorą żadnego udziału w wydzielaniu żelaza, gdyż przy badaniu tych organów autor nigdy nie znalazł ani śladu takowego.

Żelazo pojawia się w moczu w formie niedokwasku już w półgodziny po zastrzyknięciu, dochodzi największej ilości w 2 do 4-ch godzin, tak, że wtedy mocz przybiera czasem zabarwienie kawowe lub

ciemno-fioletowe. Po 24-ch godzinach żelazo przestaje się wydzielać.

W żółci można wykazać największą ilość żelaza w 4—5 godzin po zastrzyknięciu i to zawsze w formie niedokwasku; co dowodzi, że we krwi zazwyczaj znajduje się niedokwas, który dopiero w moczu zamienia się na niedokwasek.

W nerkach można wykazać mikrochemicznie żelazo przez ciąg 3-ch dni po zastrzyknięciu. Kłębki zawsze są wolne od obecności żelaza; natomiast znajduje się takowe w większej lub mniejszej ilości, stosownie do przeciągu czasu po zastrzyknięciu, w kanałkach moczowych i nabłonkach, zebrane w formie ziaren, kulek, lub też jednostajnie rozdzielone. Powyższy fakt stwierdza, że kłębki nie biorą udziału w wydzielaniu żelaza, lecz jedynie nabłonek.

W wątrobie wkrótce po zastrzyknięciu znajduje się żelazo jednostajnie rozdzielone we wszystkich komórkach, później—tylko w komórkach przy brzegu zrazów.

U ludzi autor stosował w 10-ciu przypadkach 250 wstrzykiwań cytrynianu żelaza. Jako najodpowiedniejsze miejsce uważa skórę grzbietu lub pośladków.—Strzykawka musi być przepłukana wodą karbolową, a igła dobrze zaostzona; przy takich warunkach pacjenci znakomicie znoszą wstrzykiwania i nigdy nie rozwija się reakcja zapalna. Jako najodpowiedniejszą dawkę autor uważa 0,1 grm. dla dzieci. Najlepszy jest dziesięcio procentowy roztwór, z którego używa się cała strzykawka Prawaza u dorosłych, a połowa—u dzieci. Po większych dawkach czasem występuje zatrucie, wtedy natychmiast po zastrzyknięciu występują nudności później wymioty, ogólne osłabienie, a czasem biegunka. Objawy zatrucia autor obserwował w pięciu przypadkach: dwa razy przy chorobie Brighta po podaniu 0,2 grm. ferri citrici, 2 razy u 10-cio letniego rekonwalescenta po tyfusie po tej-że samej dawce, 1 raz u osłabionej suchotnicy po 0,1 grm. ferr. citrici.

Autor kończy swoją pracę, zwracając uwagę na pomyślny rezultat otrzymany przy zastosowaniu tego środka. Najlepszy wynik leczniczy był w 2-ch przypadkach: jeden tyczy się dziewczyny chorej na bladaczkę, której w krótkim czasie przybyło 8 kil. na wadze, procent hemoglobiny, zawartej we krwi z 38%, podniósł się na 82, znikł szmer nad tętnicą płucną.

W drugim przypadku po krwotoku żołądka wystąpiła znaczna niedokrewność i ogólna puchlina; chory, w wysokim stopniu osłabiony, nie opuszczał łóżka; po zastosowaniu wstrzykiwań cytrynianu żelaza wkrótce znikła puchlina i chory bardzo szybko odzyskał siły i powrócił do zdrowia.

C. Stiche.

III. Choroby nerwowe.

482. MARIE i WALTON. **O zawrotach głowy przy wjadzie rdzenia pacierzowego.** *Des troubles vertigineux dans le tabes. (Revue de medicine Nr. 1, —83).*

Na zmiany wzroku, towarzyszące lub też poprzedzające wjad rdzenia, oddawna zwracano uwagę i starano się je dokładnie zbadać, objawy zaś słuchowe dotąd nie były uwzględnione. Autorowie zajęli się tą kwestyją i przeprowadzili szereg obserwacji na klinice prof. Charcota. Wprawdzie już przedtem niektórzy badacze wspominali o zmianach słuchowych przy tabes, jako to: o szumach, głuchocie i zawrotach głowy, lecz nie zbadali dokładnie przyczyny tych objawów. Chorzy, badani przez autorów, cierpieli na tabes, dokładnie skonstatowaną w drugim i trzecim okresie. Badanie ucha polegało na badaniu błon bębenkowych i trąbki Eustachijusza. Słuch próbowano za pomocą zegarka i szeptu. Przewodnictwo dźwięku wykazywano za pomocą kamerotonów i to przez pośrednictwo powietrza i przez kości czaszkowe. Doświadczenie Brennera, które by mogło wskazywać na zwyrodnienie nerwu słuchowego, nie udawało się, chorzy bowiem, nawet bardziej

inteligentni nie dawali dokładnych odpowiedzi. U żadnego z chorych nie zauważono wycieku z ucha, za to u wszystkich prawie skonstatowano chroniczny katar gardzieli. Autorowie opisują 17 historii chorób tabetyków przez siebie obserwowanych, u których widzieli zawroty głowy i którzy się skarżyli na szумы w uszach.

W 6 przypadkach słuch był znacznie przytępiony, chorzy słyszeli zegarek tylko po zetknięciu z muszlą uszną; w 14-tu przypadkach na przestrzeni 30 ctm. W 3 zaś przypadkach, w których zawroty głowy i szумы były dość silne, słuch zupełnie nie był zmieniony. *Wrażliwość na dźwięk kamerotonu w żadnym przypadku nie była zmniejszona.*

Objawy wyżej wymienione z jednej strony przemawiały za zmianami w nerwie słuchowym z drugiej zaś przeciwko takowym. Autorom udało się jednak wykazać we wszystkich przypadkach, zmiany w uchu zewnętrznym i średnim, które mogły objaśnić przytępienie słuchu. Widzieli oni nagromadzeniu woszczku, zapaleniu ostre lub chroniczne błony bębenkowej lub ucha średniego, niedrożność trąbki Eustachijusza, powodującą chroniczny katar jamy bębenkowej. Jednakowoż choroba ucha średniego i zewnętrznego w tych razach nie mogła powodować zawrotów głowy, bo powinniśmy je napotykać i u innych osobników nie cierpiących na tabes. Wprawdzie czasami i nie u tabetyków widzimy podobne objawy, lecz nie tak często jak w przypadkach obserwowanych przez autorów. Na 8 badanych osobników, 5 miało takie same zmiany ucha średniego, jak tabetycy, lecz w żadnym przypadku nie widziano zawrotów głowy. Oprócz tego 7 chorych na tabes, którzy nie skarżyli się na zawroty głowy, miało takie same zmiany ucha jak 17 innych z zawrotami głowy.— Objawy więc te nie były zależne ani od ucha średniego, ani też od nerwu słuchowego, gdyż gdyby ten ostatni przypadek

miał miejsce, toby kamerton nie mógł być dobrze słyszany przez kości czaszkowe. — Nie ulega jednak najmniejszej wątpliwości, że tabes ma jakieś znaczenie przy powstawaniu zawrotów. Przemawia zatem częste pojawianie się takowych u tabetyków (na 24 przypadki 17 razy). Autorowie następnie zadają sobie pytanie od czego podobne zawroty mogą zależeć? Przypuszczają oni, że nerw słuchowy składa się z dwójakiego rodzaju włókien, a mianowicie: 1) takich, które służą dla przewodnictwa wrażeń słuchowych i 2) z takich, które służą do orjentowania się w przestrzeni. Te więc ostatnie włókna, lub też jądra ich w mózgu mogą być zajęte procesem chorobowym i powodować zawroty głowy, nie naruszając przytem właściwej funkcji nerwu słuchowego. Fakta anatomiczne i fizjologiczne poniekąd tę hipotezę potwierdzają. Prace bowiem Duvala, Cyona, Erlickiego, Horbaczewskiego, Axelkey'a i Retziusa, wykazały rzeczywiście, że pień nerwu słuchowego składa się z dwóch różnorodnych nerwów. Erlicki opisuje nerw słuchowy, jako składający się z dwóch części, jednej przedniej i dolnej znacznie grubszej i drugiej tylnej i górnej. Pierwsza stanowi *nerw ślimaka* (le nerf cochléaire — le vrai nerf auditif) właściwy nerw słuchowy, a druga *nerw przedsionka* (n. vestibulaire ou nerf de l'espace), czyli nerw orjentowania się w przestrzeni. W końcu swej pracy autorowie przychodzą do następujących wniosków: 1) Przy tabes daleko częściej zdarzają się zawroty głowy, aniżeli dotąd przypuszczano. Przypominają zaś zupełnie objaw Ménière. 2) Przypadłości takie często występują jednocześnie z pojawieniem się władu rdzenia pacierzowego. 3) Zawroty głowy nie są zależne od zwyrodnienia nerwu słuchowego (jak to ma miejsce z nerwem wzrokowym), fizjologiczna bowiem funkcja nerwu jest w zupełności zachowaną. 4) Przypadłości te mogą zależeć od zmian, jakie występują we włóknach nerwu słuchowego, które

wychodzą z kanałów półkulistych i stanowią nerw zmysłu orjentowania się w przestrzeni. (Sens de l'espace.)

Guranowski.

IV. Chirurgija i Oftalmologija.

483. Dr. BAZY. **Chirurgiczne leczenie nowotworów pęcherza moczowego u mężczyzn.** (*De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie chez l'homme*). *Annales des maladies des organes genito urinaires* 1883.

W ostatnich czasach w obec przykrych i męczących przypadłości, jakie sprowadzają nowotwory pęcherza, zdecydowano się przeciwstawić im bardziej czynną terapię niż dotychczas.

Już Civiale i Leroy d'Etiolles za pomocą litotryptora po omacku wyrwali polipy z pęcherza; ale tych polipów nikt mikroskopijnie nie badał, można więc przypuścić, że odrywali po prostu kawałki błony śluzowej. Pierwsi zaczęli dokładnie wykonywać tę operację Niemieccy i Angielscy chirurgowie—(z nich najpierwszy Bilioth). We Francji autor streszczanej pracy był pierwszym, który się zdecydował na wykonanie tej operacji w przypadku, który bardzo szczegółowo w artykule swoim opisuje. Przypadek autora dotyczy mężczyzny 47 letniego niezłe odżywionego, który w ostatnich dniach maja 82 r. poczuł ból w dolnej części brzucha i trudność w oddawaniu stolca, wkrótce do tego przyłączyło się częste urynowanie z bólem pod koniec takowego. Uryna była bez osadu, ale zawierała krążki krwi. Po piętnastu dniach chory urynował prawie czystą krwią, co kilka razy ustawało i znowu powracało. Gdy po kateteryzacji dokonanej przez jakiegoś lekarza, stan się pogorszył, chory zwrócił się do autora, który, skonstatowawszy napełnienie pęcherza moczem, kateterem Nr. 19 takowy wypuścił, po poprzednim usunięciu skrzepów zatykających cewkę. Naznaczył autor choremu

czopki z belladonny, spokój, wody Rabel, Inf. Uvae ursi i urynowanie w pozycji leżącej.

Do d. 5 września stan się nieco polepszył, wkrótce jednak krwawe moczenie (haematuria) z bólami powtórzyło się.— Autor, przy badaniu nic w pęcherzu nie znalazłszy, myślał, że ma do czynienia z katarzem szyjki pęcherza i przedsięwziął kauteryzację takowej chlorkiem srebra 1:50. Po dwukrotnem zastrzyknięciu tego roztworu rzeczywiście ustało krwawienie, ale uryna była czysta i nie zawierała osadu. Z tego ostatniego autor wniósł, że się uprzednio omylił i znowu wrócił do przekonania, że ma przed sobą nowotwór pęcherza, odkryć go jednak nie mógł. Dopiero 1 października 82 r., skonstatował obecność guza umiejscowionego na lewej bocznej ściance pęcherza zaraz za prostatą zupełnie normalną. Guz nie przechodził na odbytnicę, był ruchomy i składał się z tkanki miękiej elastycznej; gruczolę zdźwiowe były niezajęte.

W połowie listopada zjawił się osad ropny w urynie, niezależnie od krwi, która się od czasu do czasu pokazywała; w końcu listopada przyłączyła się do wszystkich innych dolegliwości incontinentia urinae. Wtenczas chory sam i jego rodzina prosili o operację, autor jednak po zbadaniu jeszcze dokładniejszym i przekonaniu się że guz ma szeroką podstawę, odradzał takową. Nalegany jednak coraz więcej, po naradzie z prof. Guyon i D-rem Monod, w ich obecności zdecydował się d. 20 grudnia na usunięcie nowotworu, utworowawszy sobie drogę do niego cięciem pęcherza nad łonowem.— Po zachloroformowaniu chorego i włożeniu do odbytnicy balonu Petersen'a, autor przeprowadził cięcie 8 cent. długie od spojenia łonowego ku górze i dostawszy się do pęcherza sprawdził poprzednie swoje rozpoznanie. Aby dostęp do guza ułatwić autor przedłużył cięcie pęcherza o 1½ cent. ku górze, a następnie do podłużnego dodał cięcie poprzeczne 3 cent.

długie, zaczynające się u dolnego końca poprzedniego i idące w kierunku sznurka nasiennego, ale nie dochodzące do niego, a obejmujące tylko ściankę brzuszną i płat przez to utworzony odchylił. Mając wtenczas dostęp do guza łatwy, usunął go za pomocą serre noeud Pean'a i, krwotok zatamowawszy, pozostałe części nowotworu na miejscu jego przyczepienia paznokciami wydrapał. Potem przemywszy pęcherz zimnym roztworem kwasu bornego (4^o/_o), wprowadził do niego dwa zszyte, metodą Perier'a i Guyon'a, dreny, które w dolnym kącie rany do skóry przymocował. Nareszcie dwoma szwami jednym głębokim drugim powierzchownym zmniejszył w górnej części objętość podłużnej rany, a jednym szwem złączył brzegi rany poprzecznej i nałożył przeciwny opatrunek.

Przebieg po operacji szczęśliwy: bóle ustały wkrótce, krwawienie trwało jeszcze tylko kilka dni. Rany oprócz miejsca w którym założone były dreny, zagoiły się per primam intentionem (utworzyła się wprawdzie w 4 dni po operacji phlegmone circumscriptum w górnej części rany, ale wkrótce po usunięciu zropiałych tkanek zagoiła się).

1-go stycznia 83 r., autor wprowadził do pęcherza przez cewkę kateter á demeure, zostawił jednak przytem w ranie nadłonowej dren, który następnie zamienił na srebrną kaniulę, opatrzoną u końca zewnętrznego krążkiem kauczukowym.— Przyrząd ten został umocowany za pomocą opaski. Uryna spływała z kaniuli do rezerwuaru kauczukowego umieszczonego w spodniach.

19-go stycznia chory zaczął wstawać i chodzić. Przy badaniu pęcherza przez fistulę za pomocą małego palca autor znalazł na miejscu gdzie uprzednio był nowotwór bliznowatą tkankę, a ani śladu nowotworu. Po pewnym przeciągu czasu ponieważ uryna przez przetokę nadłonową przedostawała się pomiędzy kaniulą i ściankami przetoki, autor kazał zrobić

przyrząd opatrzone pelotą z otworem, przez który przechodził gruby dren, idący przez przetokę do pęcherza. Pelota na powierzchni do skóry zwróconej była zapatrzoną w woreczek kauczukowy napełniony powietrzem, aby szczelniej do ścianki brzusznej przylegała. — Chory z tym przyrządem chodził; urynował przezważnie przez kateter, przez fistułę nadłonową mało bardzo uryny się przedostawało.

W początkach kwietnia autor, zauważywszy objawy podrażnienia nerek, a widząc, że urynę chorego oddawał z łatwością i całkowicie przez kateter, wyjął dren z przetoki i starał się takową zagoić. Co mu się rzeczywiście udało, gdyż w pierwszych dniach maja przetoki prawie nie było. Chory jednak coraz więcej słabł i nareszcie dnia 5 czerwca umarł niedoznając żadnych bólów w pęcherzu tylko w ostatnich dniach przed śmiercią pojawiło się trochę krwi w urynie, co autor uważał, jako objaw recydywy nowotworu.

Dr. Bazy uważa operację w danym przypadku za udaną, — rana bowiem pooperacyjna zagoiła się, a cierpienia zostały usunięte — i powiada, że przydanej sposobności nie będzie się wahał operację tę powtórzyć.

Chory umarł nie wskutek operacji, ale wskutek złośliwości i generalizacji nowotworu, który, okazał się epiteliomą (rakowcem). Zrobiwszy te uwagi, autor przystępuje do krótkiego opisu przypadków w literaturze przez siebie zebranych.

Pierwszy Billroth, jakieśmy to już wspomnieli wyżej, operację wykonał i nowotwór (myomę) z pęcherza usunął za pomocą podwójnego cięcia kroczonego i nadłonowego u 12-letniego chłopca. Chłopiec wyzdrowiał. Cięcie kroczone było zrobione dla dokładniejszego zbadania, nadłone dla łatwiejszego przystępu.

Dalej następuje przypadek mięśniaka pęcherza, opisany przez Volkmana, chorego 54 lat liczący, umarł wkrótce po ope-

racyi wskutek zapalenia otrzewnej. — W tym samym roku prof. Kocher z Bernu wykonał wycięcie raka pęcherza za pomocą cięcia kroczonego w kształcie litery T. Chory wyzdrowiał.

Piąty przypadek Humphry'a, dotyczy złośliwego nowotworu pęcherza, usuniętego za pomocą cięcia kroczonego. Wyzdrowienie.

Dalej następuje opis 4-ch przypadków operowanych przez Thompson'a. Z tych, w trzech przypadkach, w których wyjęto polipy łącznotkankowe przez cięcie kroczone za pomocą szczypców, nastąpiło wyzdrowienie; w jednym, gdzie nowotwór był złośliwy z szeroką podstawą i został usunięty przez cięcie kroczone nastąpiła śmierć.

Dziesiąty nareszcie przypadek Rauschenbuscha, dotyczy 46-letniego mężczyzny, u którego usunięto przez cięcie kroczone za pomocą skręcenia nóżki, dosyć znacznej wielkości nowotwór mięki (Papilloma). Wyzdrowienie.

Wobec tych faktów, autor zachęca chirurgów francuzkich do naśladowania go i praktykowania operacji przy nowotworach pęcherza. Jednym z najpierwszych i najważniejszych warunków powodzenia operacji, jest dokładne rozpoznanie położenia miejsca i sposobu przyczepienia nowotworu do ścian pęcherza.

Rozpoznanie ułatwia nam kateter i badanie dwuręczne przez odbył z jednej, a powłoki brzuszne z drugiej strony. Największem zaś ułatwieniem byłoby badanie przez zrobione cięcie kroczone cewki, gdyż wtedy stawiamy pęcherz męzki w warunkach pęcherza u kobiet, gdzie jak wiemy rozpoznanie jest znacznie łatwiejszem.

Zwraca tu jednak autor uwagę chirurgów na to, że zranienie pęcherza nie jest niewinnym rękoczynem i nie zawsze przechodzi bezkarnie, gdyż może wywołać zaburzenie w nerkach. Z tego powodu radzi robić cięcie pęcherza tylko zdecydowawszy się na operację. Następnie

autor stawia trzy pytania: 1) kiedy nie należy operować (przeciwskazania?) 2) kiedy należy operować? i 3) jeżeli należy operować, to jakiego użyć cięcia, czy kroczowego czy nadłonowego?

Przeciwskazania są: a) wspólne dla wszystkich nowotworów, b) specjalne dla nowotworów pęcherza. Do rzędu ogólnych należą: generalizacja nowotworu w organizmie, okoliczność, która powinna być dokładnie zbadana. Dalej przejście nowotworu na sąsiednie organy, co możemy łatwo rozpoznać za pomocą dwuręcznego badania, jak to czynimy przy nowotworach macicy u kobiet. Trzecim ogólnym przeciwskazaniem jest infiltracja ścianki pęcherza na wielkiej przestrzeni. Rozpoznanie tego ostatniego faktu jest nieco trudniejsze, może jednak być dokonane za pomocą dwuręcznego badania, albo przez napełnienie pęcherza wodą i badanie jedną ręką przez odbytnicę; gdyż odporność ścianek pęcherza zajętych nowotworem, w tym razie będzie zupełnie inna, aniżeli ścianki pęcherza normalnej, miękkiej. Nareszcie i kateter wskaże nam nierówności na ściankach.

Przeciwskazaniem specjalnym dla nowotworów pęcherza, będzie zajęcie nerek, mianowicie ostre, ropne zapalenie tego organu bezwarunkowo i chroniczne warunkowo, gdyż tylko w takim razie, jeżeli choroba ta w nerkach jest daleko posunięta i gdy już wystąpiły wszystkie objawy zwiastujące tę chorobę. W przeciwnym razie, jeżeli zapalenie dopiero się rozpoczęło i jest w małym stopniu, a jest haematuryja i bóle męczą chorego, autor radzi nie ociągać się i przystąpić do wykonania operacji.

Wskazania do operacji są najpierw tam, gdzie nie ma przeciwskazań, a guz i objawy mu towarzyszące są nieznośne i niebezpieczne dla chorego. Są jednak jeszcze inne mniej gwałtowne przypadki, w których przebieg jest wolny, bóle małe urynowanie niezbyt częste, w których jednak guz jest stanowczo. W takim ra-

zie autor radzi wykonać operację, gdyż robi słuszną uwagę, że nowotwór, chociaż niesprowadzający silnych dolegliwości, może się uogólnić, a obecnością swoją, drażniąc pęcherz, może wywołać cierpienie nerek ostre, lub chroniczne, albo pyelo-nephritis. — Gdy tymczasem wczesne usunięcie guza może zapobiedz cierpieniom, a nawet sprowadzić zupełne wyzdrowienie. Najważniejszą jednak rolę gra przy postawieniu wskazań dobre i dokładne rozpoznanie. Obecność nowotworu rozpoznajemy najpierw po krwawem moczeniu (haematuria), które się różni od takiegoż moczenia przy kamieniach pęcherza i przy ostrem zapaleniu szyjki. W pierwszym bowiem przypadku krew w urynie pokazuje się po wszelkich prędkich i gwałtownych ruchach; w drugim tylko przy końcu urynowania. Gdy tymczasem w obecności nowotworów, krew pojawia się w moczu bez widocznej przyczyny; cały mocz jest nią zabarwiony i takie krwawe moczenia mogą się przerwać na pewien czas, aby potem znowu się powtórzyć. W urynie często także możemy spotkać kawałki nowotworu, co stanowi już niezbity dowód.

Do rozpoznania pomoga nam jeszcze, wspomniane już nieraz, dwuręczne badanie z pomocą bowiem tego sposobu badania, możemy przy pustym pęcherzu nie tylko skonstatować obecność nowotworu, ale i określić jego objętość, stopień ruchomości miejsce i sposób przyczepienia do ścianki pęcherza, czy na nóżce, czy też ma szeroką podstawę.

Że nowotwór jest osadzony na nóżce możemy do pewnego stopnia przypuszczać, jeżeli skonstatujemy objaw zwany „ballotement”. Nieuważa autor tego objawu za dowód niezbity, ale zawsze za jeden z pewniejszych. Ważne też rozpoznawcze wskazówki może nam dać opukiwanie; jeżeli bowiem z jego pomocą przekonamy się, że pęcherz jest powiększony, a tymczasem przy założeniu kate-

teru wypływa niewielka tylko ilość moczu, dowodzi to, że pęcherz nie był rozciągnięty moczem, tylko zawiera jakieś inne ciało obce. Objaw ten autor zauważył u jednego z obserwowanych przez siebie chorych.

W dalszym ciągu autor przytacza sposób Volkmana, dwuręcznego badania nowotworów pęcherza przez odbytnicę, polegającego na tem, że badający wprowadza jeden palec lewej ręki do odbytnicy i stara się go posunąć tak daleko, aby wyczuć dno pęcherza; jeżeli znajdzie jaką nienormalność wprowadza do odbytu jeden albo dwa palce drugiej ręki i tak bada znaleziony nowotwór.

Rezultat tych badań powinien zawsze być potwierdzony za pomocą katetyzacji, katetyzacja ta jednak powinna być dokonana bardzo delikatnie, gdyż najzręczniejsze nawet badanie sprowadza krwawienie i podrażnienie ścianek pęcherza. Za pomocą kateteru określamy obecność ciała wystającego do światła pęcherza, gdyż o to ciało zaczepia dziób jego, albo jeżeli nowotwór jest w postaci infiltracji, to kateterem wyczuwamy nierówności na ściankach pęcherza. Nierówności tę jednak należy odróżnić od nierówności wyczuwanych przy starym katarze pęcherza, przy tak zwanej „*vessie á colonnes*”, w tym ostatnim bowiem przypadku spotykamy te nierówności w jednakowym stopniu na całej wewnętrznej powierzchni pęcherza, gdy przeciwnie w pierwszym razie tylko jedna ścianka albo część ścianki jest nierówna.

Jeżeli nowotwór jest miękki (*Papilloma*) wtenczas mamy uczucie jakbyśmy koniec kateteru prowadzili po brodzie zarosłej włosem, albo jakbyśmy go zagłębiali w miękką masę.

Gdy wszystkie, wyżej przytoczone, środki rozpoznawcze wyczerpanemi zostały, wtenczas tylko pozwolonem jest dla dokładniejszego jeszcze zbadania wykonać cięcie pęcherza w celu nietylko zbadania ale i usunięcia nowotworu.

Zachodzi teraz pytanie jaką drogą lepiej dostać się do pęcherza, czy przez kroczę, czy też zrobić cięcie nadłonowe.

Operacja usunięcia nowotworu pęcherza, może mieć charakter *kuracji paljatywnej*, albo *radykalnej* i w tem przedstawia analogiję z chirurgicznym leczeniem raka odbytnicy. Radykalna operacja nowotworów pęcherza, będzie się różniła od paljatywnej tem, że w pierwszym przypadku po usunięciu guza ranę pęcherza całkowicie gojemy, gdy przeciwnie przy operacji paljatywnej guz albo usuwany albo nie, a zawsze tworzymy sztuczną przetokę pęcherza moczowego, która ma to znaczenie, iż zmniejsza boleści, a przytem usuwa przyczynę krwotoków, pochodzących od ściskania nowotworu kurczącym się pęcherzem.

Operację radykalną uważa autor za wskazaną przy wszystkich niezłośliwych nowotworach bądź osadzonych na nóżce, bądź mających szeroką podstawę i przy wszystkich złośliwych posiadających wąską podstawę, gdy jest nadzieja usunięcia całego nowotworu. We wszystkich innych przypadkach radzi autor paljatywną operację, ale z usunięciem o ile można jak największej części nowotworu.

(Tem właśnie różni się paljatywna operacja nowotworów złośliwych pęcherza, od takiejże operacji przy nowotworach odbytu, w tym ostatnim bowiem razie, nowotworu nie tykając, robi się odbytu sztuczny).

Teraz zachodzi pytanie, jakie cięcie jest lepsze, czy nadłonowe czy kroczone. Widzieliśmy, że w większości wyżej przytoczonych przypadków wykonano cięcie kroczone, głównie zalecane przez Thompsona, który nawet nie wspomina o cięciu nadłonowem i dowodzi, że wszystkie nowotwory bez względu na ich objętość i podstawę mogą być z łatwością usunięte przez cięcie kroczone. Operację tę Thompson wykonywa w następujący sposób: dostaje się do pęcherza przez cięcie kroczone, przecinając partem membra-

naceam urethrae na jak można najmniej-szej przestrzeni; następnie przez ranę zwolna wprowadza wskaziciel lewej ręki do pęcherza, prawą zaś ręką przez ścianę brzuszną spycha pęcherz i w ten sposób dwuręcznie bada położenie, konsystencyję i umiejscowienie nowotworu. Wyjmuje potem palec i zamienia go szczypcami, któremi stara się, o ile można cały nowotwór uchwycić i wtenczas go odrywa.— Po przemyciu pęcherza zimnym roztworem kwasu bornego, zakłada do pęcherza przez ranę dren dosyć gruby, którego zewnętrzny koniec opuszcza do butelki, aby mógł do niej swobodnie mocz spływać.— Operacja, jak widzimy jest prosta i mogłaby wydawać się bez zarzutu i taką może jest w istocie w rękę tak doświadczonego, jak Thompson chirurga, ale trzeba przyznać, że tu się robi operację trochę po omacku. Przy zakładaniu szczypców nigdy na pewno widzieć nie możemy czy uchwycimy cały nowotwór, bo nie kontrolujemy tego palcem ani wzrokiem; można by, co prawda rozszerzyć cięcie, przecinając gruczoł przyprątny, ale przez to niewiele zyskujemy, a narażamy chorego na niebezpieczeństwo wypływające ze zranienia tego gruczołu.

Nie wiemy też, przy tym sposobie operowania, jak wygląda miejsce ścianki pęcherza po wyrwaniu guza; co więcej, robiąc tak po omacku, możemy też uchwycić szczypcami kawałek wystającej a rozpułchnionej błony śluzowej pęcherza.

Uwagi te naprowadzają na myśl, czy nie należałoby utworować sobie wygodniejszej drogi do pęcherza, takiej, przez którą możnaby zobaczyć nowotwór i kontrolować poruszenia narzędzia użytego do usunięcia guza. Wszystko to może być, jeżeli nie w zupełności, to przynajmniej powiększej części, osiągnięte za pomocą cięcia nadłonowego.

Operacja tym sposobem wykonana za małą ma jeszcze kazuistykę, by można teraz coś stanowczego o jej zaletach powiedzieć, ulepszona jednak w ostatnich cza-

sach przez Petersen'a, Perier'a i Guyon'a, powinna być wyżej postawiona od cięcia kroczonego.

Jeżeli używa się cięcia nadłonowe przy usunięciu z pęcherza kamienia albo ciała obcych; czyż nie więcej zasługuje ono na uznanie przy nowotworach tego organu, gdzie dotyk nie wystarcza, trzeba jeszcze widzieć, gdyż w takim razie, można nie tylko nowotwór usunąć, ale zarazem usunąć część zajętej przezeń ścianki pęcherza a na brzegi rany w ten sposób utworzonej szew nałożyć. Gdyby nowotwór był wielki i cięcie pierwotne było za małe można dodać cięcie poprzeczne i utworzyć otwór w formie litery T albo odrazu zrobić cięcie wygięte łukowato, jednak, według autora rzadko może zająć tego potrzeba.

Nareszcie jest jeszcze jeden wzgląd przemawiający na korzyść nadłonowego cięcia, a tym jest możliwość nałożenia na ranę przeciwnilnego opatrunku. Samo wykonanie operacji nie różni się niczem od używanego przy wyjęciu kamienia.— Użycie balonu Petersen'a, jest bardzo pożyteczne według autora, gdyż ułatwia operację i odsuwa peritoneum ku górze, a wątpli autor aby ucisk wywierany przez balon mógł wywołać zaburzenia w krążeniu krwi w ściankach pęcherza.

Co się tyczy usunięcia nowotworu, to, jeżeli on jest osadzony na nóżce i wydaje się niebyć złośliwym, można ograniczyć się do wyrwania go, jeżeli zaś jest złośliwy, bezpieczniej po wyrwaniu miejsce przyczepu usunąć wraz z częścią ścianki przez co utworzy się rana, którą można albo zaszyć, jeżeli wszystkie warstwy ścianki pęcherza zajmuje, albo zostawić otwartą.

Jeżeli podstawa nowotworu jest szeroka, to do usunięcia go możemy użyć paznokcia albo, jeżeli nowotwór jest twardej serre-noeud Maisonneve'a, albo nareszcie ecraseur'a Chassaignac'a. Następnie podstawę wydrapać paznokciem albo łyżeczką. Zachodzi teraz pytanie, czy by nielepiej było przy usuwaniu nowo-

tworów z szeroką podstawą usuwać z nimi części ścianki pęcherza w całej jej grubości, albo tylko niektóre jej warstwy?— Autor myśli, że zdecydowałby się na to, gdyby nowotwór był umiejscowiony na przednio-górnej ściance albo na dnie, a nawet na bocznej ściance pęcherza; potem radzi autor nałożyć szwy Catgut'owe; gdyby nawet przyszło do zranienia otrzewnej, można nałożyć szwy Lembert'a, wiemy bowiem, że zranienie ścianki pęcherza przy owariotomii nie pogarsza statystyki tej operacji.

Co się tyczy zatok moczowych, to nie ma co się takowych obawiać, jak tego dowodzą dokonane dotąd operacje.

Blizna w ściance pęcherza nie może być, według autora przyczyną zatrzymywania moczu, gdyż odpływ takowego jest zapewniony przez grube dreny metodą Perier'a i Guyon założone. Wielkie nawet blizny w pęcherzu, jak to pokazuje obserwacja Pozzi nie przeszkadzają gojeniu.

Krwotoki przy usunięciu nowotworów z pęcherza, jakkolwiek częstokroć dosyć znaczne, nie przedstawiają jak widać z dotychczasowych obserwacji niebezpieczeństwa, gdyż z łatwością dają się zatamować przez ucisk. Nie ma się więc co bać operować chorego podczas krwotoku, chociaż lepiej by było wczasie pauzy; trudno jednak taki moment uchwycić, a z drugiej strony usuwając nowotwór zarazem usuwamy przyczynę krwotoku.

Po operacji autor uważa, iż zawsze lepiej jest założyć dreny i przez to zapewnić swobodny odpływ moczu, niż zakładać jedynie kateter à demeure, który wydaje się autorowi niedostatecznym *gdyż może być zatkanym skrzepami*.

W dalszym ciągu swej pracy Dr. Bazy zestawia przypadki przez siebie zebrane w liczbie jedenastu. Z zestawienia tego widać, że śmierci było dwie, raz wskussek zap. otrzewnej (Volkmann), drugi raz z wycięczenia, egzystującego już przed operacją (Thompson). Śmiertelność więc

wynosi 18,80%. W trzech tylko przypadkach nowotwór osadzony był na nóżce Volkmann, Humphry, Rauschenbrisch). Wiek operowanych rozmaity najmłodszy pacjent miał lat 12 najstarszy 63. W 3-ch przypadkach nowotwór został usunięty za pomocą wydrapania paznokciem; w jednym nóżka została rozerwana palcem, inne wszystkie nowotwory usunięto za pomocą szczypców. Jeden przypadek raka został radykalnie wyleczony (Kocher).— Nareszcie w pięciu przypadkach określono charakter nowotworu 2 razy myoma, raz carcinoma, raz papilloma, raz epithelioma.

Kończy autor swoją pracę następującymi uwagami.

1) Guzy wewnątrz-pęcherzowe u mężczyzn, których dotąd we Francji i do ostatnich czasów, za granicą nie operowano, mogą być leczone i wyleczone.

2) Operację można wykonywać zarówno nad nowotworami złośliwymi jak i niezłośliwymi; zarówno nad osadzonemi na nóżce jak i mającemi szeroką podstawę.

3) Operacja jest przeciwwskazaną przy generalizacji, przy zrostach z innymi organami, przy rozlanych nowotworach i bardzo posuniętem zapaleniu nerek.

4) Podstawą operacji jest dobrze postawione rozpoznanie dokonane na zasadzie badania przez odbytnicę i przez ścianki brzuszne jednocześnie i katetyryzację.

5) Badanie wprost palcem ścianki pęcherza jest pozwolone tylko wtenczas, jeżeli ważność objawów skłania chirurga do zrobienia operacji. Pалеc może się dostać do pęcherza, albo przez cięcie kroczowe albo nadłonowe. To ostanie, nie przedstawiając większego niebezpieczeństwa niż pierwsze, powinno mieć pierwszeństwo, ze względu na możebność usunięcia za jego pomocą całego nowotworu.

6) Operacja może być radykalna, albo paljatywna

7) Radykalna operacja będzie przy wszystkich nowotworach opatrzonych nóżką i nowotworach niezłośliwych.

8) Paljatywną operację należy wykonywać wszędzie, dla usunięcia niebezpiecznych i przykrych 'przypadłości, jak: częste krwawe moczenie, bóle przy urynowaniu, albo zaraz po takowem. Zasada się operacja ta na usunięciu nowotworu i pozostawieniu przetoki moczowej sztucznej. Przedstawia analogiję z operacją sztucznego odbytu przy raku odbytnicy. Operacja wykonana przez autora, dowodzi wielkiej użyteczności takowej.

9) Cięcie nadłonowe powinno mieć pierwszeństwo przed kroczoem, jakkolwiek to ostatnie okazało się wystarczającym w kilku przypadkach.

10) Użycie balonu Petersena jest prawie niezbędne przy cięciu nadłonowem.

11) Cięcie pośrodkowe niezawsze bywa dostateczne; niekiedy wypadnie uciec się do cięcia w kształcie litery L. Cięcie łukowate z górnym płatem może się okazać użytecznem.

12) Guz może być usunięty przez podwiązanie, albo przez skręcenie jeżeli siedzi na nóżce; przez odklejenie, przez drapanie, albo nareszcie przez usunięcie części ścianki pęcherza razem z nowotworem, jeżeli ma szeroką podstawę.

13) Ta strata ścianki pęcherza może obejmować albo całą jej grubość, albo tylko błonę śluzową i mięśniową.

14) Całkowite wycięcie ścianki pęcherza, powinno się ograniczyć do przypadków w których nowotwór jest umiejscowiony na tylnej, a może i na bocznej ścianie pęcherza.

15) Szew jest nieodzowny przy całkowitem wycięciu ścianki; przy wycięciu tylko niektórych warstw dowolny.

16) Obawa nacieczenia moczowego przy szerokiej ranie operacyjnej pęcherza nie jest uzasadnioną.

17) Każda rana w ścianie pęcherza, zszyta czy nie, stanowi przeciwwskazanie do zeszytia pęcherza. Użycie drenów zszytych Perier'a i Guyon'a, wydaje się autorowi dostatecznem do opróżniania pęcherza, w miarę jak do niego napływa mocz.

J. Garbowski.

484. Dr. H. HÖLTZKE. **Doświadczenia badania nad ciśnieniem w średniej komórce oka.** (*V. Graefes Archiv für Ophthalmologie. XXIX. 2.*)

Badania robione były na kotach za pomocą podwójnego manometru; główną uwagę zwrócił autor na zmiany ciśnienia w przedniej komórce pod wpływem atropiny i ezeryny.

Rezultat doświadczeń był następujący:

1) W ogóle przy fizjologicznych stosunkach ciśnienie w komórce wzrasta wraz z rozszerzeniem źrenicy, zmniejsza się zaś przy zwięzaniu takowej.

2) Atropina wprost na ciśnienie wpływu nie wywiera, występujące przy użyciu jej rozszerzenie źrenicy, połączone jest z podniesieniem ciśnienia w komórce.

3) Ezeryna jest w stanie znacznie podnieść ciśnienie, lecz następujące zwięzanie źrenicy nietylko znosi początkowy wzrost ciśnienia, ale nawet zmniejsza takowe poniżej średnicy fizjologicznej wielkości.

(W celu zmniejszenia ciśnienia wewnątrzocznego, należy wkraplać ezerynę o tyle tylko, żeby wywołać zwięzanie źrenicy do czego dostatecznym jest $\frac{1}{4}^0/0$ roztwór).

J. Przybylski.

485. H. JÄTTLER. **O istocie żekwirytycznego zapalenia oczu.** *Ueber die Natur der Jekwirytyophthalmie.* — (*Klin. Monatsbl. f. Augenhkd. 1883.*)

Autor zapomocą licznych doświadczeń doszedł do wniosku, że nastój jekwiryty wywołuje zapalenie łącznicy wskutek obecności specyficznego lasecznika, kultura takowego uwieńczoną została pomyslnym skutkiem i dalsze generacje

wywoływały podobne zapalenia jak nastój jequirity chociaż w słabszym stopniu. Przenosząc na łącznicę inne rodzaje laseczników, autor nie mógł wywołać podobnego zapalenia. Tymol w rozworze 1:1100 znosi działanie lasecznika jequirity.

J. Przybylski.

486. BORDET. **Jéquirity przy ziarninowym zapaleniu łącznicy.** *Le jéquirity. Son emploi dans le traitement de la conjunctivite granuleuse. (Thèse de doctorat. Lyon 1883).*

Doświadczenia nad leczniczem działaniem nastoju jequirity przy ziarninowym zapaleniu łącznicy robił autor w klinice prof. Guyot w Lyonie, rezultat takowych był następujący:

1) Jequirity wywołuje zapalenie łącznicy rozmaitego natężenia, które może ograniczyć się do prostego przekrwienia łącznicy, lecz zwykle powstają na takowej krupowe wysięki, przy znacznem obrzmieniu powiek, łzawieniu i zaburzeniach w stanie ogólnym.

2) Zapalenie łącznicy żekwirytyczne może być wywołane wielokrotnie u tego samego osobnika w przerwach od 15 do 20 dni, powstaje w ciągu tygodnia przy użyciu tego środka, często zaś na trzeci dzień i kończy się zwykle bez żadnych komplikacyj na 10—25 dzień.

3) Jéquirity nie ma działania leczniczego przy granulacjach. U pewnej liczby chorych, przy granulacyjnem zapaleniu obu oczu, żekwirytyczne zapalenie wywoływane było tylko na jednym oku, po przejściu takowego nie można było poznać w którym oku używane było jequirity.

Przyp. spraw. Rezultat moich doświadczeń nad działaniem jequirity przy ziarninie łącznicy, — dotychczas wprawdzie nielicznych (6 przyp.) — jest zupełnie zgodny z wnioskami autora.

J. Przybylski.

V. Akuszeryja.

487. **Czy i na jak długo po zrobieniu sekeyi lub po zetknięciu się z chorą na gorączkę połogową, akuszer powinien wstrzymać się od działalności położniczej.**

1) ŚWIĘCICKI. *Ob und eventuell wie lange soll man nach einer Sektion oder nach Ablauf eines Puerperalfieberfalles in der geburtshilflichen Thätigkeit pausiren?* (Centralblatt f. Gynäk. Nr. 16—1883).

2) LÖHLEIN. *Hat die zeitweise Abstinenz der Aerzte von der geburtshilflichen Thätigkeit eine wesentliche Bedeutung für die Prophylaxe des Wochenbettfiebers?* (Ibidem Nr. 23).

3) FRITSCH. *Bemerkungen zum vorstehenden Aufsatz.* (Ibidem).

4) WIENER. *Darf der Arzt nach Berührung infektiöser Stoffe ohne Weiteres Geburten übernehmen?* (Ibidem Nr. 28).

5) HOFMEIER. *Erscheint es angezeigt in den geburtshilflichen Kliniken die Antisepsis durch die Desinfektion allein zu ersetzen?* (Ibidem Nr. 27).

6) GÖTH. *Desinfektion oder Abstinenz?* (Ibidem Nr. 31).

Kwestyja ta, jakkolwiek pierwszej wagi dla akuszera, dotychczas rozwiązana nie została. Pierwsze powagi akuszeryjne nie zgadzają się w zdaniu, i tak np. Winkler i Zweifel utrzymują, że gdy lekarz robił sekcję lub śledził chorą na gorączkę połogową, powinien powstrzymać się od śledzenia rodzącej co najmniej przez 7 do 14 dni; inni lekarze jak Martin, Schröder, naznaczają termin 1—2 dni.

Podajemy tu streszczenie całego szeregu prac, zajmujących się tą kwestyją, a pomieszczonych w Centr. f. Gynokologie z roku bieżącego:

1) Święcicki obserwował na klinice Zweifel'a poród, w którym do śledzenia dopuszczony został student, który na 6 dni przedtem robił sekcję i po sekcji w ciągu 6 dni poddawał ścisłej dezynfekcyi ręce i ubranie; chora na 3 dzień zapa-

dła na gorączkę połogową. Z tego Świącicki wyprowadza wniosek, że ów student przeniósł zarazek i dla tego stawia prawidłó, że w podobnych przypadkach lekarz powinien co najmniej w ciągu dni 8 wstrzymać się od śledzenia rodzącej. Tak postawiona kwestyja wywołała żywą dyskusyję, w której przyjęło udział wielu akuszerów, zajmujących poważne stanowisko w nauce.

2) Löhlein zadaje pytanie, czy lekarz w zetknięciu z rozkładowemi massami lub też po śledzeniu chorej położnicy, jest w możności tak się zdezinfekować, że bez szkody dla chorych może dalej praktykę prowadzić? Ponieważ ubranie i instrumenty mogą być zmienione i uczynione nieszkodliwemi, całe więc pytanie sprowadza się do tego czy jesteśmy w stanie w ciągu jednej lub kilku godzin nasze ręce dokładnie zdezinfekować? Tylko dokładne i liczne obserwacje mogą to pytanie ostatecznie rozwiązać, tymczasem przypadek Świącickiego wcale takim nie jest, gdyż oprócz obwinionego studenta, rodzącą śledziło jeszcze kilka osób—tak, że nie można stanowczo twierdzić, że to właśnie ów student chorą zaraził. Na 210 porodów przez siebie obserwowanych L. nie miał ani jednego przypadku śmiertelnego, a i gorączkowało bardzo mało chorych, pomimo że w połowie wszystkich przypadków dokonano większych lub mniejszych operacji i że Löhlein często miał styczność z rakami w stanie rozpadu, gnijącemi łożyskami, jakoteż odwiedzał i śledził chore z ciężkimi formami gorączki połogowej. Na zasadzie tego autor przypuszcza, że dezynfekcyja w tych przypadkach jest zupełnie wystarczającą, tylko chodzi o to żeby była wykonaną dokładnie i ze znajomością rzeczy: Löhlin dezynfekuje się trzykrotnie, a mianowicie: 1) zaraz po śledzeniu w mieszkaniu chorej; 2) we własnem mieszkaniu (najważniejsza), gdzie gruntownie i kilkakrotnie dezynfekuje ręce, po czem zmienia ubranie i bieliznę; i 3) przed najbliższem

śledzeniem rodzącej. Każdorazowa dezynfekcyja trwa co najmniej 5 minut i polega na myciu rąk w 5% wodzie karbolowej mydłem i szczytką. Następných dni śledzenie powinno być ograniczone do minimum; ręka przed wprowadzeniem do pochwy powinna być posmarowaną 5%—10% oliwą karbolową, która, chociaż samej ręki nie dezynfekuje, jednakże zawsze ochrania pochwę od zetknięcia się ze skórą ręki; po każdym śledzeniu ręce powinny być umyte w 5% roztworze kwasu karbolowego, a pochwa przemyta 2% roztworem tegoż kwasu.—Nakoniec L. utrzymuje, że ścisła abstynencyja 8 dniowa, już ze względów czysto praktycznych, nie jest możebną do przeprowadzenia.

3) Zdanie to w zupełności potwierdza Fritsch który na dowód tego, przytacza, że opatrując przez cały rok 3 razy dziennie swego brata chorego na coxitis, walając sobie ciągle ręce ropą cuchnącą z powietrzem zmieszaną, dezynfekował je w podobny jak wyżej sposób i na 240 rodzących, które obserwował i u których liczne operacje wykonywał, ani jednego śmiertelnego przypadku nie było. Fritsch bardzo słusznie utrzymuje, że nie czas, tylko desinfiens zabija bakteryje, a zatem abstynencyja małe ma znaczenie.

4) Wiener również wątpi, aby zarazek pozostał się przez 6 dni na ręku, pomimo tak dokładnej dezynfekcyi—dla tego przypuszcza, że w przypadku Świącickiego albo dezynfekcyja nie była dokładną, lub też chorą zaraził ktoś inny. Wiener radzi natychmiast po śledzeniu myć ręce 5% roztworem kwasu karbolowego, ażeby zarazek nie zasechł za paznokciami i nie przeniknął do głębszych warstw naskórka. Kontrolerem jest zapach—jeżeli na palcu czujemy choćby najmniejszy przykry zapach, to dezynfekcyja nie jest zupełnie dostateczną. Na dowód swych twierdzeń W. przytacza, że na 471 porodów, obserwowanych w ciągu 1¹/₂ roku na wrocławskiej klinice, otrzymał 1,06%

śmiertelności chociaż do śledzenia byli dopuszczani studenci, którzy nawet na krótki czas przedtem robili sekcję, z warunkiem jednakże, że dezynfekcja rąk będzie bardzo dokładną.

5) Hofmeier jakkolwiek zgadza się, że dezynfekcja może w zupełności zniszczyć istoty zaraźliwe, uważa jednak za naganne, ażeby w klinikach studenci, którzy robili sekcję, byli dopuszczani do śledzenia rodzącej (wrocławska klinika), gdyż nigdy nie ma pewności, że dezynfekcja rzeczywiście sumiennie dokonana została, zresztą procent śmiertelności podany przez Wienera, nie można nazwać tak nadzwyczajnie świetnym.

6) Goth nie zupełnie się zgadza z wyżej zacytowanymi autorami, utrzymuje on, że oprócz dezynfekcji i abstynencji powinna mieć miejsce—terminu jej jednak nie podaje. G. radzi, ażeby przy wszystkich czynnościach, gdzie ręka jest w zetknięciu z ropą lub materjami gnijącymi, to jest w przypadkach ginekologicznych, wyłącznie używać jednej tylko ręki (najlepiej prawej), drugą zaś ręką (lewą), utrzymywać aseptycznie i używać jej tylko w przypadkach położniczych.—Jeżeli wyjątkowo obie ręce zostały zarażone, w takich razach konieczną jest abstynencja, trwanie której będzie rozmaitem, stosownie do ilości i odporności materji septycznych, w każdym razie tem krótsze, im częściej będzie przedsiębiorane dokładne mycie i dezynfekcja rąk. Jak widać z przytoczonych tu zdań kwestyja pozostaje i nadal nierozstrzygniętą—tylko bardzo sumienne obserwacje i dady statystyczne dozwolą w przyszłości może bardziej stanowczo rozstrzygnąć tak ważną dla praktykującego lekarza kwestyję.

W. J. Tyrchowski.

MISCELLANEA.

488 Dr. MOLLEREAU poleca sposób leczenia dyfterytu podany przez D-ra Teste'a w 1877 r., a polegający na stosowaniu **wody bromowej** (10%). Autor uratował tym sposobem dwoje swych własnych

dzieci, chorych na bardzo ciężki dyfteryt.—Jedno procentowa woda bromowa (100 p. Aq. destil., 1 p. Bromi pur.), przedstawia się jako płyn oranżowy, o ostrym zapachu i smaku. Należy ją przechowywać w ciemnej butelce i stosować w następujący sposób: 1) Należy mieć zawsze w pogotowiu butelkę takiej wody, 2) Chory powinien zażywać co 1/2 lub 1/4 godziny 1—3 kropli w wodzie ocukrzanej. 3) Po kilku godzinach można przerwać podawanie środka, nie dłużej jednak jak na 2 godziny, poczem znowu doń powrócić należy. 4) Należy używać łyżki szklanej lub kieliszka, gdyż brom z metalami tworzy sole. 5) Pierwszego dnia chory powinien zachować zupełną dietę, małym dzieciom można dać trochę tłustego buljonu. Mleka i mącznych potraw stanowczo trzeba anikać, gdyż neutralizują działanie bromu. 6) Do płukania dodać na szklankę wody łyżkę octu winnego i łyżkę soli morskiej.— 7) W pokoju, w którym chory przebywa, postawić miseczkę, do której wiano 1 łyżkę wody bromowej, odnawianą 2 lub 3 razy dziennie.

Zwykle 3 lub 4 dawki wody bromowej, wystarczają do obniżenia częstości pulsu (naprz. ze 140 na 80 uderzeń). Miejscowe objawy znikają wolniej, po 18—20 godzinach fałszywe błony zaczynają się oddzielać. (*All. Med. Centr. Zeit. Nr. 98—1883*).

489 Dr. POUCHET odkrył w wodnym wyciągu z płuc i płwocin suchotników węglowod, odpowiadający formule: $C_{12} H_{18} O_6 - H_2 O$. Przedstawia się on jako amorfny biały proszek, który po wyschnięciu staje się brunatnym; rozpuszcza się w gorącym 20% alkoholu, z którego wydziela się przy oziębianiu pod postacią błyszczących kryształków. Wodny roztwór bardzo szybko brunatnieje na powietrzu i pokrywa się pleśnią. Od glikogenu różni się nowe to ciało tem: 1) że nie daje odczynu z jodem, 2) rozpuszcza się w wodzie bez opalescencji, 3) już w zimnym roztworze redukuje azotan srebra.

W zdrowych płucach autor nie znalazł opisanego ciała. (*Comptes rend. XCVI*).

490 Dr. PROCHOWNICK na posiedzeniu sekcji ginekologicznej 56-go zjazdu przyrodniczego we Freiburgu zalecił **radix Gossypii** dla zastąpienia, w niektórych przynajmniej razach, **Secalis cornuti**; szczególnie dobre rezultaty otrzymał autor przy krwotokach po poronieniu; przy mięśniakach macicy krwotoki też ustępowały i guz nawet się zmniejszał. Najlepiej używać napar (infusum), dobrze też działa przygotowywany z tego środka w Ameryce **fluid extract**.

(*Prog. Med. Woch. Nr. 47—1883*).

491 Przypadek otrucia arsenikiem w Miczyga nie, dał powód do rozstrząsania pytania: **czy arsenik, wprowadzony do żołądka lub kiszki trupa, może się dostać do innych jego organów**. Teoretycznie zdawałoby się to rzeczą nie.

możebną, a jednak D-rowie Vaughan i Dawson, na zasadzie poczynionych doświadczeń, twierdzą, że wprowadzony do żołądka trupa arsenik, po upływie 25 dni znajduje się już we wszystkich organach tego trupa. (Wracz Nr. 46—2883).

492 Dr. GIRAUD opisuje przypadek pedogry w którym wskutek upośledzonej przemiany materii nastąpił bardzo znaczny upadek sił i odżywiania; z tego powodu zaczął podawać choremu pepton, a następnie pankreatynę 10 gran po jedzeniu.

Chory bardzo prędko odzyskał dawne siły i ataki pedogry przestały się powtarzać. Dowodzi to, iż przy leczeniu pedogry oprócz podawania wód alkalicznych, należy zwrócić uwagę na odżywianie chorego. (Le Praticien 42).

493 Maść używana w przypadkach gdzie nie można podawać do wewnątrz leków czyszczących:

Rp. Tinct. Colocynt. unciam unam.
Olei ricini, uncias duas.

MDS. Rano i w wieczór wetrzeć w powłoki brzuszne łyżeczkę od kawy.

Wiadomości bieżące.

— Kol. Marconi Ferrante złożył na ręce redaktora „Kroniki Lek.” rs. 50, jako składkę na mającą się otworzyć pracownię przy Towarzystwie Lekarskiem Warszawskiem; summa powyższa przełaną została do kasy Towarzystwa.

— Nowa klinika akuszeryjna w Berlinie została oświetlona lampami elektrycznymi.

(Prag. Med. Woch. Nr. 49—1883)

— Prof. Charcot został wybrany na członka Akademii Umiejętności w Paryżu na miejsce zmarłego Cloquet'a.

— Kandydatami na posadę drugiego profesora anatomii przy uniwersytecie wiedeńskim są: K. Bardeleben, Hartmann, Henke, Told i Zuckerkanndl. (All. Med. Centr. Zeit. Nr. 98—1883).

Wydawca:

Dr. F. Kobylński.

Redaktor odpowiedzialny:

Dr. W. H. Krajewski.

ALFABETYCZNY SPIS RZECZY ZAWARTYCH w tomie czwartym „Kroniki Lekarskiej” z r. 1883.

	Strona.		Strona.
A.			
Acetal (działanie — na obłąkanych)	851	— przewlekła gardzieli	24
Agaricyn	987	— (papawotyna przy —)	248
Akonityna (otrucie —)	475	— (kali jodatum eum kali chlorico przy —)	380
Albinismus artificialis.	93	— (wilgotne ciepło i Eucaliptus przy —)	986
Aluminium metallicum przy gruźlicy	578	— Tracheotomija przy —)	164
Alumen ustum przy zimnicy	1080	— (olejek terpentynowy przy —)	824
Astma (środek przeciw —)	380	— (kwas borny przy —)	949
Astma (poszukiwania doświadczałne nad —)	49	— (sublimat przy —)	43
Astma (quebracho przy —)	988	— (zapalenie mięśnia sercowego przy —)	830
Atrament anilinowy (otrucie —)	475	— kur	986
Atropina (injekcje — przed chloroformowaniem)	472	Bóle porodowe (środek przeciw —)	92
B.			
Balanopostitis diabetica	238	Brodawki (sposób wygubienia —)	381
Bardanae radix (otrucie —)	381	— sutkowe (zakażenie —)	667
Bąblowice jamy brzusznej (operacja —)	119	Bromek arseniku przy cukrzycy	158
— jako przyczyna nagłej śmierci 8-miolet- niego chłopca	44	— potażu przy padaczce	187
Bezczułość histeryczna (owarjotomija przy —)	844	Butylchloral jako środek znieczulający	669
Bezład postępowy (zaburzenia wzroku przy —)	266	C.	
Białko w moczu (łatwy sposób wykrycia —)	947	Cascara jako środek czyszczący	92
Białkococz (poszukiwania kliniczne)	673	Cannabinum tannicum jako środek nasienny	474
Bismuthum subnitricum przy poceniu się nóg	813	Chinina (zadawanie — ciężarnym)	853
Błonica doświadczalna	769	— (niedoślep po użyciu —)	187
		Chinoideum citricum przy zimnicy	399
		Chloral (działanie na skórę)	399
		— przeciw płaszcicy	236
		— z senesem jako środek czyszczący	432

	Strona.		Strona.
<i>Chloroform</i> (wpływ alkoholu na fizyologiczne działanie —)	1113	F.	
<i>Chloroformowanie</i> śpiących	813	<i>Formamid</i> rtęci przy syfilisie	280
— (wstrzykiwania atropiny przed —)	472	<i>Furunculosis diffusa</i> (bakteryje przy —)	765
<i>Cholera</i> (wstrzykiwania wody słonej przy —)	1101		
<i>Cholestearyna</i> (kryształy — w przedniej kamerze oka)	33	G.	
<i>Choroba Thomsena</i>	255	<i>Glicerina</i> (podawanie do wewnątrz)	404
— zwierząt nowa	283	<i>Głuchota</i> zupełna przy zapaleniu ślinianki przysusznej	1087
<i>Choroby naczyń</i> (wpływ nerwów na —)	529	<i>Gorączka połogowa</i> (wstrzymanie się od działalności akuszeryjnej po zetknięciu?)	363
— <i>nerwów</i> wzrokowych przy wadach rozwoju czaszki	883	<i>Gorset Sayra</i> (wartość terapeutyczna)	380
— <i>oczu</i> (jodoform przy —)	225	<i>Gossypium barbadense</i>	380
— (polikarpina przy —)	635	<i>Gruzelek</i> (wpływ ciepła i odczynników na —)	52 i 1015
— <i>piłciowe</i> u kobiet obłąkanych	93	<i>Gruźlica</i> (uwagi krytyczne)	297
— <i>rdzenia</i> przedłużonego po zapaleniu opon mózgowych	496	— (poszukiwania nad —)	385
— <i>rdzenia</i> paciierzowego (patologija i anatomija patologiczna)	683	— (szczepienie — małpom)	440
— <i>serca</i> zooparazytyczne	738	— (etiologija —)	481
— (uleczalność —)	351	— w więzieniach	827
— <i>skóry</i> (półtorochlorek żelaza przy —)	902	— <i>prosiwkowa</i> jagódki	696
— (leczenie —)	891	— <i>plucna</i> (leczenie —)	90
— <i>uszu</i> (zaburzenia psychiczne przy —)	842	— u dzieci	276
— (zaburzenia ruchu przy —)	252	— (neutralizacja materji gruźliczych)	334
— (jodoform przy —)	464	— <i>krztaniowa</i> (leczenie —)	42
<i>Choroby zakaźne</i> (zmiany w krtań, tchawicy i gardzieli przy —)	61	— (doświadczenia Erlicha)	90
— <i>zakaźne</i> (ubranie dla stykających się z —)	382	— (zarażliwość —)	620
— <i>żółdka i wątroby</i> (przypadłości ze strony płuc i serca przy —)	344	— (związek między solami zasadowymi pokarmów, a etiologią —)	1072
<i>Cięcie cesarskie</i>	601	— <i>krtańowa</i> (leczenie —)	67
— na umierającej	974	<i>Grzebanie ciała</i> (nowy sposób)	187
— <i>pęcherza</i> podbrzusznego	406	<i>Grzebyki</i> z celluloidu	381
<i>Colloidium</i> przy użyciu kwasu chryzofanowego	239	<i>Guz</i> krwawy, zaotrzewny, okołomaciczy	267
<i>Coma diabeticum</i>	302		
— <i>carcinomatosum</i>	988	H.	
<i>Conjunctivitis trachomatosa</i> (epidemia —)	600	<i>Hemiopia</i> (jednoimienna, obustronna)	329
<i>Creosote solidifié</i> przy pruchnięciu zębów	949	<i>Hemoglobinuria</i> napadowa	194
<i>Cukrzyca</i> (bromek arseniku przy —)	158	— i jej skutki	630
— (spączka i nagła śmierć przy —)	302	<i>Hypnotyzm</i>	93
— (stulejka przy —)	238	<i>Historyja</i> i niemoc nerwowa (leczenie —)	131
<i>Czaszka</i> obłąkanych	134	— (leczenie —)	141
		— u dzieci	901
D.		<i>Hydrocoele</i> (wstrzykiwanie ergotyny przy —)	474
<i>Diabetes melitus decipiens</i>	43		
<i>Dispepsia uterina</i>	117	I. J.	
<i>Dna</i> (Natura i leczenie —)	98	<i>Jaborandi</i> przeciwko ukąszeniu żmii	189
<i>Dna</i> i kamienie nerkowopęcherzowe	742	— przy pokrzywce przewlekłej twarzy	239
<i>Drgawki</i> (przyczyny — u dzieci)	760	<i>Jaglica</i> (statystyka —)	554
<i>Duszniça</i> (poszukiwania doświadczenia nad —)	49	— (leczenie —)	599
— (quebracho przy —)	988	— (anatomija patologiczna —)	1090
<i>Duszniçe bolesne</i>	940	<i>Ichtył</i> przy reumatyzmie	475
<i>Dysenterija</i> (nowy sposób leczenia —)	92	<i>Jequirity</i>	34
— (lewatywy z wody gorącej przy —)	474	— (istota żekwirytycznego zapalenia oczu)	
		— przy zierninowym zapaleniu łącznicy	121
E.		<i>Jodoform</i> (wchłanianie —)	121
<i>Ectromelia</i> (rzadki potwór)	525	— (pierwotny i wtórny strup —)	208
<i>Endometritis dissicans</i>	941	— w chorobach ocznych	225
<i>Epidemija</i> zapalenia płuc	571	— przy kataralnym zapaleniu płuc	42
— <i>conjunctivitis trachomatosa</i>	600	— w praktyce usznej	464
<i>Ergotyna</i> (wstrzykiwania — przy hydrocoele)	474	— (plaster —)	766
<i>Eucalyptus globulus</i> przy krztuścu	285	— (maść — przy katarze nosa)	883
— przy błonicy	988	— (opatrunek — przy złamaniach powiek)	947
<i>Ezeryna</i> przy ostrym nieżycie kiszek	671	— (działanie fizyologiczne —)	1065
		— (wydzielanie J. w moczu przy użyciu —)	1099

K.

	Strona.
Kairyna	198
— (działanie)	334
— (sposób użycia —)	429
— jako środek przeciwożgorączkowy	1026
Kali jodatany cum kali chlorico przy błonicy	380
— — (wpływ — na ilość mocznika)	852
— — wstrzykiwania — u syfilityków	949
Kamień moczowy powstały po kolporafii	330
Kanał pokarmowy (przyczynok do chirurgii —)	467
Kąpiele ciepłe	59
— — w chirurgii	421
Karbunkuł (szczepienie ochronne —)	186
Kaszel nosowy	679
— śledzionowy i wątrobowy	250
Katatery (zmieniona budowa —)	140
Kiszki (wysysanie tłuszczów w —)	334
— (wchłanianie w —)	337
— (nieżyt — leczenie ezeryną)	671
— gruba (nadymanie—jako środek rozpoznawczy i leczniczy)	632
Kleszcze akuszeryjne (nowe —)	671
Klinika oftalmiczna narodowa w Paryżu	430
Kofeina (wpływ — na ilość mocznika)	853
Kolka wątrobowa	150
Konwalia (własności lecznicze —)	1041
Kości (przeszczepianie —)	384
— międzyszczkowe (wystawianie —)	1024
Kotoina przeciw bieguncie	92
— (działanie —)	938
Krążenie w żyłach sercowych	531
— w kończynach dolnych	71
— (zaburzenia w — po rezeceji kolana)	367
Krążki krwi (zmiany — przy zimnicy)	1018
Krew (puszczenie —)	27
Krocze (środkowe pęknięcie —)	803
Krótkowzroczność we Włoszech	572
Krtań (znieczulanie — metodą Türk-Schröttera)	127
Krup łącznicy	175
Krzusiec (patologija i terapia —)	204
— (Eucalyptus globulus przy —)	285
Krwotok żołądkowy	1
Krwotoki (tamponada gazą jodoformową przy —)	1101
— płucne (przyczynok do —)	66
Krwawiczka	200
Krzywica i rozmięczenie kości	705 i 802
— (patologija —)	717
Kula karabinowa (wędrówka —)	379
Kwas borny przy błonicy	949
Kwas hipurowy przy chorobach	396
— chryzofanowy (pokrywanie — collodium)	239
— osmowy (wstrzykiwanie — przy nowotworach)	32
— pyrogallusowy przy leczeniu przymiotu	92
— salicylowy (duszność przy użyciu —)	446
— — (uboczne działanie —)	572
Kwasoród (wzięwania — u ciężarnych)	987

L.

Lasecznik gruźliczy w płwocinie suchotników	139
— — i przewlekłe suchoty płucne	245
— — (szybki sposób wykrywania — w płwocinie)	283
— — (wykrywanie — w preparatach chromowych)	372
— — i poszukiwania kliniczne	577
— — (nowy sposób barwienia —)	621
— — w wpływie z ucha	768
— karbunkulowy w mleku	1101
— kokluszowy	158

Strona

— trądowy	147
Limfa ospowa (przechowywanie —)	241
Lymphadenitis conjunctivae	34

M.

Macica (zbeczenia — ku tyłowi)	38
— (wpływ elektryczności na skurcze —)	242
— (rozdarcie szyjki —)	557
— (badania nad kurczliwością —)	625
— (wstrzykiwania do tkanki —)	704
— (mięśniaki —, wyłuszczenie)	894
Mącznica lekarska (działanie —)	634
Mangan przy braku miaszeczki	185
— (działanie —)	401
Manoca przy nieżytku żołądka i reumatyzmie	284
Marskość płuc	835
Miazdra zębowa (skostnienie —)	35
Miesiączkowanie (mangan przy braku —)	185
— (wiek, w którym występuje — u kobiet fińskich)	473
— (choroby oczu przy —)	887
Mięsień sercowy (wpływ modzelowatości — na rytmiczność)	675
Mięśnie (przeszczepianie — u ludzi)	30
Mięszanina oziębająca (nowa —)	142
— znieczulająca (nowa —)	284
Mikroorganizm nosaczyny	89
— rzeżączki i róży	89
— ospy świni	1100
— ospy ochronnej (sztuczne hodowanie —)	1100
Mikrotom nowy	525
Mleko jako przenośnik zarazków zwierzęcych	759
— (konserwa — jako pokarm dzieci)	840
— (lasecznik karbunkulowy w —)	1101
Mocz chorych tyfusowych i gruźliczych	90
— (wpływ mleczu na wydzielanie —)	145
— (rozkład — przy zapaleniu nerek)	747
Mocznica pochodzenia wątrobowego	283
Mocznik w ślinie chorych nerkowych	474
— (wpływ jodu potażu na ilość —)	852
— (wpływ kofeiny na ilość —)	853
Moczopędne środki (działanie —)	1052
Monsumano (grota —)	470
Morfizm (leczenie —)	1101
Mowa (związek — z barwami)	284
Mydło rteciove	284
Mózg Gambetty (waga —)	285

N.

Naciąganie nerwów (ciepłota kończyn po —)	283
Naftalina (zastosowanie —)	455
Nalewki (męty przy mięszaniu —)	853
Narkotyki (wpływ — na uczucie przestrzenne skóry)	948
Natrum sulphocarbolicum przy wymiotach ciężarnych	474
Nerki (błonicowe zapalenie —)	355
— (zapalenie — przy szkarlatynie)	397
— (rozkład moczu przy zapaleniu —)	747
— (brak wrodzony jednej —)	141
Nerw kulszowy (podskórne wyciąganie —)	473
— błędny (kazu ityka uszkodzeń —)	571
— wsteczny (bezwiad —)	26
— wchowcy (doświadczenia nad podrażnieniem —)	333
Nerwice (leczenie —)	537
Nerwice ruchowe serca	307
Nerwy obwodowe (zmiany uczucia przy obrażeniu —)	161
— mięśni odbyticy	289

Z. Ż.

	<i>Strona.</i>	<i>Strona</i>
<i>Zaburzenia umysłowe (leczenie ginekologiczne —)</i>	466	<i>Zinnica (chinoideum citricum przy —)</i>
<i>Zacmny (statystyka)</i>	370	— (zmiany w krążkach krwi przy —)
<i>Zakażenia położowe (leczenie —)</i>	228	<i>Zjawisko kolanowe u dzieci</i>
<i>Zanik tabetyczny tarcz ocznych</i>	554	—
— połowiczny twarzy	802	<i>Złamania podstawy czaszki</i>
<i>Zarazki (wpływ ciepła na hodowlę —)</i>	437	— powikłane (opatrunek jodoformowy przy —)
— (sposoby badania i hodowania —)	991	<i>Zmii ukąszenie (jaborandi przy —)</i>
<i>Zatoki mózgowe (zakrzep uwiązowy —)</i>	580	<i>Znieczulenie ogólne</i>
<i>Zatyczki porcelanowe do plombowania</i>	37	<i>Zołądek (chłonicza zdolność błony śluzowej —)</i>
<i>Zawijanie elastyczne przy paraphimosis</i>	380	— (manoca przy nieżycie —)
<i>Zęby (pruchnienie -- podczas brzemienności)</i>	179	— (związek okrągłego wrzodu z rakiem —)
<i>Zelazo w praktyce dziecinnej</i>	425	— (trawienie po wycięciu —)
— (działanie —)	401	— (przepłukiwanie — ssawców)
— (podskórne wstrzykiwanie —)	1121	— (chroniczne rozszerzenie —)
<i>Zgorzel tłuszczowa</i>	244	— (rozwój raka w —)
— skutkiem działania par fosforu	129	<i>Zółtaczka noworodków</i>
<i>Zinnica (alumen ustum przy —)</i>	1080	<i>Zrenicy rozszerzenie przy drażnieniu nerwów czuciowych skóry</i>
— (przyczyny —)	93	<i>Zsawanie się kości czaszkowych</i>
— (sok cytrynowy przy —)	381	<i>Zszywanie naczyń</i>
		<i>Zyła udowa (podwiązanie —)</i>
		<i>Zyły sercowe (krążenie w —)</i>

Dr. Ig. Baranowski